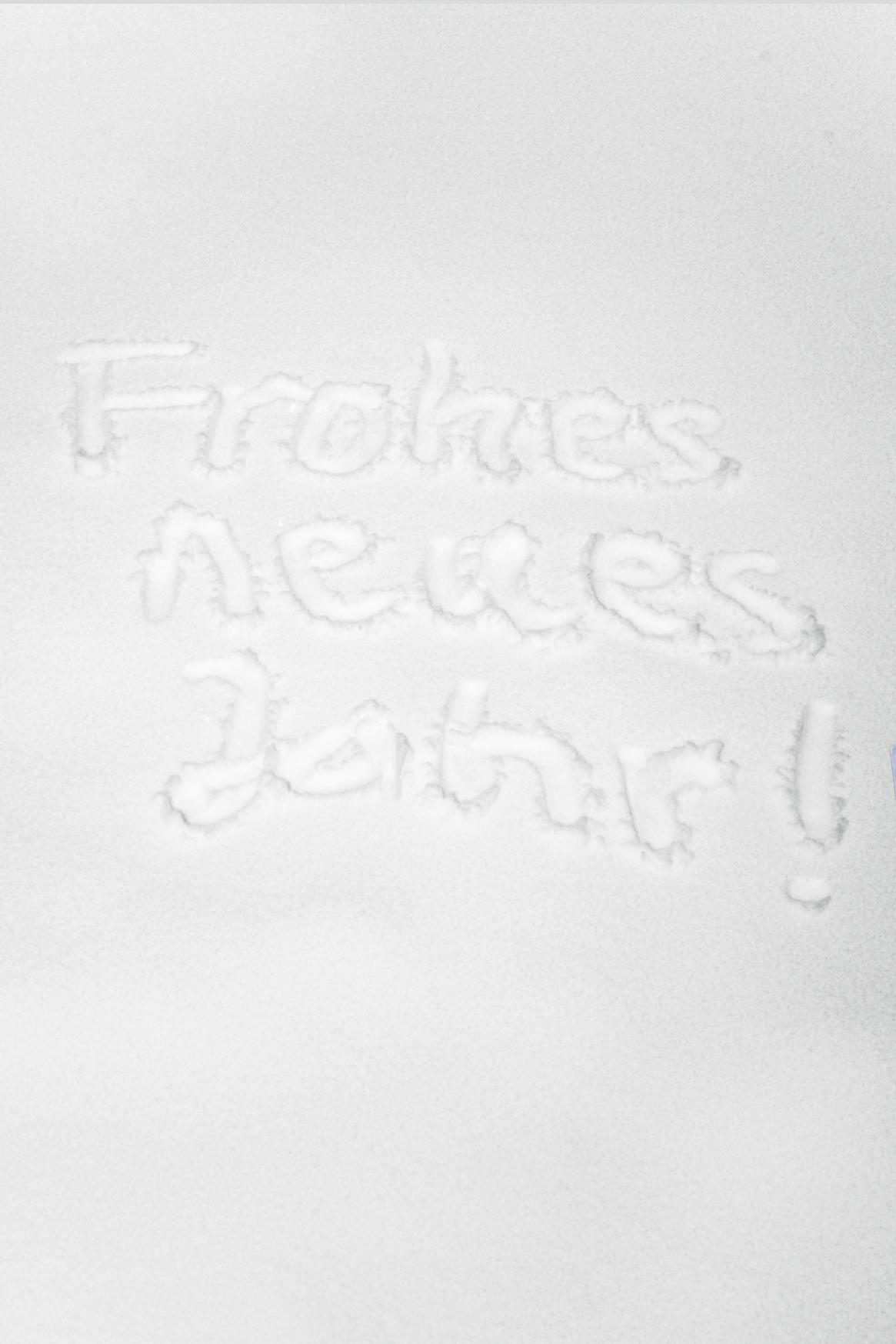




Niedersächsisches

NZB
Januar 2011

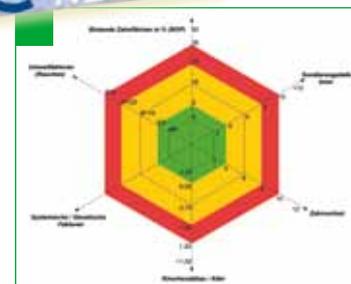
ZAHNÄRZTEBLATT



POLITISCHES
Streit um Gebührenordnungen



POLITISCHES
Die GKV im Wandel



FACHLICHES
Doxycyclin in der parodontalen Nachsorge



Vorhang auf

**– für den neuen Internetauftritt
der KZVN.**

Mitte Februar ist es soweit.

**Die KZVN
präsentiert unter
www.kzvn.de die
bekanntesten Inhalte unter
neuer Oberfläche mit
deutlich verbesserter
Struktur und im moder-
nem „look and feel“.**

**Mehr Infos dazu
bekommen Sie Ende
Januar mit separater
Briefpost, zusammen
mit wichtigen Infor-
mationen über Ihr
Login für den
exklusiven Mit-
gliederbereich.**

Unser Tipp:

**Ihre bisherigen Zugangs-
daten bleiben gültig. Sollten
Sie diese nicht mehr parat
haben, fordern Sie schon
heute Ihre Login-Zugangs-
daten telefonisch unter
(05 11) 84 05-2 94/-2 95/-2 45
oder per E-Mail:
abrechnung@kzvn.de
an.**



*Dr. Thomas Nels,
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der KZVN.*

Neuanfang

Auf der letzten Vertreterversammlung der vergangenen Legislaturperiode wurde mehrfach der Wunsch geäußert, nach dem abgelaufenen Wahlkampf nunmehr wieder sachorientiert ohne Vergangenheitsbewältigung nach vorne zu schauen. Sehr gerne!

Das letzte Jahr hat nämlich deutlich gezeigt, dass das Risiko höher ist, im Über-eifer seine persönliche Reputation durch Wort, Schrift und Handeln zu gefährden, als die Chance, die Kollegenschaft in der Stimmabgabe zu beeinflussen!

Die neue Legislaturperiode wird für viele „Streithähne“ auf beiden Seiten wohl die letzte sein. Wenn es gelingt, tatsächlich ausschließlich sachorientiert zu diskutieren, und den jüngeren Kolleginnen und Kollegen keine übertriebenen Feindbilder überliefert werden, dann können diese in sechs Jahren vielleicht mit feinerer Klinge fechten!

Der Vorstand der KZVN hat sich auch in turbulenten Phasen bemüht, die Emotionen niedrig zu halten, und wird das auch in Zukunft tun.

Solange es irgend geht, werden wir versuchen, Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Kollegenschaft zu regeln, die Gerichte und die Aufsicht sollten möglichst außen vor bleiben!

In diesem Sinne ist auch die gemeinsame Erklärung auf S. 45 zu sehen, auf die wir uns in langen Verhandlungen verständigt haben. Wir betrachten diese Lösung unter Kollegen als ersten Schritt zu einer vernünftigeren Zusammenarbeit in der nächsten Amtszeit, und hoffen, dass das alle Beteiligten ebenso einschätzen!

Bei den anstehenden Problemen mit einer Vergütungsreform im GKV-Bereich, der GOZ-Novellierung mit einer drohenden Öffnungsklausel und der zunehmenden Bedrohung durch überbordende Bürokratie können wir uns ein Gegeneinander der verschiedenen Interessenvertretungen noch viel weniger leisten als bisher schon!

*Dr. Thomas Nels,
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen*

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 46. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint zwölfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats.

HERAUSGEBER

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen
Zeißstraße 11, 30519 Hannover;
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover;
Tel. (05 11) 84 05-0, www.kzvn.de

REDAKTIONSBURO

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB),
c/o KZVN, Heike Philipp,
Zeißstraße 11, 30519 Hannover;
Tel. (05 11) 84 05-207; Fax (05 11) 84 05-262;
E-Mail: nzb-redaktion@kzvn.de

REDAKTION

Dr. Lutz Riefenstahl, Redaktionsleiter (lr)
Breite Straße 2 B, 31028 Gronau
Tel. (0 51 82) 92 17 19; Fax (0 51 82) 92 17 92
E-Mail: riefenstahl@kzvn.de

Dr. Michael Loewener (loe)
Rabensberg 17, 30900 Wedemark
Tel. (0 51 30) 95 30 35; Fax (0 51 30) 95 30 36
E-Mail: dr.loewener@yahoo.de

STÄNDIGE MITARBEITERIN DER REDAKTION

Elke Steenblock-Dralle (st-dr)
c/o KZVN, Zeißstraße 11, 30519 Hannover
E-Mail: info@kzvn.de

GESAMTHERSTELLUNG

Bonifatius GmbH, Druck · Buch · Verlag
Karl-Schurz-Straße 26, 33100 Paderborn
Tel. (0 52 51) 1 53-0; Fax (0 52 51) 1 53-3 75
Internet: www.bonifatius.de

VERTRIEB

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover, Tel. (05 11) 84 05-0

ANZEIGENMARKETING

Neusser Druckerei und Verlag GmbH (NDV),
Moselstraße 14, 41464 Neuss, www.ndv.de

Anzeigenverkauf:

Heinz Neumann,
Tel.: (0 21 31) 4 04-1 65, Fax: (0 21 31) 40 4-1 66,
E-Mail: heinz.neumann@ndv-mediaberatung.de

Anzeigenverwaltung:

Alexandra Seewald, Tel.: (0 21 31) 40 4-1 33
Nicole Trost, Tel.: (0 21 31) 4 04-2 58
Fax: (0 21 31) 4 04-4 24
E-Mail: nzb@ndv.de

ABONNENTENVERWALTUNG

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover,
Viola Soltysiak, Tel. (05 11) 84 05-268
E-Mail: nzb-abo@kzvn.de

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Produktinformationen werden nach bestem Wissen veröffentlicht, jedoch ohne Gewähr. Alle Rechte des Nachdrucks und der fotomechanischen Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Genehmigung der NZB-Redaktion. Für unverlangte Fotos wird keine Gewähr übernommen. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor. – Das Editorial wird von den Autoren in Eigenverantwortung verfasst und unterliegt nicht der presserechtlichen Verantwortung der Redaktion.

BEZUGSBEDINGUNGEN

Der Bezugspreis für Mitglieder ist durch den Beitrag abgegolten. Nichtmitglieder der Körperschaften erhalten das Jahresabonnement zu 30,72 EUR, Einzelheft 2,56 EUR, zusätzlich Versandkosten.

INHALT

Januar 2011

EDITORIAL

- 1 Dr. Thomas Nels: Neuanfang

POLITISCHES

- 4 Streit um Gebührenordnungen
Ärzte und Zahnärzte wehren sich
gegen Öffnungsklausel
- 6 GOZ-Novelle, Öffnungsklausel
und Selektivverträge –
„Wer hat Angst vorm schwarzen Mann?“
- 8 Bundesweite Umfrage:
Vier Fragen zur GOZ-Novelle
- 9 Aus dem NEWSCENTER von www.zfn-online.de
Jens Spahn Superstar
- 10 Die GKV im Wandel
Von der bedarfsbestimmten
zur einnahmeorientierten Finanzierung
- 14 KZVN-Vorstand im Bundesgesundheitsministerium
„Gelbe Karte“ überreicht
- 15 Wettbewerbsverzerrung auf Druck
von Krankenkasse
Verunsicherte Patienten sind Leidtragende
- 15 Kommentar
Parallelen?

NEUJAHRSGRÜSSE

WIR WÜNSCHEN UNSEREN
LESERINNEN UND LESERN
EIN GLÜCKLICHES UND
ERFOLGREICHES JAHR 2011!

Ihr NZB-Redaktionsteam,
der Vorstand sowie alle Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter der KZVN

2011

FACHLICHES

- 16** Die Behandlung des Parodontiums gehört in jede Zahnarztpraxis
Nicht mangelnde Mundhygiene, sondern eine Fehlentwicklung bzw. Überreaktion des oralen Immunsystems ist die primär treibende Kraft in der Parodontose
- 18** Regelmäßige lokale Doxycyclinapplikation unterstützt die Parodontaltherapie und hemmt den Knochenabbau
- 21** Doxycyclin in der parodontalen Nachsorge 
- 26** Rechtstipp
Beachtung der Schweigepflicht bei der Einschaltung privater Abrechnungsgesellschaften und Inkassounternehmen
- 27** Die Servicehotline der KZVN für Abrechnungsfragen informiert: Sie fragen – wir antworten
- 30** Ganzheitliches unternehmerisches Denken
Unternehmerische Herausforderungen der Zahnarztpraxen in der Zukunft
- 32** Praxisausfallversicherung – steuerliche Behandlung
- 33** Bundesverwaltungsgericht bestätigt Widerruf der ärztlichen Approbation wegen Falschabrechnung gegenüber Privatpatienten
- 35** Aktuelles aus der Rechtsprechung
– Aktuelle Urteile aus der Arbeitswelt
– Aktuelle Urteile aus dem Steuerrecht
– Aktuelle Urteile aus dem Sozialrecht

INTERESSANTES

- 36** Elektronischer Personalausweis: Sicherer Weg in die digitale Welt
- 40** Die Euro-Dämmerung

TERMINLICHES

- 42** Termine

PERSÖNLICHES

- 42** Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag!
Dr. Bodo Heckroth 60 Jahre jung

KZVN

- 43** Niederlassungshinweise
- 45** Datenschutz und Datensicherheit – Worte und Taten
- 45** Gemeinsame Erklärung zum Sicherheitsvorfall im Online-Portal der KZVN
- 46** Entschädigungsordnung für Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen
- 47** AG KZVen – ein starkes Bündnis
Für mehr Selbstverwaltung und noch bessere Dienstleistung

KLEINANZEIGEN

48



Redaktions-schluss

- Heft 3/11: 10. Februar 2011
- Heft 4/11: 14. März 2011
- Heft 5/11: 11. April 2011

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.

Anschrift: Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB), c/o KZVN, Heike Philipp, Zeißstr. 11, 30519 Hannover
E-Mail: nzb-redaktion@kzvn.de
Telefon: (05 11) 84 05-207

Fotos Titelseite: © NZB-Archiv, © Joachim Wendler/fotolia.com, © R. Möbius, Umschlagseite 2: © jas/fotolia.com



Streit um Gebührenordnungen

Ärzte und Zahnärzte wehren sich gegen Öffnungsklausel

Wenn es ums Geld geht, hört die Freundschaft auf. Das gilt auch für die jahrzehntelang beschworene „natürliche Partnerschaft“ zwischen Ärzten und Zahnärzten auf der einen Seite und privater Krankenversicherung (PKV) auf der anderen. Denn im Streit um eine Überarbeitung der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) sind die Fronten auf beiden Seiten verhärtet. Wie sehr die Entfremdung mittlerweile vorangeschritten ist, wurde einmal mehr am 09. Dezember deutlich. Bundesärztekammer und Bundeszahnärztekammer hatten in einer gemeinsamen Pressekonferenz vor möglichen Folgen einer sogenannten Öffnungsklausel für privatärztliche Leistungen gewarnt. Der PKV-Verband trat gut eine Stunde später vor die Presse, um den Ausführungen der Ärzteorganisationen die eigene Sichtweise entgegenzusetzen. Für manche Journalisten dürfte dieses „Bäumchen-wechsel-dich-Spiel“ zu einem Déjà-vu-Erlebnis geführt haben. Schon einmal, vor gut zwei Jahren, folgte auf eine Pressekonferenz von Ärzten und Zahnärzten eine „Gegenveranstaltung“ des PKV-Verbandes. Auch damals ging es um die Überarbeitung der ärztlichen und der zahnärztlichen Gebührenordnung. Die Argumente sind auf beiden Seiten im Wesentlichen die Selben geblieben. Mit der Öffnungsklausel, die die PKV im Rahmen der Novellierungen von GOÄ und GOZ im kommenden Jahr durchsetzen will, sollen ärztliche und zahnärztliche Leistungen außerhalb der staatlich geregelten

Gebührenordnungen abgerechnet werden können. Grundlage hierfür wären Separatverträge zwischen Privatversicherern und Ärzten. Dagegen laufen die Leistungserbringer Sturm. Sie befürchten Dumpingverträge und einen existenzbedrohenden Preiswettbewerb unter Ärzten und Zahnärzten.

„Die Öffnungsklausel fördert nicht den Wettbewerb, sondern sie zielt einzig und alleine darauf ab, die Marktmacht und die Möglichkeiten der privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Gewinnmaximierung zu stärken“, sagte der Vorsitzende des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer, Theodor Windhorst. Mit der Öffnungsklausel mutiere die Privatmedizin zur Billigmedizin. Denn außer Frage stehe, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der durch die Öffnungsklausel ermöglichten Honorarabsenkung unmittelbar und direkt die ärztliche Therapiefreiheit einschränken würden, so Windhorst. „Der Reformeifer, den die PKV mit dem ‚großen Wurf‘ einer Öffnungsklausel inszeniert, macht leider vor der eigenen Haustür halt. Internes Einsparpotenzial durch effizientere Verwaltung wird wenig bis gar nicht zur Kostendämpfung genutzt“, kritisierte Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer. PKV-Verbandschef Reinhold Schulte hingegen gab sich in der sich anschließenden Pressekonferenz seiner Organisation verwundert, „dass einige Ärzteverbände mit teils polemischen Worten und überwiegend falschen Behauptungen zum Kampf gegen die sogenannte Öffnungsklausel blasen“. Um die berechtigten Erwartun-

gen der Versicherten zu erfüllen, könne sich die PKV nicht auf eine Rolle als reiner Kostenerstatter zurückziehen. „Unser Ziel ist es vielmehr, stärker Einfluss auf die Qualität und die sich daraus ergebenden Mengen und Preise von Heilbehandlungen zu nehmen.“ Es liege im gemeinsamen Interesse von Ärzten und PKV, zwischen schlechter und guter, überflüssiger und nützlicher Versorgung zu unterscheiden und dies in der Vergütung zum Ausdruck kommen zu lassen, so Schulte.

Zur Stärkung ihrer Positionen führen beide Seiten juristische Argumente an. Die Leistungserbringer bemühen den Medizinrechtler Prof. Dr. Thomas Schlegel. Er weist darauf hin, dass GOÄ und GOZ in Verbindung mit dem jeweiligen Berufsrecht die Qualität der Behandlung des Patienten schützen. Hierfür sei in den Gebührenordnungen ein „Mindestsatz“ (der 1,0fache Satz einer Gebühr) festgelegt worden, der von Ärzten und Zahnärzten nicht unterschritten werden dürfe. Bei der Kalkulation dieses Mindestsatzes sei man davon ausgegangen, dass die Sicherung der Behandlungsqualität unter diesem einfachen Gebührensatz nicht mehr gewährleistet sei. Zudem sei die gegenseitige preisliche Unterbietung von Freiberuflern allein schon aufgrund des Berufsrechts nicht zulässig.

Anders die Einschätzung des Kölner Rechtswissenschaftlers Prof. Dr. Otto Depenheuer, auf den sich die PKV beruft. Die vorgesehene Änderung der GOZ wird nach seiner Expertise durch die Ermächtigung des § 15 ZHG (Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde) gedeckt, die

dem Verordnungsgeber einen weiten Gestaltungsspielraum einräume. „Die freie Gestaltung des Verordnungsgebers reicht kompetenzrechtlich vom Erlass einer zwingenden Gebührenordnung ohne Abweichungsmöglichkeiten über eine Gebührenordnung, die an die Stelle oder neben einer vorgegebenen Gebührenordnung eine freiheitliche Preisfindung durch individuelle oder kollektive Öffnungsklauseln anregt bis hin zu einer völligen Freigabe der Vergütung“, heißt es in seinem Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit einer Öffnungsklausel in der GOZ.

Ob jedoch der Verordnungsgeber diesen Freiraum – wenn es ihn denn gibt – auch nutzen will, ist offen. Die Koalition hat sich bislang nicht positioniert. So bemüht sich der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesgesundheitsministeriums, Daniel Bahr (FDP), um Neutralität. Die PKV müsse finanziell stabil bleiben, sagte er. Sie könne aber auch kein Interesse daran haben, der gesetzlichen Krankenversicherung immer ähnlicher zu werden. Ein gewichtiges Wort dürften in dieser Frage aber auch die Beihilfekostenträger sprechen. Ihnen käme eine Öffnungsklausel naturgemäß gelegen. Denn es gehört nicht viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, dass die Beihilfekostenträger das Erstattungsniveau bei Einführung einer Öffnungsklausel absenken würden.

Allerdings ist die Öffnungsklausel nur ein

Posten von vielen, über die im Zuge der Überarbeitung der Gebührenordnungen verhandelt wird. Während die Novelle der GOZ unmittelbar vor dem Abschluss steht, ist bei der GOÄ noch völlig unklar, wie diese ausgestaltet werden soll. Mit Zugeständnissen der Leistungserbringer an der einen oder anderen Stelle könnten sie die ungeliebte Klausel vielleicht doch noch verhindern oder zumindest abschwächen. Im Moment sieht es jedoch nicht so aus, als würden sich Ärzte und Assekuranzen im Streit um die GOÄ-Novelle annähern. Einem Konzeptpapier der PKV für eine neu gefasste GOÄ steht ein fertiger Entwurf der Bundesärztekammer für eine neue Gebührenordnung gegenüber. Beide Vorschläge unterscheiden sich gewaltig. So schlägt der PKV-Verband eine Dreiteilung der Leistungsbereiche vor, nach denen die Honorierung der Ärzte in einer neuen GOÄ künftig abgebildet werden soll. So sind Zeitleistungen mit zeitaufwandsgerechter Vergütung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen vorgesehen. Für diese Zeitleistungen soll ein Steigerungssatz nicht mehr zur Anwendung kommen. Ein zweiter Bereich hat Einzelleistungen mit umfassenderen technischen Komponenten zum Inhalt. Da sich die Bewertung dieser Einzelleistungen auf den Durchschnitt von einfachen bis schweren Fällen bezieht, soll ein Steigerungsfaktor – wenn überhaupt – nur für den ärztlichen Leistungsanteil angesetzt

werden können. Und schließlich schlägt die PKV vor, Leistungskomplexe zur Abbildung umfassender Gesamtleistungen unter Konkretisierung des Zielleistungsprinzips zu bilden.

Die Bundesärztekammer hält dagegen nichts von Pauschalierungen und Komplexleistungen und will das Prinzip der Einzelleistungsvergütung strikt beibehalten. Um Einzelfälle adäquat bewerten zu können, müssten zudem die derzeitigen Steigerungsmöglichkeiten uneingeschränkt erhalten bleiben, argumentiert sie. In dem Vorschlag der Bundesärztekammer wurden zahlreiche Kapitel völlig neu strukturiert. Bei komplexen operativen Eingriffen und Interventionen fasste sie die obligaten Einzelleistungen zusammen. Trotz der rund 1.000 zusätzlichen Gebührenpositionen sollen künftig vergleichbare Behandlungsfälle mit wesentlich weniger Positionen zielgenauer abgebildet werden können. Die Einzelsätze in der neuen GOÄ sollen eine adäquate Bewertung privatärztlicher Leistungen garantieren, so die BÄK. Die ärztlichen Leistungen würden für alle Arztgruppen auf der Basis desselben kalkulatorischen Unternehmerlohns berechnet. Zudem werde die Refinanzierung der für die jeweilige Leistung notwendigen Technik und Ausstattung bei der Bewertungsfindung mit einem eigens dafür entwickelten GOÄ-spezifischen Bewertungsalgorithmus berücksichtigt. Die Kammer verweist darauf, dass Feldversuche die Praxistauglichkeit des GOÄ-Entwurfs bestätigt hätten.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hatte bereits im August angekündigt, dass der Vorschlag der Bundesärztekammer die Grundlage der GOÄ-Novelle bilden soll. Dies wäre für die Ärzteschaft ein Erfolg. Aber auch wenn es so kommt, wäre die von den Ärzten gefürchtete Öffnungsklausel noch nicht vom Tisch.

Quelle: gid 36/2010



GOZ-Novelle, Öffnungsklausel und Selektivverträge – „Wer hat Angst vorm schwarzen Mann?“

Mit der Überschrift „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ müssen sich der zahnärztliche Berufsstand und dessen Standsvertretung nicht erst seit gestern auseinandersetzen. So war es vor allem die vorherige Regierungskoalition, die hier durch gesetzgeberische Maßnahmen entscheidende Weichen gestellt und zum Beispiel der GKV im Rahmen des § 73c SGB V die Möglichkeit eingeräumt hat, sogenannte „Selektivverträge“ mit einzelnen Zahnärzten, Gruppen von Zahnärzten oder auch KZVen abzuschließen. Dabei hat es die Politik versäumt, den Begriff „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ auch wirklich zu definieren.

Die Realität zeigt heute mehr denn je, dass es nur ein Schlagwort ist, und Politik, Krankenkassen und auch die Seite der Kostenerstatter gar kein Interesse daran haben, faire Wettbewerbsparameter zu schaffen. Man hat vielmehr erkannt, wie vorteilhaft und einfach es ist, mit einer solchen Überschrift die eigenen Interessen und Positionen populistisch vertreten und einfordern zu können. So muss es uns Zahnärzte nicht verwundern, dass sowohl GKV wie auch PKV – und nicht zuletzt auch die Politik – mit dem Begriff Wettbewerb an erster Stelle das Ziel der Kostendämpfung verknüpfen. Würde man dies in

der Öffentlichkeit auch genau so bekennen, wäre es wenigstens noch ehrlich. Aber genau das Gegenteil ist der Fall: Außen auf der Packung steht ganz im Sinne des Verbraucherschutzes „mehr Qualität, bessere Versorgung und angemessene Preise“. In der Packung selbst versteckt sind aber die Instrumente „Mengensteuerung, Preisdumping und Patientennavigation“!

Wer glaubt, dass die Qualität der Leistung und deren angemessene Honorierung bei Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen in der Prioritätenliste den obersten Platz einnehmen, ist blauäugig und glaubt wahrscheinlich auch noch an den Weihnachtsmann. Wie wenig von dem Gedanken „Qualität hat ihren Preis“ noch übrig bleibt, zeigt bereits heute die Vielzahl der gelebten Selektivverträge in der GKV. Dabei hat man schon lange erkannt, dass „Zahnersatz zum Nulltarif“ alleine nicht mehr zieht. So wurden schnell noch außervertragliche Leistungen wie die PZR oder Implantatversorgungen mit einbezogen. Erst gaben Krankenkassen noch Zuschüsse zur im Selektivvertrag nicht näher definierten „PZR“. Dann zog man diese zurück, definierte aber dafür den Preis beim teilnehmenden Zahnarzt und dreht nun kräftig an der Honorarschraube. Wer dieses Szenario aufmerksam verfolgt, muss mit Erschrecken feststellen, dass es wohl Zahnärzte gibt, die bereit sind, eine wie dann auch immer ausgestaltete „professionelle“ Zahnreinigung für 35 Euro zu erbringen. Aber damit nicht genug. Festpreise für Komposit-Restorationen, kostenfreie Prophylaxeleistungen oder Implantatversorgungen zu Dumpingpreisen sind Inhalt solcher Selektivverträge.

Jeder wird sich nun fragen, warum es Zahnärzte gibt, die sich in solche Verträge einschreiben, und warum es Krankenkassen gibt, die solche Verträge auflegen. Die Antwort auf diese Fragen ist einfacher, als manch einer glaubt. „Patientengewinnung“ ist das schlagende Motiv aufseiten

der Zahnärzte, die dort mitmachen. „Kundenbindung und -gewinnung“ bewegt Krankenkassen, solche Instrumente in die Hand zu nehmen. Was fehlt, sind Qualität, angemessene Honorierung, definierte Leistung und freie Arztwahl. Spätestens das aktuelle Urteil des Bundesgerichtshofs in Sachen „Zahnersatz-Auktionsportal“ macht deutlich, dass auch der Politik und selbst der Rechtssprechung nicht primär daran gelegen ist, eine hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung sicherzustellen. „Man habe im Sinne der Verbraucher entschieden ...“, hieß es dann in der Kommentierung dieses Urteils.

Dabei gerät wohl mehr und mehr in Vergessenheit, dass wir Patienten und nicht „Verbraucher“ behandeln, wir Zahnärzte und keine „Leistungserbringer“ sind und wir individuelle, qualitativ hochwertige Behandlungen durchführen und keine im Internet vergleichbare „Ware von der Stange“ liefern.

Beziehen wir jetzt diese Erfahrungen aus dem GKV-Bereich mit in die Diskussion um eine mögliche „Öffnungsklausel“ in der PKV ein, muss jedem klar sein, dass auch die PKV gleiche Zielsetzungen hat und in einer solchen Regelung in der GOZ die große Chance sieht, Mengensteuerung und Preisdumping zu betreiben. Unweigerlich damit verbunden ist die Steuerung der Versicherten hin zu Zahnärzten, die sich auf solche Einzelverträge einlassen würden. Strategisch langfristig geplant ist der Aufbau vernetzter Versorgungsstrukturen, in denen die Seite der Kostenerstatter Preis, Menge und Qualität definiert und der einzelne Arzt oder Zahnarzt auf die Zuweisung von Patienten angewiesen ist.

Die Frage, die wir nun beantworten müssen, ist somit glasklar beschrieben. „Wer hat Angst vor dem schwarzen Mann?“. Wie reagiert oder bestenfalls agiert der Berufsstand nun bezüglich dieser Entwicklungen? Bei aller realistischen Betrachtung und Analyse der Sachlage gibt es aus meiner

Sicht noch keinen Grund zur Resignation. Noch müssen wir keine Angst vor dem schwarzen Mann namens „Selektivvertrag und Öffnungsklausel“ haben. Denn eines müssen wir uns bewusst machen: Alle Modelle auf einzelvertraglicher Grundlage benötigen Flächendeckung. Das bedeutet, dass die Mehrzahl der Zahnärzte auf solche Vertragskonstrukte hereinfallen müsste. Davon kann derzeit nicht die Rede sein und auch die Seite der Krankenkassen und Kostenerstatter erkennt, dass nicht gerade die etablierten und qualitätsorientierten Praxen sensibel sind für Selektivverträge.

Allerdings müssen wir auf die Gefahr Einfluss nehmen, dass derartige Vertragskonstrukte Benchmarks in puncto Preis setzen und es keine Auswirkungen auf die Leistungsanspruchnahme unserer Patienten geben darf. Darüber hinaus ist es an der Zahnärzteschaft selbst, die „soziale Intelligenz“ im Umgang miteinander nicht aufzugeben und nicht im Sinne der „Patientengewinnung“ in einen vollkommen falsch verstandenen Wettbewerb einzutreten. Genau das erhofft sich die Gegenseite. Man wittert nämlich die große Chance, den zahnärztlichen Berufsstand über Selektivvertragskonstrukte zu zersplittern und den Wettbewerb um den Patienten unter den Zahnärzten auf Kosten von Qualität und Honorar loszutreten. Somit reden wir auf der einen Seite über gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen, die Selektivverträge möglich

Zahnarzt Martin Hendges, Köln, ist Ehrenvorsitzender des Deutschen Zahnärzteverbandes (DZV e.V.) und seit dem 01. Januar 2011 stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein.



Foto: NZB-Archiv

machen. Auf der anderen Seite geht es aber vor allem darum, wie wir Zahnärzte damit umgehen. „Wir“ heißt in dem Fall ganz klar und deutlich nicht jeder einzelne Zahnarzt. Es ist vielmehr die Aufgabe des gesamten Berufsstandes mit all seinen Vertretungen, hier gemeinsame Strategien und Positionen zu entwickeln. Den Zahnarzt an der Basis darf man mit der Vielfalt an Anforderungen und mit derart existenziell wichtigen Entscheidungen nicht alleine lassen.

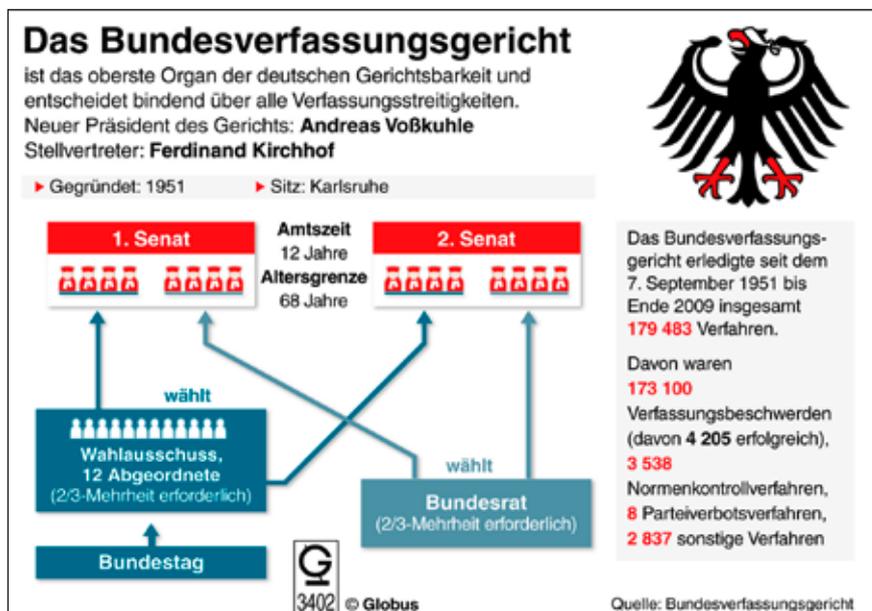
Einige Bundesländer haben bereits vor Jahren entsprechende Strukturen aufgebaut, um auch auf regionaler Ebene die Zahnärzteschaft zu bündeln und zu synchronisieren. Es ist aus meiner Sicht allerhöchste Zeit, dies auch bundesweit zu

etablieren. Gerade das Selektivvertragsgeschehen in der GKV hat gezeigt, wie schlagkräftig zahnärztliche Initiativen vor Ort sein können, wenn es um die Abwehr von Patientennavigation geht. Die Öffnungsklausel wird nur in dem Maße Kraft entwickeln können, wie wir es versäumen, die Kollegenschaft vor Ort mit großer Flächendeckung zusammenzubringen.

So sind unsere Hausaufgaben mehr als deutlich formuliert. Es ist Aufgabe der Ständesvertretung, im Schulterschluss aller Institutionen und außerkörperschaftlichen Verbände Strategien und Handlungskonzepte zu entwickeln. Eitelkeiten und persönliche Animositäten sind hier völlig fehl am Platze. Des Weiteren ist es unerlässlich, den Auf- und Ausbau regionaler Strukturen voranzutreiben, um sowohl der GKV wie auch der PKV aufzuzeigen, dass eine Flächendeckung in der Versorgung durch Selektivverträge mit der Zahnärzteschaft nicht umzusetzen ist.

Aber nicht zuletzt ist es auch die Aufgabe jedes einzelnen Zahnarztes, sich vor Ort einzubinden, sich zu informieren, gemeinsame Strategien auch mit zu tragen und umzusetzen. Denn jedes erdachte Handlungskonzept ist nur so gut, wie es von der Basis angenommen und umgesetzt wird. Wir sind alle gefordert. Das gilt für Körperschaften, außerkörperschaftliche Verbände und auch für die Basis. Politikverdrossenheit, Tunnelblick oder Diskussionen im Elfenbeinturm bringen uns nicht weiter. Jetzt ist die Zeit gekommen, in der der Berufsstand seine „soziale Intelligenz“ und seine Geschlossenheit unter Beweis stellen muss. Ich bin mir sicher, dass wir die Weichen noch selber stellen können und habe deshalb „keine Angst vorm schwarzen Mann“!

Martin Hendges, Köln



Bundesweite Umfrage: Vier Fragen zur GOZ-Novelle

adp-medien dokumentiert im Folgenden den Aufruf des Deutschen Zahnärzte Verbandes e. V. (DZV) zur Teilnahme an einer Meinungsumfrage unter Zahnärzten. Im Fokus steht die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), deren Leistungsverzeichnis bekanntlich derzeit im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) abschließend beraten wird. Nach wie vor gilt der 01. Juli 2011 als Termin für das Inkrafttreten der Rechtsverordnung. Zeit also, sich über die GOZ/Neu Gedanken zu machen. Hier der Aufruf des DZV im Originalwortlaut:

Information – Motivation – Aktion Deutschlandweite Umfrage unter Zahnärzten

Die Politiker haben den Bürgern im Allgemeinen und der Zahnärzteschaft im Speziellen wieder einmal mehr gezeigt, wie wenig verbindlich für sie eigene Versprechungen aus dem Wahlkampf für die Regierungsarbeit sind. Selbst vertragliche Vereinbarungen unter Koalitionären haben offensichtlich keinen höheren Bindungswert. So steht auch in der jetzigen Gesundheitsreform allein die Kostendämpfung und damit die Beibehaltung der Budgetpolitik im Vordergrund. Aber nicht nur für den Bereich der GKV dominiert der Gedanke, die Ausgabenseite der Krankenkassen durch reine Sparpolitik zu begrenzen. Nun will man Gleiches bei der Novellierung der GOZ tun, um somit dem Begehren der privaten Kostenerstatter und der Beihilfestellen, die finanziellen Auswirkungen einer neuen GOZ minimal zu halten, nachzukommen. Dabei muss jedem bewusst sein, dass die GOZ nicht nur bei der Behandlung von Privatpatienten Einfluss auf die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse in den Zahnarztpraxen nimmt, sondern gerade bei der Versorgung gesetzlich Versicherter im Rahmen von Mehrkostenregelungen, Festzuschussystem im Zahnersatzbereich und bei der Vereinbarung außervertraglicher

DZV Deutscher Zahnärzte Verband e.V.

DZV-Umfrage

*** Erforderlich**

Fühlen Sie sich ausreichend informiert über den aktuellen Stand der GOZ-Novelle, die geplante Öffnungsklausel und deren möglichen Folgen? *

ja
 nein
 weiß nicht

Wären Sie bereit, sich und Ihr Praxisteam für professionell erarbeitete Handlungsoptionen als Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit Ihrer Praxis schufes zu lassen und die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten sofort umzusetzen? *

ja
 nein
 weiß nicht

Wer sollte nach Ihrer Meinung solche Handlungsoptionen entwickeln? *

KZV/DZV
 Landes Zahnärztekammern/LZÄK
 Unabhängige Berufsverbände/-organisationen
 Alle gemeinsam

Welche Instrumente sind Ihrer Meinung nach geeignet, in kurzer Zeit die entwickelten Handlungsoptionen und Strategien in der Zahnärzteschaft zur Umsetzung auf breiter Basis zu verhelfen (Mehrfachantworten sind möglich)? *

Fortbildungsveranstaltungen mit mehreren hundert Teilnehmern
 Schulungsveranstaltungen auf Kreisebene
 Schulungsveranstaltungen mit max. 20 Teilnehmern einer Region
 elektronische Schulungen zum Selbststudium
 juristisch abgesicherte und fertig erstellte Formelavordrucke zum Individualisieren
 Tutorentams als Ansprechpartner der Kollegen vor Ort bei Problemen
 Softwarehäuser der Praxisverwaltungssysteme zur zeitnahen Umsetzung der Strategien in deren Programme einbinden

Hier können Sie einen kleinen Kommentar abgeben, den wir ggf. bei medialer Aufarbeitung veröffentlichen würden:
Bitte verwenden Sie max. 1024 Zeichen

Umfrage des DZV zur geplanten GOZ-Novelle unter <http://www.dzv-mitglied.de/umfrage>.

Leistungen eine existentielle Bedeutung für die deutschen Zahnarztpraxen hat. Ungeachtet dessen gewinnt das Oligopol der gesetzlichen Krankenkassen und Kostenerstatter zusehends weiter an Macht. Nicht zuletzt durch die Implementierung einer „Öffnungsklausel“, die Einzelverträge zwischen Kostenerstatter und Zahnärzten möglich macht und ein Instrument in Richtung Preisdumping und Patientennavigation darstellt, soll hier eine weitere Machtverschiebung zugunsten der Privaten Krankenversicherung erreicht werden. Ohne die Einbindung der zahnärztlichen Basis und all ihrer handlungsfähigen Organisationen wird die Zahnärzteschaft somit keine annähernd adäquate Marktmacht dagegen stellen können. Es ist daher dringend notwendig, diese zahnärztliche Marktmacht zu organisieren. Dazu muss als erstes ein effektiver Informationsfluss stattfinden. Parallel dazu ist es Aufgabe, Konzepte mit dazu passenden Strategien zu entwickeln, die dann wiederum von der Zahnärzteschaft ge-

schlossen und schnell umgesetzt werden müssen. Der am 27. November gefasste Beschluss der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Nordrhein ist vor diesem Hintergrund die erste Aktion auf diesem richtigen Weg. In gleicher Richtung muss konsequent und schnell weiter vorgegangen werden. Beteiligen Sie sich, liebe Kolleginnen und Kollegen, in großer Zahl an unserer Umfrage, um unserer Ständevertretung aufzuzeigen, wie es um diejenigen, die sie vertreten sollen, bestellt ist!

Noch bis zum 31. Januar kann man auf der DZV-Homepage über den Button „Umfrage“ oder direkt unter <http://www.dzv-mitglied.de/umfrage> an der Umfrage teilnehmen. Der Zeitaufwand beträgt ca. fünf Minuten. Zusätzlich besteht auch noch die Möglichkeit, einen individuellen Kommentar abzugeben.

Quelle: adp – auf den punkt 22/2010

■ Jens Spahn Superstar

Die neuesten Erkenntnisse des Jens Spahn, MdB, machen es deutlich: Da will jemand mit Macht nach oben, da empfiehlt sich jemand für die Nach-Rösler-Ära. Jens Spahn, seit seinem 15. Lebensjahr in der CDU, ist Mitglied im Gesundheitsausschuss und gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Den Dreißigjährigen, der eine Bankausbildung und den Bachelor of Arts der Fernuniversität Hagen nachweisen kann, zeichnet Dynamik und Belastbarkeit aus; neben dem Job in Berlin findet er Zeit, Funktionen in diversen Unternehmen, Körperschaften und Vereinen, Verbänden und Stiftungen wahrzunehmen. Nachdem Spahn Ende November erklärt hatte, dass es „Sinn machen“ könne, auch über eine Öffnungsklausel zu sprechen und damit den Widerspruch der Bundeszahnärztekammer hervorgerufen hatte, stellt er nun in der nachrichtenarmen Zeit neue und öffentlichkeitswirksame Forderungen auf.

Wasch mich, aber mach mich nicht nass!

In Krankenhäusern soll es künftig auch für gesetzlich Versicherte nur noch Zweibettzimmer geben, forderte er gegenüber der „Süddeutschen Zeitung“. Vier Betten würden der Gesellschaft nicht mehr gerecht, fügte er hinzu. Und auch für die Niedergelassenen hält der Vielbeschäftigte eine Ermahnung bereit. Die Ärzte sollen die Wartezeiten für Kassenpatienten deutlich verringern, erklärte er gegenüber der Süddeutschen Zeitung. Und so ganz nebenbei rät der „den Kassen“, in der Sache aktiv zu werden. Bei solchen Sätzen mag man sich an die Forderungen der ehemaligen parlamentarischen Staatssekretärin im BMG, Caspers-Merk, erinnern, die angeblich notwendige Erschließung von Wirtschaftlichkeits- und Effizienzreserven im Krankenhausesektor stets im Munde führte, während ver.di als deren Folge von einer enormen Rationalisierungswelle in den Krankenhäusern mit Abbau von über 20.000 Vollkräften beim Pflegepersonal in den ersten beiden Jahren nach Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen spricht. Der Sparwahn habe dazu geführt, dass eine qualitativ gute Versorgung der Patient/innen unter diesen Belastungen nicht mehr zu erbringen ist, so ver.di. Den Krankenhäusern gerade in dieser Zeit weitere und kaum übersehbare Leistungen abzuverlangen, ohne eine konkrete Gegenfinanzierung zu benennen, dient lediglich zur Füllung des „Winterloches“ – oder, und das ist wahrscheinlicher, der Stärkung der eigenen Ausgangsposition des als „Nachwuchspolitiker des Jahres 2010“ ausgezeichneten Jens Spahn.

Schließlich will die Koalition das „Lieferschein-Prinzip“ einführen, um Kostentransparenz zu erreichen, kündigte Spahn nach Information von „facharzt.de“ an. Das bedeute, dass der Patient in die Abrechnung mit einbezogen werde: „Der Arzt legt dem Patienten eine Übersicht über die erbrachten Leistungen vor, und erst wenn dieser sie ihm quittiert hat, kann der Arzt abrechnen“, habe Spahn ferner angekündigt. Und er ist damit nicht der einzige Politiker, der das Prinzip der Kostenkontrolle im Gesundheitswesen nur aus einer Perspektive betrachtet und die „Kostenerstattung“ (ohne Vorkasse!) als Mittel zur Kostentransparenz aus ideologischen Gründen ablehnt. Im Übrigen zeigt der Sprachduktus einmal mehr, welchen Stellenwert ärztlicher Sachverstand in der Gesundheitspolitik einnimmt.

Komplexe Folgen nicht im Blick

Der Sprecher der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Moritz Quiske, brachte es auf den Punkt: „Das sind wohlfeile Vorschläge ohne Unterfütterung. Herr Spahn wird offenbar von seinem

*Jens Spahn, MdB,
Mitglied im Gesundheitsausschuss
und gesundheitspolitischer
Sprecher der CDU/CSU-
Bundestagsfraktion:
„...ich bin mein
Geld auch wert“!*



Foto: SpahnTeam

schlechten Gewissen geplagt“ und er ergänzte, dass die Koalition den Kliniken zuvor eine Milliarde Euro genommen und nichts gegen den Ärztemangel in Deutschlands Krankenhäusern (5.500 Mediziner fehlen) getan habe.

Das ist so ganz im Stil der neuen Berliner Politik. Man stellt wohlklingende Forderungen auf, ohne selbst die Verantwortung für die Kostenproblematik zu übernehmen. Das mögen andere, in diesem Fall die Länder, Kommunen und die Betroffenen selbst leisten. Zur Erinnerung: Rund 30 % der kommunalen Haushalte in NRW stehen bereits unter Kuratel des Ministeriums, und die Städte- und Gemeindekassen weisen ganz aktuell für das Jahr rund elf Mrd. Minus aus! In Sachen Finanzierbarkeit seiner Ideen hält Spahn die ebenso griffige wie undifferenzierte Formel bereit, dass Ärzte und Krankenhäuser in den vergangenen zwei Jahren schließlich rund 8,5 Milliarden Euro zusätzlich erhalten hätten, und er fügte hinzu, dass sich diese „Riesensumme“ jetzt in einer besseren Versorgung bemerkbar machen müsse.

Gleichzeitig spricht der Vizepräsident der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), Dr. Tecklenburg, von einem dreistelligen Millionenbetrag, der für den Umbau aller öffentlichen Krankenhäuser notwendig wäre, wenn man den Forderungen des Abgeordneten Spahn folgen wollte. Das bedeute zugleich, dass man die Fallpauschale neu berechnen müsse und man alleine mit einer Personalkostensteigerung von rund 300.000 Euro pro Jahr und Station bei der MHH rechnen müsste.

Gespaltener Sparwille

Zur gleichen Zeit verhalten sich die Berliner Politiktreibenden ziemlich geräuschlos, wenn es um die Finanzierung eigener Belange geht – Finanzierung offenbar gesichert. So wird sich der Umbau des Berliner Flughafens für Regierungsmitglieder und Staatsgäste auf voraussichtlich 310 Millionen Euro verdoppeln, wie die „Hannoversche Allgemeine“ schreibt. Die Finanzierung ist offenbar genauso gesichert wie diejenige für den Bau des 7,5 Millionen Euro teuren Fußgängertunnels für Abgeordnete zwischen den Bundestagsliegenschaften im Berliner Parlamentsviertel.

Da gibt es noch die zutreffende Bemerkung, die Jens Spahn für seine Internet-Besucher bereithält: „Dabei gilt meines Erachtens, dass wer gute und engagierte Politiker will, sie auch angemessen entlohnen muss. Und bei einer 60-70-Stunden-Woche und viel Abend- und Wochenendarbeit kann ich meiner Meinung nach selbstbewusst sagen: ich bin mein Geld auch wert“!

Sollte das für Zahnärzte in Krankenhäusern und freien Praxen nicht gelten?

Quelle: www.zfn-online.de

Die GKV im Wandel

Von der bedarfsbestimmten zur einnahmeorientierten Finanzierung

Es muss bezweifelt werden, dass die Kostendynamik in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dauerhaft durch Kostendämpfungsmaßnahmen bewältigt werden kann. Beitragserhöhungen und Steuerzuschüsse werden die Dynamik bestenfalls mildern, nicht jedoch kompensieren. Die Folge ist eine Umstellung von einer bedarfsbestimmten auf eine einnahmeorientierte Finanzierung.

Dies entspricht sinngemäß der Forderung von Bundeskanzlerin Merkel und Ministerpräsident Seehofer, wonach sich in den öffentlichen Haushalten in Zukunft die Ausgaben an den Einnahmen orientieren müssen. Gleiches wird auch für Sozialsysteme und damit auch für die Gesetzliche Krankenversicherung gelten. Damit wird in der GKV in Zukunft nicht mehr der Bedarf die Mittel bestimmen, die zur Bedarfsdeckung aufgebracht werden müssen, sondern Art und Umfang der Leistungen werden sich an den jeweils zur Verfügung stehenden Mitteln orientieren. Wenn dies so ist, steht der Leistungskatalog der GKV zur Disposition. Es ist nicht vorstellbar, mit begrenzten Mitteln alles zu finanzieren, was im Leistungskatalog der GKV enthalten ist. Es kommt hinzu, dass dieser Leistungskatalog unverändert ohne Gegenfinanzierung ausgeweitet wird. Die Tatsache, dass Deutschland weltweit über den umfangreichsten Leistungskatalog eines Gesundheitssystems und über die wohl geringsten Zuzahlungen verfügt, wird nichts daran ändern, dass wir vor einer Phase harter Auseinandersetzungen stehen¹.

¹ Zur Begründung dieses Konzepts durch demografischen Wandel und medizinischen Fortschritt siehe Beske, F.: „Handlungsoptionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln“, Band 117 der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel 2010. Die Studie kann gegen eine Schutzgebühr von 10 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSF Kiel, Weimarer Str. 8, 24106 Kiel, Tel. (04 31) 800 60-0, Fax (04 31) 800 60-11, E-Mail: info@igsf-stiftung.de.



Im Folgenden werden konkrete Vorschläge für eine Anpassung des Leistungskatalogs der GKV an begrenzte Mittel vorgelegt und Fragen zu Struktur und Inhalt der medizinischen Versorgung gestellt sowie Verfahren für eine Vorgehensweise entwickelt.

Handlungsoptionen im SGB V

■ **Neubestimmung der Aufgabe der GKV.** Grundlage ist eine Neubestimmung der Aufgabe der GKV in § 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Es wird vorgeschlagen, § 1 SGB V so zu fassen, dass die GKV in erster Linie die Aufgabe hat, im Krankheitsfall sicherzustellen, dass die erforderlichen medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden können. Es kommen definierte Präventionsmaßnahmen hinzu: Schwangerenvorsorge, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich Kinderuntersuchungen, aktive Schutzimpfungen und Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen.

■ **Gesundheitsbewusstes Verhalten.** Gefordert wird vom Versicherten und vom Patienten ein solidarisches und gesundheitsbewusstes Verhalten, das eine unnötige Inanspruchnahme von Leistungen der GKV vermeidet und dazu beiträgt, Krankheiten zu verhüten oder zu verzögern und im Krankheitsfall schneller zu gesunden.

Diese Forderung ist darum berechtigt, weil nicht nur der Versicherte selbst die GKV finanziert, sondern dies auch durch Arbeitgeber und Steuerzahler erfolgt. In der GKV nehmen Besserverdienende einen Einkommensverzicht in Kauf, damit auch Geringverdienende so behandelt werden können wie sie selbst behandelt werden.

Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung

■ **Vorbemerkung.** Im Mittelpunkt notwendiger Maßnahmen steht der Leistungskatalog der GKV, der keine Leistungen enthalten sollte, die nicht der neu definierten Aufgabe der GKV in § 1 SGB V entsprechen, der Versorgung im Krankheitsfall. Es dürfen keine Leistungen erbracht werden, die nicht bedarfsgerecht sind. Bei knapper werdenden Mitteln bedeutet jede nicht bedarfsgerecht erbrachte Leistung, dass der damit verbundene Aufwand an Geld und Zeit an anderer Stelle fehlen kann und damit auch dort, wo ein größerer Bedarf besteht. Dies gilt auch für alle neu in den Leistungskatalog aufzunehmenden Leistungen. Diese



Foto: © Ijupco Smokowski/fotolia.com

Leistungen müssen in ihrer Bedarfsge-
rechtigkeit verglichen werden mit allen
Leistungen, die im Leistungskatalog der
GKV enthalten sind. Neue Leistungen
müssen zusätzlich finanziert werden, es
sei denn, dass Leistungen mit dem glei-
chen Finanzvolumen aus dem Leistungs-
katalog herausgenommen werden.

■ **Versicherungsfremde Leistungen.** Un-
ter dieser Vorgabe sind diejenigen Leis-
tungen, die der GKV aus familien-, sozial-
oder gesellschaftspolitischen Gründen
übertragen worden sind, zu streichen, ins-
gesamt ein Betrag von rund einer Milliarde
Euro. Zu den versicherungsfremden Leis-
tungen gehören

- medizinische Vorsorgeleistungen (Ku-
ren)
- Empfängnisverhütung
- Schwangerschaftsabbruch und Sterilisa-

*Professor Dr. med. Fritz Beske,
Grandseigneur der
gesundheitspolitischen
Beraterszene aus Kiel.*

- tion außer bei medizinischer Indikation
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
- Förderung von Einrichtungen zur Ver-
braucher- und Patientenberatung
- Unterstützung der Versicherten bei Be-
handlungsfehlern.

■ **Quersubventionierung.** Die Quersub-
ventionierung muss ein Ende haben. Es
gibt Versichertengruppen, von denen
ebenfalls aus familien- sozial- oder gesell-
schaftspolitischen Gründen kein oder nur
ein reduzierter Beitrag erhoben wird.
Hierzu gehören Beitragsfreiheit bei Kran-
kengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungs-
geld oder Elterngeld, ermäßigter Beitrag
für Wehrdienst- und Zivildienstleistende
sowie für Studenten und Praktikanten. Für
die meisten dieser Versichertengruppen
liegen keine Berechnungen darüber vor,
inwieweit die GKV dadurch belastet wird.
Beziffert werden können die Kosten für
ALG-II-Empfänger. Bei kostendeckender
Finanzierung würde die GKV jährlich rund
vier Milliarden Euro mehr einnehmen. In
dieser Größenordnung subventionieren
die Beitragszahler der GKV die Bundes-
agentur für Arbeit bzw. den Bundeshaus-
halt. Insgesamt ist die Finanzierung dieser
Versichertengruppen eine gesamtgesell-
schaftliche Aufgabe.

■ **Beitragsfreie Mitversicherung.** Da die
demografische Entwicklung dazu führt,
dass die Zahl der im Erwerbsleben ste-
henden Beitragszahler dramatisch zurück-
geht und damit die solidarische Finanzie-
rung zunehmend schwieriger wird, muss
die Frage nach der beitragsfreien Mitver-
sicherung von Kindern, Ehegatten und Le-
benspartnern gestellt werden. Es wird
vorgeschlagen, die beitragsfreie Mitver-
sicherung unter dem Gesichtspunkt einer
nicht mehr zeitgemäßen übermäßigen
Belastung einer immer geringer werden-
den Zahl von erwerbstätigen Beitragszah-
lern aus Steuermitteln zu finanzieren, ein
Betrag von 21 bis 23 Milliarden Euro jäh-
rlich.



Foto: NZB-Archiv

■ **Ausgewählte Leistungen.** Es können
ausgewählte Leistungen der GKV zur Dis-
position gestellt werden, d. h. diese Leis-
tungen könnten aus dem Leistungskatalog
herausgenommen oder durch Zuzahlun-
gen, Festbeträge oder Festzuschüsse mo-
difiziert werden. Hierzu gehören:

- Heilmittel wie Physiotherapie, dabei be-
sonders Massagen
- Hilfsmittel durch eine Neugestaltung des
unübersehbar gewordenen Hilfsmittelka-
taloges und die Einführung von Festzu-
schüssen
- künstliche Befruchtung durch Änderung
der jetzigen paritätischen Finanzierung
durch GKV und Patient in je ein Drittel
GKV, Patient und Staat, da die künstliche
Befruchtung auch eine bevölkerungspo-
litische Bedeutung hat
- ambulante psychotherapeutische Versor-
gung mit Änderungen des Prüfverfah-
rens und der Einführung einer sitzungs-
bezogenen Selbstbeteiligung
- alternative Heilmethoden einschließlich
der Homöopathie
- alle dem Wellnessbereich zugehörigen
Leistungen.

Struktur und Inhalt der medizini- schen Versorgung

■ **Vorbemerkung.** Es ist nicht zu vertre-
ten, dem Versicherten Einschränkungen
zuzumuten, ohne nicht gleichzeitig Fragen
nach Effektivität und Effizienz der medizi-
nischen Versorgung zu stellen. Dabei kön-
nen nur beispielhaft ausgewählte Auffäl-
ligkeiten angesprochen werden. Im Hin-
blick auf begrenzte Mittel in der Gesund-
heitsversorgung ist es dabei unvermeid-
lich, auch Themen aufzugreifen, die bisher ►►

► aus ethischen Gründen vermieden worden sind. Bei begrenzten Mitteln reichen jedoch ethische Gründe allein nicht mehr aus, um Entscheidungen zu Art und Umfang von Leistungen zu treffen. Auch dies kann bedeuten, dass Leistungen nicht finanziert werden können, denen eine größere Bedeutung zugemessen werden muss als Leistungen, die ausschließlich mit einer ethischen Begründung weiter gewährt oder neu in den Leistungskatalog aufgenommen werden.

■ **Struktur der medizinischen Versorgung.**

Zur Struktur der medizinischen Versorgung stellen sich folgende Fragen:

- Ist die im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hohe Zahl an Betten in der akuten Krankenhausversorgung allein medizinisch begründet?
- Ist die in Deutschland hohe Zahl an stationären Rehabilitationsbetten medizinisch begründet und gibt es Möglichkeiten, die ambulante Rehabilitation weiter zu stärken?
- Entspricht die Zahl der medizinischen Großgeräte dem Bedarf oder gibt es andere Gründe für Art und Umfang des Betriebs medizinischer Großgeräte und ist nicht zumindest eine Abstimmung über die Neuzulassung von medizinischen Großgeräten erforderlich?
- Beklagt wird die in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Zahl von Arztkontak-

ten mit der Folge, dass die für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehende Zeit als unzureichend bezeichnet wird. Ist diese hohe Inanspruchnahme medizinisch begründet und wenn nein, gibt es Möglichkeiten, die Inanspruchnahme ohne Einschränkung der Qualität der medizinischen Versorgung zu reduzieren?

■ **Inhalt der medizinischen Leistungen.** Zum Inhalt medizinischer Leistungen ist zu fragen:

- Ist die Zunahme von Schnittentbindungen, von Kaiserschnitten, medizinisch begründet und ist es Aufgabe der GKV, einen nicht medizinisch begründeten Kaiserschnitt und damit einen Wunsch-Kaiserschnitt zu finanzieren?
- Trotz der deutschen Vergangenheit muss es möglich sein, die Frage zu stellen, ob bei der Konkurrenz um begrenzte Mittel nicht auch eine Diskussion darüber geführt werden muss, ob jedes Frühgeborene unabhängig von seinem Geburtsgewicht einer intensivmedizinischen Behandlung zugeführt werden muss oder ob es hierfür nicht Grenzen geben kann wie in der Schweiz. Dort beginnt nach einer Empfehlung der Swiss Society of Neonatology die intensivmedizinische Behandlung erst ab der 25. Schwangerschaftswoche mit folgender Begründung. „In der Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit stellt sich die Frage, ob ein er-

heblicher Anteil der verfügbaren finanziellen Ressourcen für die Behandlung kaum lebensfähiger Frühgeborener mit sehr ungünstiger Prognose verwendet werden darf, wenn diese Mittel dafür in anderen Bereichen des Gesundheitswesens fehlen.“ Dies wäre eine konkrete Frage an den Deutschen Ethikrat.

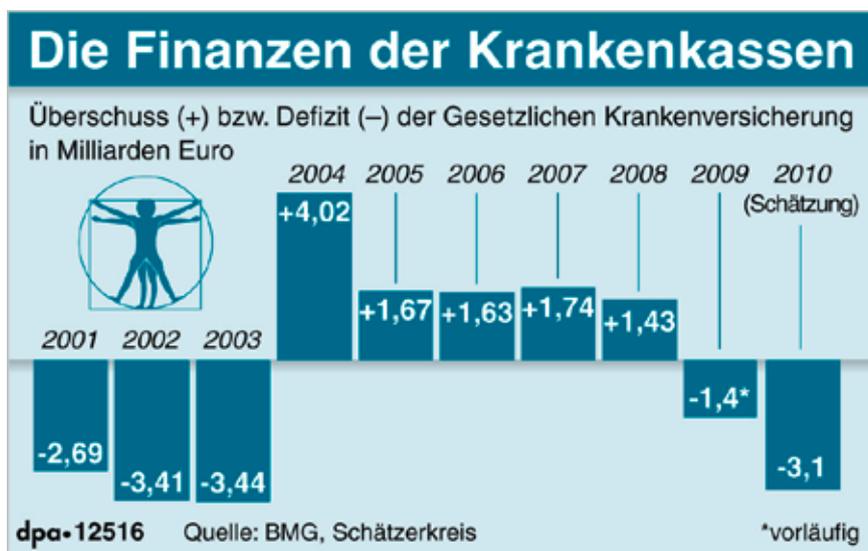
- Ist die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung eine Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung?
- Ist es vertretbar, dass die Folgen gesundheitlichen Fehlverhaltens von der GKV toleriert werden oder muss es Sanktionen oder nachgewiesene Anreizsysteme geben, mit denen einem gesundheitlichen Fehlverhalten entgegengewirkt werden kann und damit der Solidargemeinschaft Kosten erspart werden? Ebenfalls eine konkrete Frage an den Deutschen Ethikrat.

■ **Über-, Unter- und Fehlversorgung.** In der Öffentlichkeit werden Vorwürfe zu Über-, Unter- und Fehlversorgung aufgeworfen, Vorwürfe, die sich oft direkt an die Heilberufe und dabei besonders an Ärzte wenden. Dies beinhaltet die Sorge über eine Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung, dies beinhaltet aber auch den Vorwurf, medizinische Leistungen mehr aus ökonomischen als aus medizinischen Gründen zu erbringen. In einer Situation, in der es um begrenzte Mittel in der Gesundheitsversorgung geht, ist insbesondere die Ärzteschaft aufgefordert, sich dieser Vorwürfe anzunehmen und Vorwürfe so aufzuarbeiten, dass sie öffentlich diskutiert werden können.

Gesundheitsziele

Um dem Versicherten bei begrenzten Mitteln Vertrauen in die Gesundheitsversorgung zu geben, muss sich die Politik offen zu Gesundheitszielen bekennen und die Einhaltung dieser Ziele gewährleisten. Die Gesundheitsziele sind:

- Versorgungssicherheit. Jeder Bürger muss die Gewissheit haben, dass er dann, wenn er ernsthaft krank ist, einen zeitnahen Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung hat.
- Kein Bürger darf durch die Kosten für eine notwendige Versorgung in existenzielle Not geraten.
- Alter allein darf kein Grund zum Leistungsausschluss sein.
- Medizinischer Fortschritt für alle.



Integrierte Vorgehensweise

Es ist eine integrierte Vorgehensweise erforderlich, die von einer für Rationierung und Priorisierung unterschiedlichen Methodik bestimmt wird. Rationierung ist eine politische Aufgabe. Die Politik braucht für ihre Entscheidungen, die in erster Linie den Leistungskatalog der GKV betreffen, fachliche Unterstützung. Die Politik muss sich hierzu Gremien schaffen oder sich vorhandener Einrichtungen bedienen wie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich auch die Körperschaften und Verbände im Gesundheitswesen, dass sich letztlich die gesamte Fachwelt dieser Aufgabe verpflichtet fühlen.

Priorisierung ist in erster Linie eine medizinische und dabei vorrangig eine ärztliche Aufgabe unter Einbindung anderer Berufe im Gesundheitswesen. Es bietet sich an, die Bundesärztekammer mit der Federführung für Priorisierung zu beauf-

tragen. Die Erarbeitung von Prioritätenlisten erfordert Fachwissen, das vorrangig in der Ärzteschaft vorhanden ist. Die Bundesärztekammer kann auf die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), auf den Deutschen Hausärzteverband, auf die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) und auf den Deutschen Facharztverband (DFV) zurückgreifen.

Wird dieser Weg nicht gegangen, muss mit einer Ausweitung der impliziten, der stillen, der geheimen, der intransparenten Rationierung gerechnet werden. Diese Form der Rationierung ist die ungerechteste und unsozialste Form von Leistungseinschränkung überhaupt. Sie ist zufallsbedingt und wahllos und kann denjenigen von Leistungen ausschließen, für den diese Leistungen notwendig und bedarfsgerecht sind.

Insgesamt geht es darum, dem Versicherten das notwendige Vertrauen zu geben, dass begrenzte Mittel bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Erster Schritt: Offenheit und Wahrheit dem Bürger gegenüber

Von entscheidender Bedeutung ist als erster Schritt zu Reformen die öffentliche Anerkennung der auf die Gesundheitsversorgung zukommenden Probleme durch die Politik. Dies ist unabdingbare Voraussetzung dafür, dass sich die Fachwelt dieser Problematik annimmt und in die Arbeit einbringt. Anderenfalls läuft jeder, der sich dieser Problematik stellt und auch Lösungsvorschläge erarbeitet Gefahr, hierfür diskriminiert und der sozialen Demontage beschuldigt zu werden. Es muss gleichzeitig anerkannt werden, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung eine ausreichende Zahl an qualifiziertem und motiviertem Fachpersonal erfordert, das leistungsgerecht vergütet wird.

*Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH
Fritz Beske Institut für Gesundheits-
System-Forschung Kiel
Weimarer Straße 8, 24106 Kiel*

Quelle: Arzt und Krankenhaus 11/2010

– Anzeige –

Abgabenordnung + Alkopopsteuergesetz + Aufwandsteuern + Außensteuergesetz + Bewertungsgesetz + Biersteuergesetz + Branntweinsteuergesetz + Doppelbesteuerungsabkommen + Einkommensteuergesetz + Erbschaftsteuergesetz + Feuerschutzsteuergesetz + Gewerbesteuerengesetz + Grunderwerbsteuergesetz + Grundsteuergesetz + Investmentsteuergesetz + Kaffeesteuergesetz + Kirchensteuergesetz + Körperschaftsteuergesetz + Kraftfahrzeugsteuergesetz + Mineralölsteuergesetz + Rennwett- und Lotteriegesetz + Schaumweinsteuergesetz + Solidaritätszuschlaggesetz + Spielvergnügungsteuergesetz + Stromsteuergesetz + Tabaksteuergesetz + Umsatzsteuergesetz + Umwandlungssteuergesetz + Versicherungssteuergesetz + Vermögensteuergesetz + Zollkodex + Zollkodex-Durchführungsverordnung + Zwischenerzeugnissteuergesetz

Klar soweit?

LUST auf BUST

Steuerberatung für Ärzte



Seit über 75 Jahren erfolgreich in 20 Niederlassungen mit rund 30 Spezialisten für Sie da. Besuchen Sie uns in unserer Hauptniederlassung: 30175 Hannover, Seelhorststraße 9
Tel: 0511 28070-42, Fax: 0511 28070-87, E-Mail: hannover@BUST.de, www.BUST.de

KZVN-Vorstand im Bundesgesundheitsministerium

„Gelbe Karte“ überreicht

Am 15. Dezember trafen sich Dr. Jobst-W. Carl und Dr. Thomas Nels vom Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) zu einem Gespräch mit dem Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG), Herrn Stefan Kapferer, und Herrn Ministerialrat Dr. Michael Dahlhoff.



Foto: NZB-Archiv

Dr. Jobst-W. Carl, Vorstandsvorsitzender der KZVN, Stefan Kapferer (Staatssekretär im BMG) und Dr. Thomas Nels (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZVN; v. l. n. r).

Auf der Tagesordnung standen die derzeit aktuellen Themen im Vorfeld der Vergütungsreform für Zahnärzte und der Reform der Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ). Dr. Carl und Dr. Nels bekräftigten ihre Unterstützung für die Forderungen der KZBV nach Abschaffung der strikten Budgetierung durch Anbindung an die Grundlohnsammensteigerung ebenso wie die Forderung nach Neujustierung der Basis der zukünftigen Vergütungen. Besonders wurde auf die Situation der „Übersteller“-KZVen (also diejenigen mit Festbetragsregelung) hingewiesen, und der Vorschlag einer anderen diesbezüglichen Formulierung durch die KZBV angekündigt, als sie sich im „Diskussionsentwurf“ des BMG Mitte des Jahres fand. Die Gesprächspartner zeigten sich dabei offen für andere Lösungen.

Darüber hinaus wurde in dem gemeinsamen Gespräch auf die kurz zuvor vom Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung artikulierte Ablehnung einer Öffnungsklausel in der GOZ eingegangen, die u. a. das vertrauensvolle Verhält-

nis von Patient und Zahnarzt durch einen Preiswettbewerb belasten kann. Staatssekretär Kapferer betonte im Gespräch, dass die politische Entscheidung über diesen Punkt noch nicht gefallen sei. Das gleiche gelte auch für das Abstimmungsverhalten in der disparitätisch besetzten Schiedsstelle, die sich über den Steigerungsfaktor der GOZ verständigen soll. Es sei keine ausgemachte Sache, dass das BMG und das Bundesfinanzministerium „automatisch“ gegen die in der Minderzahl befindlichen Zahnärzte stimmen würden.

Neben der grundsätzlichen Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte machte Dr. Carl noch auf eventuell kostenintensive Komplikationen bei der Einführung aufmerksam, die möglicherweise durch deren nunmehr beschleunigte Auslieferung entstehen könnten.

Schließlich überreichte der KZVN-Vorstand dem Staatssekretär ein Exemplar der „Gelben Karte“ symbolisch für die über 1.800 bei der KZVN eingegangenen Unterschriften der niedersächsischen Vertragszahnärzteschaft.

Herr Kapferer ließ zwischen den Zeilen durchaus Verständnis dafür durchblicken, dass die Zahnärzte die Regierungskoalitionäre mahnen, den Koalitionsvertrag im zahnärztlichen Bereich auch umzusetzen.

st-dr



Foto: © Ramona Heim/fotolia.com

Wettbewerbsverzerrung auf Druck von Krankenkasse

Verunsicherte Patienten sind Leidtragende

Kommentar

Krankenkassen haben große Macht – und nutzen diese im eigenen Sparinteresse sogar auf dem Rücken von mittelständischen Unternehmen und Patienten aus.

Seit Jahren werden Fahrten zu einer ambulanten Behandlung von den gesetzlichen Krankenkassen nur noch in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung übernommen. Was genau zu beachten ist, regelt § 60 SGB V – Ärzte und Krankenkassen sowie die Transportunternehmen weisen ihre Kunden bzw. Patienten auch darauf hin. Generell kann man sagen, dass Fahrten nur übernommen werden, wenn sie zwingend medizinisch notwendig sind. Bei Fahrten zur ambulanten Behandlung muss eine vorherige Genehmigung der Kasse vorliegen.

Nach uns vorliegenden Informationen gibt es gesetzliche Kassen, die ähnlich wie Rabattverträge Rahmenverträge mit Taxiunternehmen abgeschlossen haben. Allein das ist etwas fragwürdig – eigentlich setzen nämlich die Landratsämter die Bedingungen für Transportunternehmen fest. Sondervereinbarungen sind zwar zulässig, müssen aber bestimmte Aspekte klar regeln, die eindeutig in den uns vorliegenden Rahmenverträgen mit den Krankenkassen nicht enthalten sind.

Nun könnte man annehmen, es liege auch im wirtschaftlichen Vorteil der Transportunternehmen, sich an den Verträgen zu beteiligen. Doch weit gefehlt: Die ausgehandelten Preise sind so niedrig, so dass einige Taxiunternehmen diesen Rahmenvertrag nicht eingehen können, ohne sich selbst sonst in den Ruin treiben würden. Lehnen sie den Vertrag ab, gehen Kunden verloren – und gerade kleinere Unternehmen, deren Haupteinnahmequelle

Parallelen?

Schon beim Lesen des dritten Absatzes der vorliegenden Pressemitteilung der DGVP drängte sich mir ein Vergleich in Bezug auf die drohende Öffnungsklausel bei der kommenden GOZ-Novelle auf. Parallelen, die sich erst im Unendlichen berühren? Nur in der Mathematik. In der Gesundheitspolitik wohl eher völlig deckungsgleich und vom Verordnungsgeber gewollt und abgesegnet: Es soll ein legitimer Tummelplatz aller möglichen Gebührenordnungen neben der einen amtlichen GOZ geschaffen werden. Der weitere Ablauf ist dann immer gleich – wir kennen ihn ja schon aus der GKV: Erst wird die Möglichkeit für separate Verträge zu den schon bestehenden geschaffen, dann werden durch Lockangebote die „Leistungserbringer“ zum Mitmachen motiviert. Hat man erst genug an Bord gelockt, wird das Geld knapp, die Bezahlung gesenkt und die symbolischen Schrauben werden angezogen.

Müssen wir darauf immer wieder hereinfliegen, liebe Kolleginnen und Kollegen?

Dr. Klaus Senge, Hannover



Foto: NZB-Archiv

eben solche Krankentransporte sind, können es sich das aber nicht leisten – denn sonst hätten sie ja gar keine Aufträge mehr. Das Ziel der Kassen ist eindeutig: es wird Geld gespart. Generell ist dieses Ansinnen nicht falsch – geht aber auf Basis der mittlerweile sehr starken Marktmacht der Kassen zu Lasten des Mittelstands und treibt Firmen in den Ruin.

Unverantwortlich ist jedoch, dass einige Kassen Patienten in ihrer Wahlmöglichkeit einschränken und unter Druck setzen. Nach den gesetzlichen Regelungen kann sich der Patient aussuchen, welches Unternehmen er für den Krankentransport aussucht. Dieses Recht beschneiden die Kassen durch die Rahmenverträge und das Vorschreiben bestimmter Partnerunternehmen.

Vor allem verunsichern die Kassen aber die Patienten und nehmen teilweise sogar direkt auf sie Einfluss. Schreiben und Patientenaussagen belegen, dass die Kassen androhen die Kosten für den Transport doch nicht zu übernehmen, sollte der Patient ein anderes Taxiunternehmen auswählen als das, das mit der Kasse einen

Vertrag hat. Uns liegen Beweise vor, in denen eine Kasse, die generell den Transport genehmigt hat, Druck auf die Patienten ausübt, da sie nicht zum Vertragspartner der Kasse gegangen sind. Hat der Patient das Geld vorgestreckt, bleibt er auf den Kosten sitzen. Hat das Taxiunternehmen gemäß einer alten Übereinkunft aus Kulanz gegenüber dem Kunden die Abrechnung übernommen, bleibt er auf der offenen Rechnung sitzen. Teilweise rufen die Kassen auch nach Rechnungsstellung durch das Unternehmen die Patienten an oder schreiben, dass arglistige Täuschung durch das Unternehmen vorliege. Leidtragende sind die Transportunternehmen und auch die Patienten, die sich nicht mehr darauf verlassen können, dass notwendige Transporte mit dem Dienstleister ihres Vertrauens durchgeführt werden können. Zusätzlich müssen sie Angst haben, trotz vorheriger Genehmigung durch die Kasse, selbst auf den Kosten sitzen zu bleiben – ein unhaltbarer Zustand, der zu großer Verunsicherung und Misstrauen führt.

Quelle: DGVP, Pressemitteilung



Foto: © Dron/fotolia.com

Die Behandlung des Parodontiums gehört in jede Zahnarztpraxis

Nicht mangelnde Mundhygiene, sondern eine Fehlentwicklung bzw. Überreaktion des oralen Immunsystems ist die primär treibende Kraft in der Parodontose

Ätiologie

Die häufigsten Erkrankungen des Zahnhalteapparates sind plaqueassoziierte, meist chronisch entzündliche Veränderungen der Gingiva und des Parodonts. Eine Gingivitis kann bestehen, ohne sich zu einer Parodontitis zu entwickeln (Pilz et al. 1980). Wie bei jeder Infektion sind einerseits die Vermehrung pathogener Mikroorganismen, ihre toxische Potenz und eventuell ihre Fähigkeit, ins Gewebe einzudringen, andererseits die individuell unterschiedliche Reaktion des Wirts auf den Infekt die entscheidenden Kriterien (Rateitschak & Wolf 2004). Unser Immunsystem ist verantwortlich für den Schutz des Organismus vor Infektionskrankheiten. Aber eine absolute Plaquefreiheit, die Verhütung jeglichen Biofilms auf den Zahnoberflächen, ist in der Praxis nicht erreichbar. Ein Expertensymposium diskutierte den neuen Umgang mit der Plaque: „Plaquekontrolle war gestern. Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur zu managen“ (Bachmann 2005). Das Biofilmanagement umfasst die selbstständige, regelmäßige Pflege durch den Patienten und die professionelle Unterstützung durch die Praxis in Motivation, Reinigung und professioneller Herstellung hygienischer Verhältnisse (Thomas & Nakaishi 2006). Nimmt die Bakterienflora einen parodontopathogenen Charakter an, kommt es zu Entzündungen und spezifischen Immunreaktionen (Heidemann et al. 2005). Die Mikroorganismen sind nur Auslöser für das spezifische und unspezifische Abwehrsystem. Sie sind nicht die Ursache für den Knochenabbau.

Pathogenese

Die Anhäufung von Bakterien auf der Zahnhartsubstanz sind primäre Auslöser von Gingivitis und Parodontitis. Den primären Zusammenhang zwischen regel-

mäßiger Zahnpflege und Gingivitis zeigte Lindhe et al. (1975) mit seinen Beagle-Hund-Versuchen. Die regelmäßige, mechanische Entfernung der Plaque – das Biofilmanagement – ist die primäre Maßnahme zur Prävention oder Verhinderung der Parodontitisprogression (Bachmann 2005). Ein großes nicht zu unterschätzendes Problem stellt die Anatomie dar. Nicht einsehbare Rillen, Lagunen, Vertiefungen, Ausstülpungen, Einziehungen, Sprünge, Frakturen und sonstige nicht oder nicht vollständig zu reinigende Areale stellen ein Bakterienreservoir dar, das auch mit der professionellen Zahnreinigung nur ungenügend bearbeitet werden kann (Renggli 1994). Andererseits zeigen sich durch die regelmäßige mechanische Behandlung summierende, irreversible Folgeschäden an der Zahnhartsubstanz. Es ist im Praxisalltag nicht möglich, Zahnplaque aus feinsten Rillen und Kratzern, engen Furkationen und anderen Reservoiren im Taschenbereich vollständig mechanisch zu entfernen (Rateitschak & Wolf 2004). So haben pathogene Keime Zeit, ungestört und unbeeinflusst durch die mechanische Beeinflussung des Patienten und des Behandlers, sich zur mikrobiellen Plaque zu formieren. Die Pathogenität der Plaque ist zurückzuführen auf die Gesamtmasse der Bakterien, die Toxine und antigen wirkende Substanzen produzieren und zu Entzündungen führen. Aber die Pathogenität ist auch auf das Vorhandensein besonders pathogener Keime, die mit spezifischen Virulenzfaktoren die Gewebe schädigen oder die Wirtsabwehr beeinträchtigen, zurückzuführen (Williams et al. 1997). Es fällt klinisch immer wieder auf, dass es Patienten gibt, die trotz guter Mundhygiene an einer Parodontitis erkranken und andere, die trotz schlechter Mundhygiene keine Parodontitis entwickeln. Demnach kann das Ausbrechen bzw. der Verlauf einer Parodontalerkrankung nicht allein von der mikrobiellen Infektion abhängen. Pathirana (2005)

führte gezielt hierzu Untersuchungen durch und kam zu dem Resultat, dass in ihren Ergebnissen keine höhere Empfänglichkeit für die Parodontose bei Allergikern festzustellen ist. Andererseits kann sie aber aufgrund ihrer Ergebnisse eine mögliche Beteiligung allergischer Pathomechanismen bei der Entstehung der Parodontitis nicht ausschließen. Seit langem ist man sich darüber im Klaren, dass genetische Variationen in der Zytokinexpression einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor für die Entstehung schwerer Parodontalerkrankungen darstellen (Wachter 2005). Mikroorganismen in der Plaque sind verantwortlich für die Entstehung einer gingivalen Entzündung (Flores de Jacoby 1991). Zu den potenziellen parodontopathogenen Bakterienarten gehören Keime, die die Bindegewebsbarriere durchdringen und sogar die Zellen des Taschenepithels besiedeln und dort der Wirtsabwehr und der mechanischen Behandlung entgehen können (Andrian et al. 2004, Filoche et al. 2004, Grenier et al. 1990, Love & Jenkinson 2002, Kuehn & Kesty 2005, Ordelheide 2006, Puschmann 2003, Wachter 2005). In den letzten Jahren haben sich die Auffassungen über die Ätiologie der Parodontitis gewandelt. Früher wurden einzig die Bakterien als entscheidender Faktor angesehen. Bestimmte pathogene Mikroorganismen wurden mit verschiedenen Formen der Parodontitiserkrankungen sowie der Geschwindigkeit ihres Verlaufs in Zusammenhang gebracht. Die Existenz und Verteilung pathogener Bakterien korrelierte aber nicht immer mit Entstehung und Progression der Parodontitis. So konnte auch der Nachweis erbracht werden, dass pathogene Bakterien in der Tasche nicht zwangsläufig die Ursache derselben sein müssen, sondern vielmehr das Taschenmilieu gute Voraussetzungen für die Entwicklung und das Leben pathogener Keime bietet, die dann allerdings – im Sinne eines *Circulus vitiosus* – an der Pro-

Statement von Dr. Ronald Möbius zum Hintergrund der Arbeit:

1989 verteidigte ich meine Promotion mit der Thematik adjunktive Tetracyclingabe in der Parodontaltherapie, wobei nicht das Antibiotikum Tetracyclin, sondern immer der Kollagenasehemmer Tetracyclin im Mittelpunkt meiner Überlegungen stand. Das signifikant bessere Therapieergebnis ließ mich bis zum heutigen Tage an diesem Grundgedanken festhalten. Nur der Zweifel, ist diese Therapie für meine Patienten wirklich die Richtige und ist die regelmäßige lokale Antibiotikaapplikation gerechtfertigt, ließen mich immer wieder Dokumentationen und Nachuntersuchungen erstellen. Die therapeutischen Ergebnisse waren ohne Zweifel signifikant überlegen, und

so wurde über die Jahre die Gesamttherapie immer weiter auf den praktischen Alltag in der Zahnarztpraxis abgestimmt. Das heute angewandte lokale Doxycyclin ist in unveränderter Form seit mehr als zehn Jahren im klinischen Einsatz. Die adjunktive, lokale Doxycyclintherapie ist ein therapeutischer Meilenstein, aber wie lange hält dieser Erfolg an, in welchem Recallabstand und bei welchem Patienten ist eine adjunktive regelmäßige lokale Doxycyclinapplikation sinnvoll. Zur Klärung dieser Fragen erfolgte eine Untersuchung an 1.488 Patienten in sechs Gruppen über einen Zeitraum von fünf Jahren. Diese Studie wurde als Masterarbeit 2007 fertig gestellt.

es ist das eigene Abwehrsystem, das zum Gewebeabbau und zum Zahnverlust führt.

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu bisherigen Vorstellungen ist nicht mangelnde Mundhygiene, sondern eine Fehlentwicklung bzw. Überreaktion des oralen Immunsystems die primär treibende Kraft in der Parodontose. Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur zu managen. Nimmt die Bakterienflora einen parodontalpathogenen Charakter an, kommt es zu Entzündungen und zu spezifischen Immunreaktionen. Bakterien sind der Auslöser nicht die Ursache der Parodontitis. Die parodontale Destruktion erfolgt größtenteils durch die Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile und nur zu sehr geringem Anteil direkt durch die Mikroorganismen selber. Die immunologischen Abläufe, die zum Knochenabbau führen, sind genetisch determiniert, aber beeinflussbar. Das erklärt, warum wir Patienten mit parodontalpathogenen Keimen ohne wesentliche Parodontitiszeichen kennen, und warum Patienten trotz effektiver Zahnpflege und professioneller Unterstützung (Biofilm ist nur zu managen und nicht zu entfernen – Bakterien sind trotzdem da) mit weiterem Knochenabbau, Zahnlockerung und Zahnverlust rechnen müssen. Gute Mundhygiene und selbst professionelle Zahnpflege können die Folgen und Schwächen der natürlichen Abwehrmechanismen nur in begrenztem Maße ausgleichen.

*Dr. Ronald Möbius MSc. (Parodontologie)
Quelle: dens 9/2008*

gression der Erkrankung beteiligt sein können (Rateitschak & Wolf 2004). Nach wie vor gilt der Grundsatz: „ohne Bakterien keine Parodontitis“, aber andererseits auch die Tatsache, dass Bakterien – auch parodontopathogene – nicht unbedingt eine Parodontitis verursachen müssen (Heidemann et al. 2005, Kleber 2000, Rüdiger 2002, Williams et al. 1997). Daher ist es zweckdienlich, die notwendige mechanische Therapie mit einer medikamentösen Paralleltherapie zu kombinieren (Rateitschak & Wolf 2004). Die Pathogenese von Parodontitiden stellt eine komplexe Interaktion zwischen parodontopathogenen Mikroorganismen und Immunabwehrmechanismen des Wirts dar. Zwar werden parodontopathogene Bakterien als Hauptauslöser parodontaler Erkrankungen angesehen, die parodontale Destruktion wird größtenteils aber durch die Wirtsantwort auf die Mikroorganismen und ihre Bestandteile verursacht und nur zu sehr geringem Anteil direkt durch die Mikroorganismen (Wachter 2005).

Wirtsassoziierte Aspekte

Das Immunsystem ist verantwortlich für den Schutz des Organismus vor Infektionskrankheiten. Es umfasst das unspezifische und spezifische Abwehrsystem. Beide untergliedern sich jeweils in eine zelluläre und humorale Komponente. Im Rahmen der humoralen Immunabwehr kann das Immunsystem gegen Mikroorganismen hochspezifische Antikörper bilden. Die Immunglobuline sind die entscheidenden Faktoren der humoralen Immunabwehr und können nachweisbar eine

Reihe ganz unterschiedlicher protektiver Funktionen ausführen, zu denen unter anderem die Behinderung der bakteriellen Adhäsion, Aggregation und Invasion zählen. Bei der Parodontitis ist eine erhöhte Antikörperreaktivität der hydrolytischen Enzyme nachgewiesen worden, für die proteolytischen Enzyme hingegen ist dies nicht der Fall. Es gibt keine Korrelation zwischen den klinischen Parametern und den positiven Antikörperreaktivitäten, weder vor noch nach einer Parodontaltherapie (Ordelheide 2006). Der Zerstörung des Parodonts können unterschiedliche Vorgänge zugrunde liegen. So ist ein Gewebsverlust allein durch immunpathologische Reaktionen auslösbar. In unzähligen Studien zur Ursache der Parodontitis sind die mikrobiellen Faktoren als primus Agens beschrieben worden. Es werden zwei verschiedene Mechanismen unterschieden. Erstens die direkte Invasion des Gewebes durch die subepitheliale Flora und zweitens ein Entsenden von Substanzen in das Gewebe, während die Bakterien selbst in der Tasche bleiben. Diese Substanzen können erstens eine direkte Zellschädigung bewirken, zweitens die Freisetzung biologisch aktiver Faktoren bewirken oder drittens die Interzellularmatrix angreifen. Auf Grundlage von eigenen Untersuchungen kommt Puschmann (2003) zu der Annahme, dass die freigesetzten Kollagenasen, Lipopolysaccharide und proteolytisch aktiven Membranvesikel als Triggerfaktoren eine Immunantwort des Wirtes auslösen, dessen eigene Abwehr jedoch den entscheidenden Anteil am Gewebsuntergang hat. Es sind primär Bakterien die Auslöser des Geschehens, aber

Regelmäßige lokale Doxycyclinapplikation unterstützt die Parodontaltherapie und hemmt den Knochenabbau

Mikroorganismen sind die Ursache für Entzündungen des Parodontiums, aber sie sind nicht die Ursache für die Parodontose. Parodontose ist gekennzeichnet durch Knochenabbau. Dieser Knochenabbau erfolgt fast ausschließlich durch körpereigene Prozesse. Nur in sehr geringem Umfang sind subgingivale Mikroorganismen die direkte Ursache für parodontalen Knochenabbau. (Golub et al. 1985, Puschmann 2003). Bis zum heutigen Tage ist der genaue Mechanismus hierfür nicht geklärt und wir können folglich nicht therapeutisch eingreifen. Wie uns der PA-orientierte 17. Zahnärztetag in Warnemünde gelehrt hat, bringt uns in der Praxis auch der Nachweis parodontopathogener Markerkeime nicht weiter. Wir müssen mit den Bakterien – auch den parodontopathogenen Keimen – leben. Es gibt genügend Patienten, die auch mit diesen Keimen keinen atypischen Knochenabbau zeigen, und es gibt Patienten, die ohne diese Keime atypischen Knochenabbau haben. Eine Therapie gegen die parodontale Entzündung hat keine direkte Korrelation zum Stopp der weiteren Knochenabbauprozesse.

Sicher muss diese komplexe Therapie als eine Einheit gesehen werden, aber eine Therapie zum Stopp der destruktiven Knochenabbauprozesse geht weiter als eine Therapie der entzündlichen parodontalen Prozesse.

Bone-Modelling und Bone-Remodelling in der Parodontaltherapie

Das gesamte erwachsene Skelett befindet sich in einem dynamischen Zustand. Es wird fortwährend durch die koordinierten Aktionen von Osteoklasten und Osteoblasten abgebaut, aufgebaut und neu formiert (Bonewald & Mundy 1990, Grassi et al. 2006). Normalerweise werden 0,7 Prozent des menschlichen Skeletts täglich resorbiert und durch neuen gesunden Knochen ersetzt. Deshalb wird das gesamte Skelett durchschnittlich alle

142 Tage erneuert (Max et al. 1996). Bei Erwachsenen wird ein kleiner Teil des Knochens ständig durch Osteoblasten aufgebaut. Wir unterscheiden dabei Knochenmodellierung und Knochenremodelling. Die Kontrolle und Regulation von Modellierung und Remodelling werden von genetischen und metabolischen Faktoren gesteuert (Burr & Martin 1989, Rammelt et al. 2005). Knochenmodellierung bezeichnet die Konturierung und Formung des Knochens, nachdem er in seiner Länge gewachsen ist (Erben 1996). Beim Modellierung sind die Osteoblasten- und Osteoklastenaktionen nicht miteinander verbunden. Modellierung wird zum Beispiel in der kieferorthopädischen Behandlung ausgelöst. Durch die Kraftanwendung einer Multibandapparatur wird auf der Druckseite Knochen abgebaut, während auf der Zugseite neuer Knochen wächst (King et al. 1995). Knochenmodellierung kann sowohl die Größe, als auch die Form des Knochens verändern. Knochenremodelling dagegen bezeichnet die miteinander verbundene Aktion der beiden Zelltypen. Es ist ein zyklischer Prozess, der üblicherweise den Status quo aufrecht erhält und nicht die Größe und Form des Knochens verändert. Knochenremodelling entfernt alten Knochen und ersetzt ihn durch neuen über ein streng kontrolliertes Überwachungssystem (Hedgecock et al. 2006). Knochenmodellierung ist nach Abschluss des Wachstums stark verlangsamt. Knochenremodelling tritt im ganzen Lebenszeitraum auf. Knochenmodellierung tritt auch während der parodontalen Wundheilung und der Einheilphase von Implantaten auf. Anders als beim Remodelling muss dem Modellierung keine Resorption vorangehen (Garg 2006). Parodontales Remodelling muss in einem ausgewogenen Verhältnis von Osteoblasten und Osteoklastenaktivität erfolgen. Die Aktivierung der Osteoblasten und Osteoklasten erfolgt vornehmlich durch Matrix-Metalloproteinasen (Bord et al. 1996).

Matrix-Metalloproteinasen und ihre Inhibitoren

Matrix-Metalloproteinasen (MMP) bezeichnen eine Familie substratspezifischer Endopeptidasen unterschiedlicher Struktur, denen ein ionisiertes Zinkatom im aktiven Zentrum gemeinsam ist. Durch Spaltung von Peptidbindungen zur Proteingeneration fähig, sind sie in der Lage verschiedene Faserstrukturen wie Kollagene und Elastase abzubauen (Falkenberg 2004, Parsons et al. 1997). Mittlerweile sind ca. 30 unterschiedliche MMPs bekannt (Illman et al. 2003). Physiologische Antagonisten der MMPs sind die Tissue Inhibitors of matrix metalloproteinases TIMPs. 1985 wurde der erste Metalloprotease-Inhibitor von Mercer et al. 1985 entdeckt. Inzwischen sind vier verschiedene TIMPs bekannt, die in verschiedensten Geweben und Körperflüssigkeiten nachzuweisen sind und die allesamt MMP-inhibitorische Aktivität besitzen (Mylona et al. 2006). Mit ihrer Fähigkeit zum Abbau unterschiedlicher extrazellulärer Faserstrukturen nehmen Matrix-Metalloproteinasen an den verschiedensten Umbauprozessen des Gewebes teil. Zum einen kann es sich dabei um physiologische Vorgänge handeln, wie z. B. embryonale Entwicklung, altersbedingte Involutionsprozesse, Wundheilungen. Aber auch bei chronischen Entzündungen, Parodontitis, sind MMPs vermehrt nachzuweisen (Falkenberg 2004). Gehemmt werden die MMPs durch die TIMPs (Cawston et al. 1990). Zur Aufrechterhaltung des notwendigen Gleichgewichts zwischen MMPs und TIMPs wird die Expression eng kontrolliert. Die Aktivierung von MMPs und TIMPs wird von einer Reihe verschiedener Substanzen reguliert. Dabei ist die Aktivierung so komplex, dass sie zurzeit noch nicht vollständig aufgeklärt ist. So kann derselbe Faktor, der eine Aktivierung bewirkt, an anderer Stelle eine Deaktivierung bewirken (Falkenberg 2004). MMPs und TIMPs sind in der Sulcusflüssigkeit und im Parodontalgewebe

nachweisbar. Tetracycline haben einen multiplen, nicht antimikrobiellen Mechanismus zur Hemmung des Bindegewebsabbau durch die reversible Hemmung der MMPs (Golub et al. 1998).

Antimikrobielle Paralleltherapie in der Erhaltungstherapie

Die Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie – DMS IV (Micheelis & Schiffner 2006) zeigen die Parodontitis als Hauptursache für Zahnverlust in der 2. und 3. Altersgruppe. Der Vergleich der DMS III- und der DMS IV-Studie zeigt die zunehmende Prophylaxeorientierung der Patienten und der Behandler. Es ist eine stark positive Tendenz zur Prophylaxe zu verzeichnen. Beim Vergleich dieser beiden Studien ist festzustellen, dass die Prophylaxebemühungen nicht ausreichen, um den Zahnverlust zu verhindern. Dr. Scherpf (2005), Prophylaxereferent und Prophylaxeautor, kommt nach 28 Jahren Prophylaxepraxis zu dem Resultat: „Der Rückgang von Karies um etwa 30 Prozent ist nicht auf Prophylaxe, sondern vor allem auf den vermehrten Fluorideinsatz in Zahnpasten zurückzuführen.“ Biofilm ist nicht vollständig entfernbar, sondern nur zu managen (Bachmann 2005). Mit einer adjunktiven Antibiotikatherapie werden auch die Bakterien angreifbar, die die Bindegewebschranke bereits überwunden haben (Wachter 2005). Antibiotika können eine ungenügende mechanisch-instrumentelle Vorarbeit nicht kompensieren. In jedem Fall muss der Auslöser von Entzündung und Abbau des Parodonts – der Biofilm – so beeinflusst werden, dass das Antibiotikum direkt auf die Keime einwirken kann (Beikler et al. 2003). Als Hauptursache wird hier angegeben, dass es den Antibiotika nur schwer möglich ist, den festen Biofilm der Plaque zu durchdringen (Puschmann 2003). Der Vorteil der lokalen Anwendung liegt in der gezielten Applikation am Wirkort, wodurch höchste Wirkstoffkonzentrationen am Wirkort bei geringstmöglicher systemischer Belastung erreicht werden. Dieses lässt sich besonders im Rahmen der Recalltherapie bei Rezidiven, die nur einzelne Taschen betreffen, sinnvoll nutzen (Puschmann 2003).

Vorteile der Tetracycline in der PA-Paralleltherapie

Doxycyclin ist ein Mitglied der Tetracyclin-Gruppe und hat pharmakokinetisch eine Plasmahalbwertszeit von 18 bis 22 Stun-

den und somit die längste Halbwertszeit der Tetracycline. Doxycyclin wirkt bakterio-statisch, vermehrungshemmend. Die Wirkung tritt nur ein bei Anwesenheit des Antibiotikums in entsprechender Wirkkonzentration. Die Wirkung ist reversibel und in die Immunabwehr eingreifend. Der Wirkmechanismus erfolgt mit direktem Eingriff in die Proteinsynthese, durch Hemmung der t-RNA-Bindung. Es erfolgt eine Bindung an der 30S – Untereinheit. Dieses führt zur reversiblen Blockade der Akzeptorstelle (Naber 2004). Aufgrund ihrer hohen Lipophilie penetrieren Tetracycline das parodontale Gewebe sehr gut und werden außerdem aktiv von Wirtszellen aufgenommen. Deshalb wirken sie auch auf im Intrazellularraum von Wirtszellen befindliche Bakterien wie *A. actinomycetemcomitans* und *P. gingivalis* (Wachter 2005). Doxycyclin hat eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe. Es gehört zu den häufig angewandten Antibiotika im Rahmen der Parodontistherapie. Vor allem in der lokalen Anwendung stellt es das Mittel der Wahl dar (Puschmann

2003). Doxycyclin hat für uns in der Parodontologie zwei unterschiedliche Wirkungsrichtungen. Zum einen ist Doxycyclin ein Breitbandantibiotikum mit dem von uns benötigten Wirkungsspektrum. Zum anderen hat Doxycyclin die Fähigkeit, die Kollagenaseaktivität zu hemmen (Golub et al. 1985a, Weiner et al. 1979). In vitro wie auch bei In-vivo-Versuchen – konnte diese spezifische direkte Hemmung der Kollagenaseaktivität durch Tetracycline bewiesen werden (Sorsa et al. 1995, Weiner et al. 1979). Diese Eigenschaft haben nur die Tetracycline und keine anderen Antibiotika. Golub et al. (1985) empfahlen, diese Eigenschaft der Tetracycline unbedingt in der Therapie von Parodontalerkrankungen zu nutzen. Tetracycline reduzieren in-vivo wie auch in-vitro die Aktivität der kollagenolytischen Enzyme um mehr als 70 Prozent, unabhängig von der antimikrobiellen Effektivität der Antibiotika (Golub et al. 1985b). Dieser Effekt ist besonders bei Doxycyclinapplikationen ausgeprägt. Eine einmal durchgeführte Therapie mit Tetracyclinen reduziert die kollage- ➤

– Anzeige –



Testen Sie den Testsieger

Unser COOL DIAMANT-Schleifer ist Testsieger einer aktuellen wissenschaftlichen Untersuchung der med. Universität Innsbruck.

Bestellen Sie jetzt Ihr kostenloses Muster für die Kronenpräparation:

busch-dentalshop.de




► nolytische Aktivität bis zu fünf Wochen nach dem Abschluss der Tetracyclintherapie. Bei Doxycyclin hält dieser Effekt bis zu zwei Monaten an. Bis zur vollständigen Aktivitätsanpassung der Kollagenasen vergeht bis zu einem Jahr (Golub et al. 1985b). Caton et al. (2001) konnten in ihren Studien zeigen, dass eine 9-monatige Gabe von Low-Lewel-Doxycyclin drei Monate nach Therapieende noch einen Therapieeffekt zeigt. Ratka-Krüger et al. (2005) zeigten in einer Multicenterstudie, dass drei Monate nach einer 15-prozentigen Doxycyclintherapie immer noch ein deutlicher Unterschied zur Placebogruppe besteht. Kim et al. (2004) konnten in einem klinischen Vergleich von zwei Doxycyclin-Gels feststellen, dass selbst nach Konzentrationsabfall von anfänglichen 1.400 auf 200 µg/ml der antibiotische Effekt vorhanden ist. Die meisten Studien zur Wirksamkeit von Doxycyclin in der Parodontitisbehandlung untersuchen nur kurze Zeiträume. Dabei wird Doxycyclin in seiner Wirksamkeit als Antibiotikum in der Anwendung kontrolliert. Doxycyclin hat in der Parodontaltherapie Vorteile in der Anwendung. Es handelt sich um ein Tetracyclinderivat mit einer besonderen Affinität zur Gingivalflüssigkeit und erreicht hier eine sehr hohe Konzentration (Gordon et al. 1981, Pallenstein-Heldermann 1997). Doxycyclin ist ein Breitbandantibiotikum – im Gegensatz zu anderen parodontal eingesetzten Antibiotika, wie z. B. Metronidazol, mit einem sehr engen Wirkungsspektrum (Köhler et al. 2001). Kommt es zu einer Parodontitis, dann proliferieren die gramnegativen Keime (Newmann & Socransky 1977). Die von den gramnegativen Keimen stammenden Endotoxine stimulieren die Kollagenaseaktivität der Fibroblasten und der Makrophagen, indem sie Proteasen erzeugen, die latente Formen von Säugetierkollagenasen aktivieren. Da mit einer Verringerung der gramnegativen Keime an der gesamten Mikroflora auch eine Abnahme der Endotoxinkonzentration verbunden ist, kann die antimikrobielle Wirksamkeit der Tetracycline als ein Mechanismus bei der Hemmung der Kollagenaseaktivität angesehen werden (Sorsa et al. 1992, Sorsa et al. 1995). Das Gros der Kollagenaseaktivität in der Gingivalflüssigkeit entspringt endogen aus dem erkrankten Gewebe, in den periodontalen Taschen und nur in sehr geringem Umfang exogen aus subgingivalen Mikroorganismen (Golub et al. 1985b, Puschmann 2003). Im Tierexperiment konnten Golub et al. (1983) zeigen, dass

die kollagenolytische Aktivität auch unabhängig von der Endotoxinkonzentration in der Sulkusflüssigkeit durch Tetracyclinbehandlung reduziert wird. In einem Versuch mit Ratten, in denen die Kollagenolyse durch einen künstlich induzierten Diabetes mellitus ausgelöst wurde, konnte unter keimfreien Bedingungen die Aktivität der Kollagenase um zwei Drittel gesenkt werden. Ebenso wurde die Hautkollagen-Resorption, ein Charakteristikum eines schweren Diabetes mellitus der Ratte, durch das Antibiotikum partiell blockiert. Ebenfalls im Tierexperiment konnten Golub et al. (1985a) zeigen, dass Tetracycline die Kollagenase-Aktivität der polymorphonuklearen Leukozyten inhibiert. Die antikollagenolytische Wirksamkeit der Tetracycline wird auf die Chelat-Wirkung dieser Antibiotika zurückgeführt. Kollagenase wie auch andere kollagenolytische metallneutrale Proteasen sind kationabhängige Enzyme. Kalzium und Zink sind für die aktive Konformation und die hydrolytische Aktivität notwendig (McCartney & Tschesche 1981). Die Möglichkeit der Tetracycline, diese Metallionen reversibel zu binden, scheint die antikollagenolytische Wirkung zu erklären. Tatsächlich hebt ein Überschuss an Kalzium-Ionen den Antikollagenase-Effekt der Tetracycline vollständig wieder auf (Golub et al. 1985a, Golub et al. 1983, Golub et al. 1985b). Durch eine einmalige Doxycyclinapplikation erhöht sich auch die Anzahl der Osteoblasten. Bei einer längeren Applikation von Doxycyclin ändert sich der Aktivierungsstand der Osteoblasten (Gomes & Fernandes 2006). Zetner & Stoian (2005) zeigten in ihren Tierversuchen eine beschleunigte Regeneration des Kieferknochens durch eine einmalige Doxycyclinapplikation in die Knochentaschen. Eickholz et al. (2002) führten klinische Studien mit einem neuen 15-prozentigen Doxycyclin-Gel durch und kamen zu dem Resultat, dass mit diesem Doxycyclin-Gel auch tiefe Taschen erfolgreich behandelt werden können, und die Indikation für die chirurgische Parodontaltherapie in Richtung tiefer Taschen verschoben werden kann. Der positive Begleiteffekt der parallelen Tetracyclintherapie, der sich mit einem Stopp des weiteren Fortschreitens der Taschentiefen und des Alveolarknochens äußert, konnte von zahlreichen Autoren bestätigt werden. Einige Autoren kommen mit der Tetracyclinparalleltherapie sogar zu dem Resultat der Verringerung der Taschentiefen (Genco et al. 1978, Lindhe et al. 1983, Slots et al. 1983). Pallenstein-

Heldermann (1984) kam durch seine klinische Studie zu der Schlussfolgerung, dass eine chirurgische Methode zur Ausrottung der Bakterien, die bereits die Bindegewebschranke überschritten haben, denselben Effekt bringt, wie eine konventionelle Behandlung mit Tetracyclin-Paralleltherapie. 2005 stellte Schwedt in einer umfangreichen Dissertation die aktuellen Aspekte zur Antibiotika-Anwendung in der Zahnheilkunde zusammen. Er kam zu der Quintessenz, dass die Verwendung von Antibiotika auf Vernunft, Verantwortung, Rücksichtnahme und einem fundierten Wissen über die antibiotischen Substanzen, unter Berücksichtigung jedes Patienten als Gesamtorganismus, basieren muss. Es wird in dieser Arbeit aber auch deutlich herausgearbeitet, dass ohne Antibiotikaanwendung in der Zahnheilkunde wesentlich mehr Zähne extrahiert werden (Schwedt 2005). In jüngster Zeit ist das Medikament Periostat als „Pille gegen Zahnausfall“, ein Low-Lewel-Doxycyclin, auf dem Markt. Der amerikanische Hersteller des noch nicht zugelassenen Medikamentes erklärt, dass bei regelmäßiger Einnahme eine Entfernung der die Krankheit verursachenden Zahnbeläge überflüssig wird, da das Mittel die den Zahnhalteapparat zerstörenden Bakterienenzyme (Kollagenasen) unterdrückt. Die Wirksamkeit wurde indessen in mehreren Studien nachgewiesen (Caton et al. 2001, Lorne et al. 2001, Emingil et al. 2004). Bedenklich stimmt vor allem die niedrige Dosierung des Doxycyclins, welche nach Ansicht von Fachleuten zu einer nicht vorausehbaren Resistenzsteigerung der Keime führen wird (Gorska & Nedzi – Gora 2006).

Zusammenfassung

Tetracycline haben eine reversible knochenabbauhemmende Wirkung. Diese Eigenschaft der Tetracycline besteht losgelöst von der antimikrobiellen Wirksamkeit. Für die lokale Anwendung ist das Doxycyclin besonders geeignet, da es eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe und die längste Halbwertszeit der Tetracycline hat, und so längere Zeit am lokalen Wirkort verbleibt. Bedingt durch die reversible Hemmung der Osteoklastenfunktion, werden die destruktiven Knochenabbauprozesse unterbrochen und die Parodontose schreitet nicht weiter fort.

Dr. Ronald Möbius MSc. (Parodontologie)

Quelle: dens 10/2008

„Beim Surfen punkten“

Die interaktive @-Fortbildung der KZVN macht's möglich

Monat für Monat finden Sie in der Unterrubrik Fortbildung im Mitgliederbereich der KZVN-Website einen Multiple-Choice-Fragebogen zu einem ausgewählten Fachartikel des NZB.

Haben Sie 80 % des Fragenkatalogs richtig beantwortet, können Sie zwei Fortbildungspunkte erwerben (§ 95 d SGB V) und den dazugehörigen Fortbildungsnachweis ausdrucken.

Loggen Sie sich ein, testen Sie Ihr Fachwissen und punkten Sie nebenbei in Sachen Fortbildung unter: <https://mitglieder.kzvn.de/fortbildung/index.php>

Foto: © Howard Sandler/fotolia.com

Doxycyclin in der parodontalen Nachsorge

Regelmäßige lokale Doxycyclin unterstützte parodontale Nachsorge konstant über fünf Jahre in der viertel- und halbjährlichen Erhaltungstherapie – retrospektive, vergleichende klinische Fünf-Jahres-Studie

Bakterien sind der primäre Auslöser der Parodontitis, aber das körpereigene Immunsystem ist maßgeblich für den desmodontalen Gewebeabbau verantwortlich. Der parodontale Knochen wird über das Bone Remodelling innerhalb von 142 Tagen komplett abgebaut und durch neuen Knochen ersetzt (Max et al. 1996). Bone Remodelling bezeichnet die Interaktion der Osteoblasten und Osteoklasten. Es ist ein zyklischer, kontrollierter Prozess, der üblicherweise den Status quo aufrecht erhält und nicht die Größe und Form des Knochens verändert. Dieser Prozess läuft über ein streng kontrolliertes Überwachungssystem. Die Aktivierung der Osteoklasten erfolgt vornehmlich durch Matrix Metalloproteinasen. Eines der wesentlichen Cha-

rakteristika der MMPs ist, dass sie zur Funktionsfähigkeit zwei Zinkionen enthalten (Falkenberg 2004, Koch 2006). Der Aktivierungsmechanismus ist noch nicht vollständig geklärt. Tetracycline inaktivieren aktivierte MMPs reversibel über eine Bindung der Zinkionen der MMPs (Golub et al. 1998). In Tierversuchen konnte nachgewiesen werden, dass lokale Applikation von Doxycyclin in Knochentaschen zu einer beschleunigten Regeneration und zu einem parodontalen Bone Remodelling bzw. Bone Modelling führt (Zetner, Stolan 2005).

2. Ziel der Arbeit

Ziel der retrospektiven klinischen Fünf-Jahres-Untersuchung war es festzustellen, inwieweit die lokale subgingivale adjunktive Applikation von Doxycyclin bei sanierten, parodontal vorgeschädigten Patienten im Praxisrecall zu klinischen Verbesserungen führt. Dabei wurden insbesondere parodontale Risikopatienten, Diabetiker oder Raucher berücksichtigt.

3. Material und Methoden

3.1. Auswahl des Patientengutes und Gruppeneinteilung

Die an der Studie teilnehmenden Probanden rekrutierten sich aus dem Praxisrecall. Nach Abschluss der Korrektivphase beginnt die Phase der Erhaltungstherapie. Hierbei wird der Patient in ein Recallsystem integriert. Zur Festlegung des individuellen Zeitabstandes wurde das Berner Spinnenmodell (Lang & Tonetti 1996) Abb.1 eingesetzt. An Hand festgelegter Kriterien wird der Patient in ein ¼ jährliches oder ein ½ jährliches Recallsystem mit oder ohne Doxycyclinapplikation zugeordnet (Tabelle 1 und Abbildung 1).

Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung war eine regelmäßige Recallteilnahme. In den untersuchten 5-Jahreszeiträumen wurde nur ein versäumter Termin akzeptiert. Wurde in den fünf Jahren mehr als ein Termin versäumt, kam dieser Patient nicht mit in die Auswertung

3.2. Ausgewertete Parameter

Die Erhebung der klinischen Parameter erfolgte durch drei Prophylaxehelferinnen. Keine der Prophylaxehelferinnen war zum Zeitpunkt der Messungen darüber informiert, dass eine Auswertung im Rahmen einer klinischen Studie geplant war. Die Anwendung der druckkalibrierten Sonde Peri Probe® Gerät (Vivadent FL-Schaan) sicherte standardisierte Ergebnisse. ►

Tabelle 1: PA – Risikoeinschätzung zur Berner Spinne.

niedriges Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
Alle Parameter in der niedrigen, grünen Kategorie	max. 2 Parameter in der mittleren, gelben Kategorie	Mehr als 2 Parameter in der mittleren, gelben Kategorie
Recallfrequenz 1 / Jahr	2 / Jahr	4 / Jahr

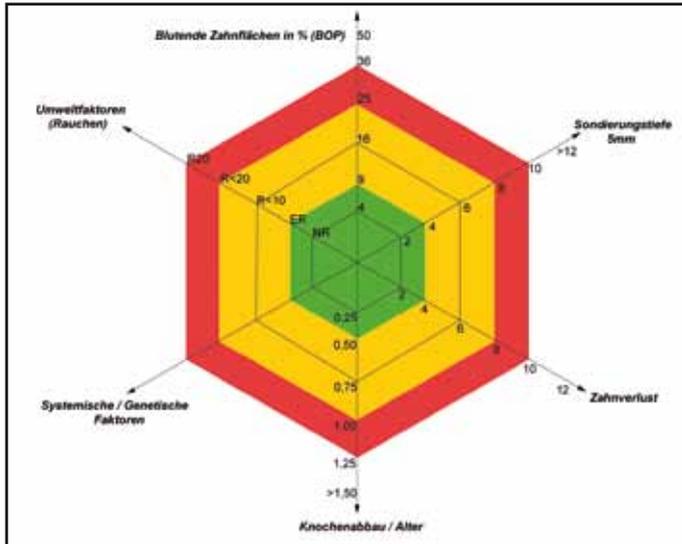


Abb. 1: Von uns genutzte PA Risikoanalyse – Berner Spinne (Lang & Tonetti 1996).

men, da das Kriterium Zahnzahl für die Diagnostik zu weitsichtig ist. Bei jeder Untersuchung wurde ein kompletter Zahnstatus erhoben. Bezugnehmend auf unser Risikoprofil – Berner Spinne – erfolgt die Einteilung nach der Anzahl der verlorenen Zähne, wobei die Weisheitszähne nicht berücksichtigt werden: bis vier verlorene Zähne – niedriges Risiko, bis acht verlorene Zähne – mittleres Risiko, über acht verlorene Zähne – hohes Risiko.

3.2.1 Anzahl der Zähne

Die Erhaltung der Zähne ist das eigentliche Ziel. Die Zahl der nach der Behandlung verlorenen Zähne dient als bestge-

eignetes Kriterium für die Bewertung von Erfolg oder Nichterfolg einer Parodontaltherapie. In der Praxis werden jedoch alternative Ersatzkriterien zu Hilfe genom-

3.2.2 Bleeding on probing (BOP)

Die Messungen erfolgten mit der druckkalibrierte Sonde mit dem Peri Probe® Gerät (Vivadent FL-Schaan). Hier haben wir einen Sondendurchmesser von 0,4 mm und eine konstante Sondenkraft von 0,25 N, dadurch soll eine Traumatisierung des Gewebes verhindert werden. Bis maximal 10 s nach der Messung wird mit der Entscheidung Blutung ja/nein gewartet. Bezugnehmend auf unser Risikoprofil – Berner Spinne – erfolgt die Einteilung, nach der Prozentzahl der blutenden Stellen im Gesamtgebiss bis 10 % – niedriges Risiko, bis 25 % – mittleres Risiko und über 25 % – hohes Risiko.

3.2.3 Sondierungstiefenmessung

Die Taschentiefe wird an jedem Zahn an vier Positionen mesial, buccal, distal und oral gemessen. Der Parameter Taschentiefe gibt die durchschnittlichen Taschentiefen wieder.

3.2.4 Sondierungstiefe – Anzahl der Taschen tiefer als 5,5 mm

Es handelt sich um dieselbe Messung wie unter Punkt 3.2.3. beschrieben. In die Auswertung kamen alle Messungen, die tiefer als 5,5 waren. Bezugnehmend auf unser Risikoprofil – Berner Spinne – erfolgt die Auswertung der Taschentiefe nach Anzahl der tiefen Taschen: bis 4 – niedriges Risiko, bis 8 – mittleres Risiko, über 8 – hohes Risiko.

Tabelle 2: Probandenverteilung

Recallpatienten Gruppe	Anzahl Insgesamt	Anzahl der Patienten für die Studie		
		Gesamt	Nichtraucher	Raucher
¼ jährlich PZR + Doxy	479	50	43	7
	100,00 %	10,44 %	86,00 %	14,00 %
	32,19 %	11,47 %	12,88 %	6,86 %
½ jährlich PZR + Doxy	511	263	193	70
	100,00 %	51,00 %	73,38 %	26,62 %
	34,34 %	60,32 %	57,78 %	68,63 %
½ jährlich PZR	498	123	98	25
	100,00 %	24,70 %	79,67 %	20,33 %
	33,47 %	28,21 %	29,34 %	24,51 %
Recallpatienten insgesamt	1.488	436	334	102
	100,00 %	29,30 %	76,60 %	23,40 %
	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Raucher und Nichtraucher werden in extra Gruppen berücksichtigt. Wir haben zusammenfassend folglich drei Blöcke mit sechs Patientengruppen:

Tabelle 3: Gruppenzuordnung

	Nichtraucher mit Doxycyclin	ohne Doxycyclin	Raucher mit Doxycyclin	ohne Doxycyclin
Block 1 ¼ jährliches Recall	1. Patienten- gruppe		2. Patienten- gruppe	
Block 2 ½ jährliches Recall	3. Patienten- gruppe		4. Patienten- gruppe	
Block 3 ½ jährliches Recall		5. Patienten- gruppe		6. Patienten- gruppe

3.3 Professionelle Zahnpflege und Erhaltungstherapie

Bei jedem Recalltermin wurden folgende Therapien durchgeführt: Untersuchung: In jedem Recalltermin erfolgte eine Untersuchung einschließlich API inklusive anfärben, SBI, PUS. Alle zwei Jahre erfolgte eine Taschenmessung mit der druckkalibrierten Sonde an vier Stellen des Zahnes und es wurde der BOP und der PSI erhoben.

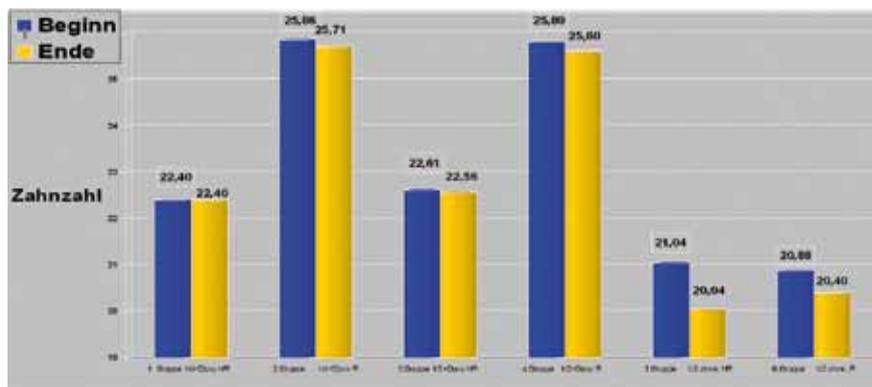


Abb. 2: Gegenüberstellung aller Patientengruppen nach der Anzahl vorhandenen Zähne zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen.

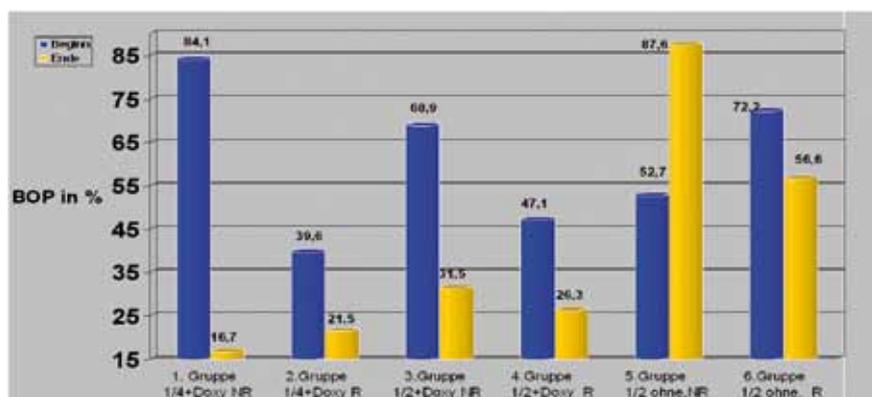


Abb. 3: Gegenüberstellung aller Patientengruppen im BOP zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen.

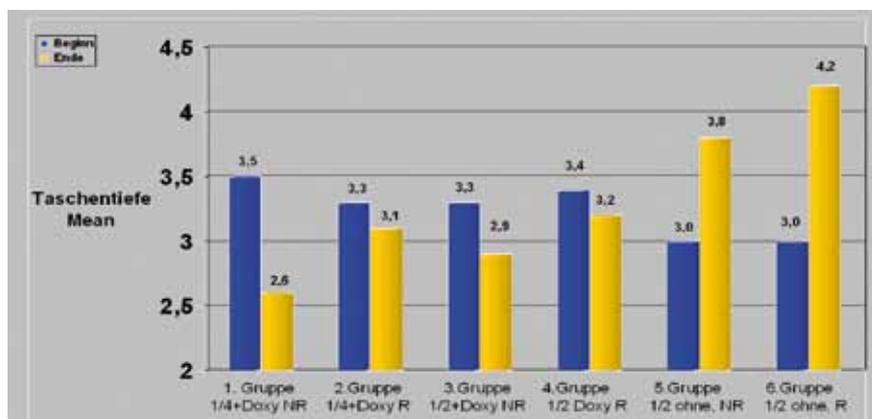


Abb. 4: Gegenüberstellung aller Patientengruppen in der durchschnittlichen Taschentiefe zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen.

Reevaluation: Wurde in der Untersuchung PUS diagnostiziert, erfolgte eine Nachbehandlung nach zwei bis sechs Tagen.
 Remotivation und Reinstruktion: Je nach Bedarf, erfolgte in jeder Sitzung eine Remotivation und gegebenenfalls Reinstruktion inklusive anfärben.
 Biofilmmangement: Der Therapiebeginn erfolgt mit dem Ultraschallsystem Piezon® und Air Flow® (EMS CH-Nyon). Hiermit werden die harten Beläge entfernt. Die weichen Beläge werden mit dem Air Flow

Pulverstrahler® (EMS CH-Nyon) entfernt. Nach Abschluss der Behandlung wird mit dem Diagnostiksondiergerät® (Kavo Biberach) das Behandlungsergebnis kontrolliert. Gegebenenfalls kommen Handküretten zum Einsatz. Alle Taschen tiefer als 5,5 mm werden mit dem Dürr Vector® (Dürr-Dental Bietigheim-Bissingen) nachbehandelt. Abschließend erfolgt eine Behandlung mit dem CHX® – Parodontospray (Dürr-Dental Bietigheim-Bissingen).

Restaurationskontrolle: In jeder Sitzung erfolgt eine Restaurationskontrolle im Randbereich inklusive notwendiger Korrekturen.

Sensibilitätskontrolle: Bedingt durch die parodontale Vorschädigung liegen oft Zahnhalsbereiche frei, die sensibel reagieren. Dieses wird jedes Mal kontrolliert und gegebenenfalls mit Tooth Mousse behandelt, bis der Patient völlig beschwerdefrei ist.

Lokales Doxycyclin: Nach entsprechender Aufklärung und Einverständnis durch den Patienten erfolgt in allen Taschen mit positiven Entzündungszeichen eine lokale Doxycyclinapplikation. Zur Verhinderung eines zu schnellen Abflutens des Doxycyclins wird dieses mit dem resorbierbaren Wundverband RESO-PAC® (Hager & Werken GmbH & Co. KG) abgedeckt. Bei Rauchern und Diabetikern werden nicht nur die Taschen mit positiven Entzündungszeichen behandelt, sondern das Doxycyclin wird in alle Taschen appliziert.

4. Statistische Analyse

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des SPSS – Programms für Windows in der Version 10.0. Es sind Voraussetzungen zur Anwendung des t-Test nach Student gegeben.

5. Ergebnisse

Wie aus der Tabelle 2 zu entnehmen, haben wir in unserer fünf Jahres-retrospektiven Untersuchung insgesamt 1.488 Patienten nachuntersucht. Von insgesamt 1.488 Recallpatienten konnten 436 (29,3 %) ausgewertet werden. Zu Untersuchungsbeginn gab es keine nennenswerten Unterschiede in der Anzahl der Patienten in den einzelnen Gruppen. Bedingt durch das signifikant unterschiedliche Recallverhalten in den einzelnen Gruppen, sind die ausgewerteten Patientengruppen allerdings sehr verschieden, wobei die 1/4 jährliche PZR + Doxycyclin-gruppe das schlechteste und die 1/2 jährliche PZR Doxycyclin-gruppe das beste Recallverhalten zeigte. Von insgesamt 1.488 für diese Studie auswertbaren Recallpatienten sind weniger als ein Drittel, nur 29,30 % = 436 Patienten, den Recallterminen regelmäßig gefolgt. Von den 436 Patienten sind 76,60 % = 334 Patienten Nichtraucher und 23,40 % = 102 Patienten Raucher. Das beste Recallverhalten zeigte die Pati- ➤



Foto: privat

Vita

Dr. Ronald Möbius MSc. (Parodontologie)

Studium der Zahnmedizin an der Universität Rostock, Diplom- und Promotionsarbeit auf dem Gebiet der Parodontologie, Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologi.

Seit 1992 in eigener Niederlassung

Seit 1995 Mitglied der Ulmer KFO-Gruppe und Forummento

Seit 1994 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde e. V.

Seit 2000 Mitglied der Kammerversammlung der ZÄK M-V

Seit 2005 Kreisstellenvorsitzender

Seit 2007 MSc. Parodontologie

mine, davon waren 86 % = 43 Nichtraucher und 14 % = sieben Raucher.

Wir hatten keine Patienten, die mit einem ¼ jährlichen Recall einverstanden waren, eine lokale Doxycyclinapplikation ablehnten und regelmäßig fünf Jahre lang die Recalltermine einhielten.

Statistisch signifikant auffällig ist auch die Zusammensetzung Raucher – Nichtraucher in den drei Gruppierungen. Zum Erstellen der „Berner Spinne“ für die Risikoanalyse wird der Patient auch nach seinen Rauchgewohnheiten befragt. Nur Nichtraucher und ehemalige Raucher, die aber seit drei Jahren bereits nicht mehr rauchen, sind in unserer Einteilung Nichtraucher. Die meisten Raucher haben wir in der Gruppe ½ jährliches PZR + Doxycyclin mit 193 Nichtrauchern und 70 Rauchern, das einem Verhältnis von einem Raucher zu 2,76 Nichtrauchern entspricht. In der Gruppe ½ jährliches PZR ohne Doxycyclin haben wir 98 Nichtraucher und 25 Raucher, das einem Verhältnis von einem Raucher zu 3,93 Nichtrauchern entspricht. Die wenigsten Raucher haben wir in der ¼ jährlichen PZR + Doxycyclingruppe mit 43 Nichtrauchern und sieben Rauchern, das einem Verhältnis von einem Raucher zu 6,14 Nichtrauchern entspricht.

Gruppenaufbau

Es erfolgten neun Vergleiche zwischen den sechs Patientengruppen. In Auswertung aller Ergebnisse und Vergleiche lässt sich feststellen, dass sich die klinischen Parameter in den vier Doxycyclingruppen statistisch hochsignifikant verbessert haben und in den zwei Kontrollgruppen trotz regelmäßiger Prophylaxe statistisch signifikant verschlechtert haben. In allen drei Vergleichen Raucher/Nichtraucher erreich-

ten Nichtraucher statistisch signifikant bessere Ergebnisse als Raucher, obgleich sich auch in den beiden Doxy-Rauchergruppen die Werte verbesserten.

Die Anzahl der Zähne blieb in den Doxy-Nichtrauchergruppen konstant. In der ¼ Doxy-R-Gruppe gab es einen Zahnverlust von 0,15 und in der ½ Doxy R-Gruppe von 0,2 Zähnen in fünf Jahren. In der ohne Doxy-NR-Gruppe gab es einen Zahnverlust von 0,64 und in der ohne Doxy-R-Gruppe einen Zahnverlust von 0,48 Zähnen in den fünf Jahren (Abb. 2).

Der BOP war bei allen Doxy und Rauchergruppen verringert in der ohne Doxy NR-Gruppe dagegen um 34,9 angestiegen. Das beste statistisch hochsignifikante Ergebnis erreichte die ¼ Doxy NR-Gruppe mit einer Reduzierung von 67,4 % (Abb. 3).

Die durchschnittliche Taschentiefe reduzierte sich statistisch signifikant in allen Doxycyclin-Gruppen. Das beste Ergebnis erreichte die ¼ Doxy NR-Gruppe mit einer Reduktion von 0,9 mm, gefolgt von der ½ Doxy Nrgruppe 0,4 mm, ¼ Doxy R-Gruppe und ½ Doxy R-Gruppe mit je 0,2 mm. In den Gruppen ohne Doxycyclin kam es in den fünf Jahren zu einer statistisch signifikanten Vertiefung der Taschen. In der ½ ohne Doxy NR-Gruppe um 0,8 mm und in der ½ ohne Doxy R-Gruppe um 1,2 mm (Abb. 4).

In allen Doxygruppen reduzierte sich die Anzahl der Taschen, die tiefer waren als 5,5 mm, statistisch hochsignifikant. Das beste Ergebnis erreichte die ¼ Doxy NR-Gruppe mit einer Reduzierung um 5,9 Taschen, gefolgt von der ¼ Doxy R-Gruppe mit 3,6 Taschen, ½ Doxy NR-Gruppe mit 2,8 Taschen und der ½ Doxy R-Gruppe mit 2,5 weniger tiefen Taschen. In den Gruppen ohne Doxycyclin wurde die Anzahl

entengruppe ½ jährliches PZR und zusätzlich Doxycyclin mit 51 %.

Von 511 Patienten konnten 263 ausgewertet werden. Davon waren 73,38 % = 193 Patienten Nichtraucher und 26,62 % = 70 Patienten Raucher.

In der Patientengruppe ½ jährliches PZR ohne Doxycyclin war das Recallverhalten nur halb so gut wie in der Gruppe mit Doxycyclin. Von den 498 Patienten kamen 24,70 % = 123 regelmäßig zu den Recallterminen, davon 79,67 % = 98 Nichtraucherpatienten und 29,33 % = 25 Raucherpatienten. Das schlechteste Recallverhalten hatten die Patienten der ¼ jährlichen Gruppe. Von 479 Patienten nutzten nur 50 regelmäßig die Recallter-

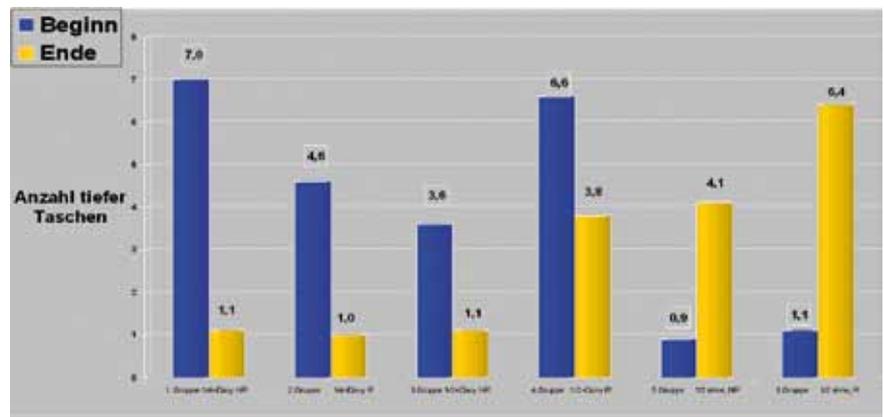
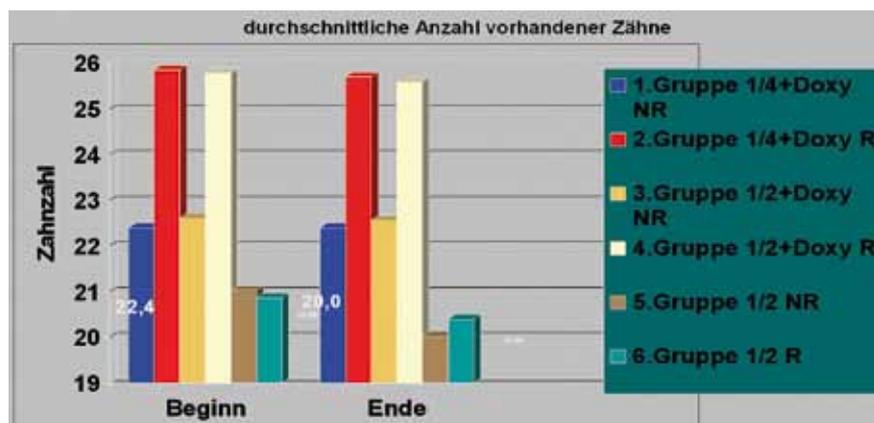


Abb. 5: Gegenüberstellung aller Patientengruppen in der Anzahl der tiefen Taschen zu Beginn und zum Ende der Untersuchungen.



Fotos: Dr. R. Möbius

Abb. 6: Gegenüberstellung der Anzahl der Zähne.

der tiefen Taschen im Gegensatz dazu statistisch höchstsignifikant schlechter. In der Gruppe $\frac{1}{2}$ ohne Doxy NR um 3,2 und in der Gruppe $\frac{1}{2}$ ohne Doxy R um 5,3 Taschen (Abb. 5).

In Auswertung unserer Untersuchungen kommen wir zu nachfolgenden Ergebnissen:

1. Regelmäßige $\frac{1}{2}$ jährliche PZR ist nicht ausreichend, um den weiteren Knochenabbau zu stoppen.
2. $\frac{1}{2}$ jährliche regelmäßige PZR und Doxycyclin bei Rauchern und Nichtrauchern stoppt den weiteren Knochenabbau bei Empfehlung „Berner Spinne“ $\frac{1}{2}$ jährlich.
3. $\frac{1}{4}$ jährliche regelmäßige PZR und Doxycyclin bei Rauchern und Nichtrauchern führt zu Attachmentgewinnen.
4. Raucher zeigen schlechtere klinische Ergebnisse als Nichtraucher
5. Ein $\frac{1}{4}$ jährliches Recall bei Parodontitis-Risikopatienten (Berner Spinne – $\frac{1}{4}$ jährlich), Rauchern und Diabetikern erzielt signifikant die besten Ergebnisse.
6. Hinsichtlich der Compliance-Bewertung zeigen der Parodontitis Risikopatient (Berner Spinne $\frac{1}{4}$ jährlich), Raucher und Diabetiker die schlechtesten Ergebnisse.

6. Diskussion

Von insgesamt 1.488 für diese Studie auswertbaren Recallpatienten sind weniger als ein Drittel, nur 29,30 % = 436 Patienten, den Recallterminen regelmäßig gefolgt. Diese Prozentzahlen decken sich mit den Prozentzahlen anderer Studien zum Recallverhalten. Eine positive Compliance unter Praxisbedingungen ist lediglich für 35 % bis 60 % der Patienten beschrieben (Mendoza et al. 1991, Novaes

et al. 1996, Novaes & Novaes 1999, Ojima et al. 2005).

Die Immunreaktion auf mikrobielle Plaque mit dem Faktor Geschlecht zeigt unterschiedliche Reaktionen (Waschul 2006). Wir haben in allen Vergleichen zwischen den Patientengruppen keine signifikanten Unterschiede in der prozentualen Zusammensetzung männlich/weiblich festgestellt.

Sehr viele Autoren haben sich mit der regelmäßigen Erhaltungstherapie auseinandergesetzt. Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass die regelmäßige professionelle Zahnreinigung im individuell richtigen Abstand ausreicht, um die parodontalen Destruktionsvorgänge zu beenden. Die entscheidenden Kriterien sind hierbei die Mitarbeit und Motivation der Patienten, die Regelmäßigkeit und der individuell richtige Abstand der PZR (Flores-de-Jacoby 1991, Heidemann et al. 2005, Hellwege 1999, Kleber 2000, Rateitschak & Wolf 2004). Im Gegensatz zu diesen Autoren kommen wir mit unseren Untersuchungen nicht zu dem Ergebnis, dass professionelle Zahnreinigung im richtigen individuellen Abstand vor parodontaler Destruktion schützt. Unsere 5. Gruppe (PZR ohne Doxy NR) zeigte in dem fünf Jahreskontrollzeitraum parodontale Destruktionszeichen und parodontalen Zahnverlust.

Wie Zetner & Stoian (2005) in Tierversuchen nachweisen konnten, führt die lokale Applikation von Doxycyclin in Knochentaschen zu einer beschleunigten Regeneration, zu einem ausgeglichenem Bone Remodelling, zu einem parodontalen Bone Modelling. In unseren Untersuchungen kamen auch wir zu dem Resultat, dass in den Patientengruppen, die regelmäßig lokal Doxycyclin erhalten, die Anzahl der tiefen Zahnfleischtaschen we-

niger wurden, die durchschnittliche Taschentiefe und der BOP sich verringerte. Die Doxygruppen hatten keinen Zahnverlust über fünf Jahre. Bei Rauchern verläuft die Parodontitis doppelt so schnell mit doppelt so schnellem Knochenabbau (Bolin et al. 1993). Auch in unserem Vergleich 5. Gruppe Nichtraucher / 6. Gruppe Raucher ohne lokales Doxycyclin kommen wir zu gleichem Ergebnis trotz regelmäßiger PZR. Ryder et al. (1999) kategorisierten ihre Teilnehmer in Nichtraucher, ehemalige Raucher und Raucher. In der Untersuchung wurde deutlich, dass in der mit Doxycyclin behandelten Gruppe generell keine ausgeprägten Unterschiede zwischen den drei Rauchergruppen festgestellt wurden. Auch in unseren Untersuchungen können wir dieses bestätigen.

7. Schlussfolgerungen

In unserem Therapiebestreben ist das anzustrebende Ziel die Zahnerhaltung. In der Abb. 6 ist die durchschnittliche Anzahl der Zähne in den Gruppen gegenübergestellt. Die Abbildung zeigt, dass in allen Patientengruppen mit ergänzender Doxycyclinapplikation in dem fünf Jahreskontrollzeitraum es zu keinem Zahnverlust kam. In den beiden Kontrollgruppen ohne Doxycyclin konnten wir in den fünf Jahren einen Zahnverlust feststellen.

Unsere Untersuchungen lassen die Schlussfolgerung zu: Bei Patienten, die nach dem Risikoprofil „Berner Spinne“ in ein $\frac{1}{4}$ jährliches Recallsystem integriert werden, zeigt eine, die konventionelle Therapie ergänzende, subgingivale Doxycyclin-Applikation höchst signifikante klinische Vorteile. Patienten, die dem $\frac{1}{2}$ jährlichen Risikoprofil zugeordnet werden, haben keine direkte Indikation zur parallelen subgingivalen Doxycyclinapplikation, da sie kein erhöhtes parodontales Risiko haben. Bei Rauchern und Diabetikern ist eine subgingivale Doxycyclinapplikation als Ergänzung zur konventionellen Therapie sinnvoll.

8. Therapieempfehlung

Parodontalerkrankungen sind weit verbreitet. Jeder Zahnarzt sieht jeden Tag derartige Patienten. Genau wie die Kariesentfernung gehört auch die Parodontalthherapie in die Hand jedes Zahnarztes. Die adjunktive Doxycyclintherapie stellt eine solide nichtchirurgische Therapievariante dar und sollte alternativ in die Überlegung ►►

gen aller Zahnärzte einbezogen werden. Doxycyclin bekämpft die Entzündung, lindert die Beschwerden und fördert die Heilung und das nicht nur in der Parodontaltherapie sondern schnell wirksam und unkompliziert bei allen lokalen entzündlichen Geschehen (Dolor Post, Dentito, OPSchutz und Nachsorge, Granulom,

etc.). Im Gegensatz zu allen anderen bekannten Therapievarianten hemmt Doxycyclin den Knochenabbau. Doxycyclin greift direkt in den Knochenabbauprozess ein. Alle anderen Therapievarianten versuchen nur die Qualität und Quantität der Mikroflora zu beeinflussen. Indirekt, über die dann weniger pathogen wirkende

Kraft, reguliert sich die Immunantwort, oder auch nicht. Nur Doxycyclin kann am lokalen Wirkort direkt die aktivierten Osteoklasten hemmen, unabhängig von der Immunreaktion. Leider bietet uns die Pharmaindustrie zurzeit kein lokales Doxycyclin, welches für die besagte Indikation prädestiniert ist. Unser Doxycyclin ist im Gegensatz zur allgemeinen Kenntnis mit unter 0,15 € pro Zahnfleischtasche ein sehr preisgünstiges Arzneimittel. Nähere Informationen für den Bezug des beschriebenen lokalen Doxycyclins können Sie auf Anfrage beim Autor erhalten.

*Dr. Ronald Möbius MSc. (Parodontologie)
Quelle: dens 11/2008*

Haben Sie Fragen zu dieser Thematik, können Sie diese unter info@moebius-dental.de oder per Fax (03 84 83) 3 15 39 an den Autor stellen. Das Literaturverzeichnis und die Bezugsquelle für das Gel sind ebenfalls über den Verfasser erhältlich.

Wichtiger Hinweis der KZVN zur Taschentherapie mit lokalen Antibiotika

Die Verordnung lokaler Antibiotika im Rahmen der systematischen Parodontaltherapie auf den Namen des Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ist auf Grund der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung grundsätzlich nicht möglich.

Wir bitten um Beachtung.

Die Redaktion



Foto: © Pixel – Fotolia.com

RECHTSTIPP

Beachtung der Schweigepflicht bei der Einschaltung privater Abrechnungsgesellschaften und Inkassounternehmen

Bei der Abrechnung von Honorarforderungen mag es verlockend sein, eine private Abrechnungsgesellschaft zu beauftragen. Dieses gewerbliche Unternehmen führt gleichzeitig vielfach auch das Inkasso durch. Die hierbei entstehenden Kosten sind kalkulierbar und die Abrechnung nimmt dem Zahnarzt einen Großteil der Arbeit ab. Abgesehen davon, dass vielfach besonders bei Zahnärzten beobachtet werden kann, dass die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft zu einer Einschränkung des Ermessens bei der Honorierung nach der GOZ/GOÄ auf den mittleren (2,3 fachen) Wert führt, ist auch die Übergabe von Abrechnungsunterlagen zum Zweck der Rechnungserstellung an ein gewerbliches Unternehmen eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, wenn der betreffende Patient der Übergabe der Abrechnungsunterlagen nicht ausdrücklich zugestimmt hat. Ein unter Verletzung der Schweigepflicht abgeschlossener Vertrag mit einem gewerblichen Unternehmen ist wegen eines Rechtsverstoßes nichtig.

Bei einer späteren gerichtlichen Auseinandersetzung kann der Zahnarzt die Kosten für die Einschaltung der privaten Abrechnungsgesellschaft neben den Anwaltsgebühren nicht vom Kostenschuldner (Patienten) erstattet verlangen, weil er mit der Einschaltung vermeidbare Kosten verursacht und damit seine Schadensminderungspflicht verletzt hat. Bei Patienten, die längere Zeit die Praxis zur Behandlung nicht aufgesucht haben, empfiehlt es sich, gegebenenfalls die Zustimmung zur Einschaltung einer privaten Abrechnungsgesellschaft / Inkassounternehmen zu wiederholen. Die Einschaltung eines Rechtsanwalts zur Realisierung der Honorarforderung ist auch ohne Zustimmung des Patienten keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, weil der Rechtsanwalt kraft Amtes zur Unterstützung des Gläubigers (Zahnarzt) als Organ der Rechtspflege berufen ist und das Gebot der Schweigepflicht den Zahnarzt nicht daran hindern darf, sich des nach unserer Rechtsordnung maßgebendem Rechtsschutzes zu bedienen.

*Wencke Boldt, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht
Hildesheimer Str. 33, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 80 74-995, Fax: (05 11) 80 74-997*

- Die vorhandene aber erneuerungsbedürftige Prothese wird mit dem Kürzel „ew“ im Zahnschema eingetragen.
- Die Modellgussprothese mit Klammern an den Zähnen 33 und 43 wird als Regelversorgung eingetragen. In die Regelversorgungszeile wird ein „E“ für die zu ersetzenden Zähne und ein „H“ für die komplizierten Halte- und Stützelemente eingetragen

Befundermittlung und Honorarberechnung
 – UK 4.3
 – BEMA Geb.Nr. 96c, 98g, 98h/2, 98c, 89

Begründung:

- Bei einem Restzahnbestand von zwei Zähnen im Unterkiefer wird der Festzuschuss 4.3 ausgelöst.
- Der Festzuschuss 4.5 wird nicht ausgelöst, da es sich in diesem Fall um eine Teilprothese mit Metallbasis handelt. Nur bei einer Totalprothese oder Cover-Denture-Prothese kann der Festzuschuss 4.5 zusätzlich berechnet werden, wenn ein unter Bemerkungen zu begründender Ausnahmefall vorliegt.
- Die Teilprothese wird nach Geb.Nr. 96c berechnet und die Modellgussbasis nach Geb.Nr. 98g
- Bitte beachten Sie, dass der Leistungsinhalt der Geb.Nr. 98h/2 nur erfüllt ist, wenn die Laborrechnung zwei gegossene Doppelarmklammern mit Auflage enthält.

Die Geb.Nr. 89 kommt zum Ansatz für die Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken. Hierbei ist zu beachten, dass diese Gebührennummer nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- und Stützvorrichtungen abgerechnet werden kann.

Beispiel 2:

Ein Patient hat einen Restzahnbestand von drei Zähnen im Oberkiefer. Die Zähne sind weitgehend zerstört aber erhaltungswürdig. Sie sollen mit Wurzelstiftkappen und Kugelknopfankern versorgt werden. Als Prothese ist eine Cover-Denture-Prothese geplant. Zusätzlich soll wegen des starken Bruxismus eine Metallbasis eingearbeitet werden.

Planung:

TP																			
R	E	E	R	E	E	E	E	E	E	R	E	E	R	E	E				
B	ew	ew	ww	ew	ew	ew	ew	ew	ew	ww	ew	ew	ww	ew	ew				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
B																			
R																			
TP																			

- Bemerkungen: Metallbasis notwendig wegen Bruxismus
- Die stark zerstörten aber erhaltungswürdigen Zähne werden mit dem Kürzel „ww“ gekennzeichnet.
 - Die geplanten Wurzelstiftkappen werden mit dem Kürzel „R“ eingetragen.
 - Für die notwendige Metallbasis muss die Begründung in der Bemerkungszeile eingetragen werden.

Befundermittlung und Honorarberechnung
 – OK 4.1, 3 x 4.8, 4.5, 4.9
 – BEMA Geb.Nr. 97a, 98e, 98b, 3 x 90, 3 x 19, 98d, 89

Begründung:

- Der Restzahnbestand von drei Zähnen im Oberkiefer löst den Festzuschuss 4.1 aus.
- Für die Wurzelstiftkappen wird der Festzuschuss 4.8 angesetzt.
- Da eine medizinische Begründung (Bruxismus) vorliegt, wird zusätzlich der Festzuschuss 4.5 ausgelöst.
- Eine notwendige Stützstiftregistrierung löst zusätzlich den Festzuschuss 4.9 aus.
- Da es sich um eine Regelversorgung handelt, wird das zahnärztliche Honorar ausschließlich nach BEMA berechnet.
- Nach den BEMA-Bestimmungen wird eine Cover-Denture-Prothese nach der Geb.Nr. 97 berechnet.
- Für die totale Metallbasis mit Begründung wird die Geb.Nr. 98e berechnet.
- Wurzelstiftkappen in Verbindung mit Kugelknopfankern werden nach BEMA Geb.Nr. 90 abgerechnet.
- Für die Stützstiftregistrierung wird zusätzlich die Geb.Nr. 98d berechnet.

Die Geb.-Nr. 89 kommt zum Ansatz für die Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken.

Beispiel 3:

Ein Patient hat im Unterkiefer einen Restzahnbestand von drei Zähnen. Die Zähne 43 und 33 sollen mit Teleskopkronen versorgt werden, der Zahn 36 soll eine Vollgusskrone erhalten. Die fehlenden Zähne sollen durch eine Modellgussprothese mit einem komplizierten Halte- und Stützelement an Zahn 36 ersetzt werden.

Planung:

TP																			
R																			
B																			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
B	ew	ew	ew	ew	ew	ww	ew	ew	ew	ew	ww	ew	ew	ww	ew	ew			
R	E	E	E	E	E	TV	E	E	E	E	TV	E	E	K	E	E			
TP																			

- Für die bereits ersetzten aber erneuerungsbedürftigen Zähne wird das Kürzel „ew“ verwendet.
 - der Zahn 36 wird mit „ww“ für zerstört aber erhaltungswürdig gekennzeichnet.
- In der Regelversorgungszeile werden die geplanten Teleskopkronen an 43 und 33 mit Kürzel „TV“, die zu ersetzenden Zähne mit „E“ die Vollgusskrone auf dem Zahn 36 mit „K“ und das komplizierte Halte- und Stützelement mit „H“ eingegeben.

Befundermittlung und Honorarberechnung
 – UK 4.3, 2 x 4.6, 2 x 4.7, 1.1
 – BEMA Geb.Nr. 96c, 98g, 98h/1, 2 x 91d, 20a, 3 x 19, 98c, 89



Foto: NZB-Archiv

*Dr. Henning Otte, Hannover,
Vorstandsreferent der KZVN
Abrechnung/Prüfung.*

*Monika Popp, Gruppenleiterin
Servicehotline der KZVN.*

Begründung:

- Für den Restzahnbestand im Unterkiefer wird der Festzuschuss 4.3 ausgelöst.
- Die geplanten Teleskopkronen lösen zweimal die Festzuschüsse 4.6 und 4.7 für die Verblendung aus.
- Für die Einzelkrone an Zahn 36 kann der Festzuschuss 1.1 neben den Festzuschüssen 4.1 und 4.3 im selben Kiefer gesetzt werden.
- Da es sich um eine Teilprothese mit Modellguss handelt, wird der Festzuschuss 4.5 nicht ausgelöst!
- Die Honorarberechnung erfolgt nach BEMA, da es sich um eine Regelversorgung handelt.
- Die Teilprothese mit Modellguss und Halteelement wird nach Geb.Nr. 96c, 98g und 98h/1 berechnet. Bitte beachten Sie, dass der Leistungsinhalt der Geb.Nr. 98h/1 nur erfüllt ist, wenn die Laborrechnung eine gegossene Doppelarmklammer mit Auflage enthält
- Die Teleskopkronen an den Zähnen 43, 33 werden nach der Geb.Nr. 91d und die Einzelkrone am Zahn 36 nach Geb.Nr. 20a berechnet.

Die Geb.-Nr. 89 kommt zum Ansatz für die Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken. Hierbei ist zu beachten, dass diese Gebührennummer, nicht für das Einschleifen zur Aufnahme von Halte- und Stützvorrichtungen abgerechnet werden kann.

Fazit

Bei einem Restzahnbestand gibt es viele unterschiedliche Möglichkeiten der Regelversorgung – die Cover-Denture-Prothese mit Teleskopkronen ist nicht die einzige Lösungsmöglichkeit. Vieles ist möglich in dieser Befundklasse.

Sollten Sie noch Fragen zu diesen oder auch anderen Abrechnungsfällen haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen der Service-Hotline für Abrechnungsfragen.
Tel.: (05 11) 84 05-390,
Fax: (05 11) 83 72 67
E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de

*Monika Popp
Gruppenleiterin Bereich ZE der KZVN*

*Dr. Henning Otte
Vorstandsreferent der KZVN Abrechnung/Prüfung*

Ganzheitliches unternehmerisches Denken

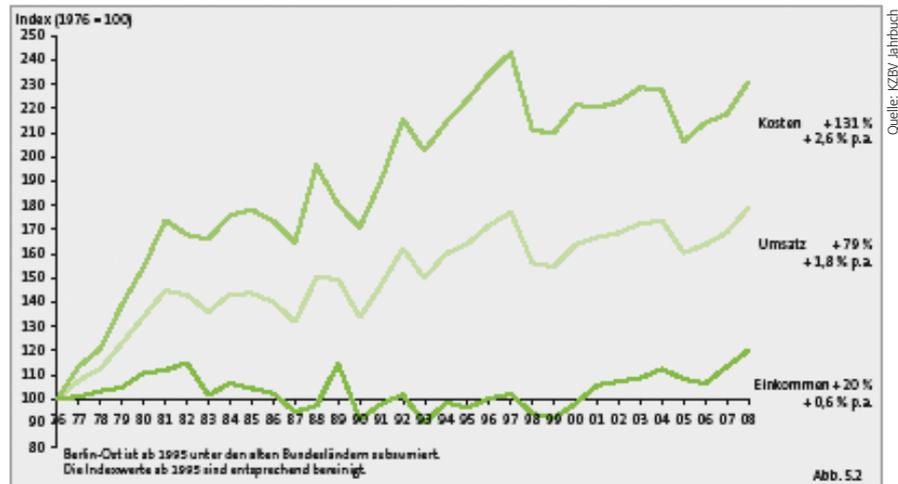
Unternehmerische Herausforderungen der Zahnarztpraxen in der Zukunft

Die Frage, was kommt unternehmerisch auf die Zahnarztpraxis in der Zukunft zu, lässt sich für alle Praxen, ob Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder andere Organisationsformen, nahezu gleichermaßen beantworten. Da es hier ausschließlich um die rein unternehmerische Komponente geht, werden die fachlich mindestens genauso wichtigen Aspekte ausgeklammert. Als Fazit soll hier festgehalten werden, dass der Zahnarzt sich nicht primär auf isoliert wirkende betriebswirtschaftliche Instrumente stützen sollte, sondern seine Rolle als Unternehmer verstehen und definieren muss, was erst dann ein ganzheitliches unternehmerisches Denken hervorbringen kann.

Wenn es nach dem Willen der Kammern, der KZVen und sonstigen standesrechtlichen Organisationen, nach Verbänden, der Dentalindustrie und natürlich einem Heer an „Beratern“ geht, müsste der Zahnarzt auch Unternehmer sein. Forderungen, die – mit Ausnahme der Dentalindustrie – von Organisationen und Beratern kommen, die selbst wenig Kompetenz dabei aufweisen. Es wäre sinnvoller, wenn diese Organisationen zurückhaltend wären und ihre Hauptaufgabe in der Herstellung von Transparenz des Marktangebotes sehen würden und vor allem solche Mitarbeiter beschäftigen würden, die selbst unternehmerisch mitreden können. Dies betrifft oft auch und sogar überproportional das sogenannte Ehrenamt.

Wandel mitgestalten

Die Zeit ab etwa 1995 ist geprägt von einer Entwicklung weg von einer „umfassenden Sozialleistung“ hin zum „Wirtschaftsgut mit solidarischer Grundsiche-



Umsatz, Kosten und Einkommen je Praxisinhaber in den alten Bundesländern.

rung“. Die Zahnärzteschaft muss versuchen, Kaufkraft in zweistelliger Milliardenhöhe von den Patienten direkt zu binden. Damit werden etwa 70 Prozent des Umsatzes einer Zahnarztpraxis mehr oder weniger privatisiert sein, weil die Leistungen nicht mehr ordnungsfähig sind. Diese Leistungen muss der Zahnarzt im Beratungs- und Preisgespräch verkaufen. An dieser Entwicklung hängen vielfältige Wirkungen: Der Zahnarzt unterliegt der allgemeinen konjunkturellen Entwicklung sowie den längerfristigen Trends in Wirtschaft und Gesellschaft. Die Leistungen der Praxis konkurrieren mit konsumtiven Dienstleistungen und Produkten. Neue Anforderungen der Patienten werden an die Praxis herangetragen. Dies beeinflusst nicht nur Qualität, Service, Sicherheit und die Leistungsfähigkeit. Der Patient wird in Zukunft auch nach Wirtschaftlichkeitsaspekten, die seinen Geldbeutel betreffen, beim Zahnarzt „einkaufen“. Kurzum, die veränderten Bedingungen bedeuten eine Entwicklung hin auf einen unternehmerischen Stand, den der Zahnarzt und seine Praxis aufweisen müssen. Dies erfordert jedoch eine gehörige Portion Augenmaß.

Neue Anforderungen

Zunächst gilt es, für die Zukunft eine Praxisstrategie mit Festlegung der Vision („wo wollen wir in fünf Jahren oder in zehn Jahren stehen“) vorzunehmen. Dies schließt auch das Geschäftsmodell der Praxis ein. („Was für eine Praxis wollen wir sein, z. B. Landpraxis, Sozialpraxis, spezialisierte Praxis, Praxis für Kinder, Praxis für alte Menschen, Praxis für... , Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis etc.“). Wenn diese Frage konsequent geklärt und fixiert ist, geht es um die Frage der Positionierung. Die Positionierung dient zum Distanzieren gegenüber Wettbewerbspraxen, um langfristige, sogenannte Erfolgspotenziale aufzubauen. Ziel ist die Herstellung einer (nach Möglichkeit unverwechselbaren) Identität der Praxis. Das betriebswirtschaftliche Instrumentarium dazu ist relativ einfach einzusetzen.

Profilierung

Schließlich muss noch die Ebene der Profilierung beachtet werden. Profilierungsinstrumente dienen der Erreichung der

zuvor festgelegten Positionierungsziele. Sie sollen dem Patienten die aus Sicht der Praxis angestrebte Stellung im Wettbewerb aufzeigen und damit auch das „Wie“ der Praxisstrategie beantworten. Der „Profilierungsraum“ hat drei Dimensionen mit den Achsen „Besonderheiten“ (anders als die übrigen Wettbewerberpraxen), „Kompetenzen“ (wo sind wir besser) und „Stärken“. Die Bewertungen der Praxis bestimmen dann die Stellung der Praxis als Koordinate. Im Wesentlichen sind dies die Ziele und grundlegenden unternehmerischen Wege sowie Anforderungen an jede Praxis. Ohne dieses Fundament, das gelegt werden muss, sind alle übrigen betriebswirtschaftlichen Instrumente, die von Standesorganisationen und „Beratern“ angepriesen werden, ohne Wirkung. Stattdessen sollten Instrumente des Beziehungsmanagements wie Kundengewinnung, Kundenbindung, Effizienzsteigerung, Umgang mit Beschwerden vermittelt werden. Auch das Thema der „Kontinuierlichen Verbesserung“ und das „Qualitätsmanagement“ müssen intensiviert werden. Insgesamt wird damit die marketingorientierte Führung zum entscheidenden Engpassfaktor. Die unternehmerischen Herausforderungen für den Zahnarzt lagen in der Vergangenheit in der fachlichen Kompetenz und den damit verbundenen Möglichkeiten, Patientengruppen durch positive Mundpropaganda an die Praxis zu binden. Seit Beginn der neunziger Jahre hat sich diese Ausrichtung sogar verstärkt. Mehr und mehr wurden Angebote indirekt über KZVen und Kammern an die Zahnärzteschaft herangetragen. Angeboten wurden

Hilfestellungen bei der Auswertung der Einnahme-Überschuss-Rechnungen, beim Aufbau einer Praxisorganisation, der Teamführung in der Praxis oder bei Kosten sparenden Maßnahmen. Sehr rasant hat sich das Angebot in den letzten fünf Jahren erweitert. Man möge nur einmal beispielhaft die Fortbildungsangebote der Kammern Münster oder Dresden durchforsten. Nahezu zur Hälfte bestehen diese aus betriebswirtschaftlichen Angeboten, für die sich selbst immer mehr Zahnärzte als Berater und Referenten empfehlen. Unter der Rubrik „freie Anbieter“ in den Zahnärztlichen Mitteilungen zu werden dann aber auch völlig fremdartige Themen angeboten, die den Zahnarzt zum echten Unternehmer „ausbilden“ sollen. Dabei handelt es sich oftmals um Anbieter, die die „Szene“ überhaupt nicht kennen und mangels unternehmerischer Begabung vermeintliche Nischen besetzen wollen, in denen dann plakative, aber völlig weltfremde Themen dem Zahnarzt empfohlen werden sollen. Was interessiert z. B. „neurolinguistisches Programmieren zur Kundengewinnung und Kundenbindung“, das gerne von Autverkäufern eingesetzt wird, oder eine strategisch ausgerichtete SWOT-Analyse, die tagelang dauern kann, um festzustellen was für eine Praxis strategisch eingeleitet werden soll, wenn dies selbst kaum angewendet wird. Zahnärzte, die sich auf ein derartiges Terrain wagen, sollten auf alle Fälle hinterfragen, ob diese Veranstaltungen bereits schon einmal durchgeführt wurden, ob dazu auch Referenzen vorliegen und welche Verkaufsabsichten die Berater selbst haben.

Notwendig oder nicht?

In Zukunft sollte das unternehmerische Wissen im Vordergrund stehen und nicht so sehr betriebswirtschaftliches Detailwissen. Also – statt Buchhaltungswissen und verkaufsbezogenes neurolinguistisches Programmieren besser Vertiefung im Controlling. Nicht notwendig für Zahnärzte sind auch Seminare und Veranstaltungen, die spezielles Fachwissen vermitteln wollen. Dazu zählen Buchführung, Teile des Controllings und Aspekte der Patientenzufriedenheit, die Zahnärzten und Mitarbeiterinnen in wenigen Stunden beigebracht werden sollen und damit nur Halbwissen und Frustration erzeugen. Auch gehören viele Bereiche der Unterstützung von Führungswissen verbannt. Wichtig ist eine ganzheitliche Ausrichtung der Praxis an Visionen und Zielen für die Zukunft. Dar- aus Konzepte mit den Mitarbeitern oder Partnern zu entwickeln, gehört ebenso dazu, wie offen zu sein für Veränderungen, den Wandel zu akzeptieren und ihn aus der Sicht der einzelnen Praxis aktiv zu beeinflussen. Wer seine Ideen, Ziele und Visionen umsetzen will, sollte dies stets mit unternehmerischer Denkweise tun, nicht mit rein betriebswirtschaftlich isoliertem Fachwissen. Viel wirksamer ist es Kommunikation in seiner Praxis hinsichtlich der Patienten zu praktizieren und den Kundennutzen in den Vordergrund zu stellen. Einfach ist es auch, selbst Freundlichkeit und Höflichkeit Patienten gegenüber zu vertiefen und seine Mitarbeiter darin selbst zu schulen.

*Prof. Dr. Helmut Börkircher
Quelle: ZBW 6/2010*

– Anzeige –

Steuerberatung speziell für ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE

Joachimstraße 3
30159 Hannover

Telefon 05 11 98 93 80
Fax 05 11 98 93 830
info@koch-kollegen.de
www.koch-kollegen.de



Koch & Kollegen
Steuerberatungsgesellschaft mbH

Praxisausfallversicherung – steuerliche Behandlung



Foto: © fotolia.com

Der Bundesfinanzhof hat klargestellt, dass es für die Zuordnung einer Versicherung zur Berufs- oder zur Privatsphäre entscheidend auf die Art des versicherten Risikos ankommt. Im Streitfall hatte das Gericht eine sog. Praxisausfallversicherung zu beurteilen. Die gerichtliche Entscheidung und die sich daraus ergebenden steuerlichen Konsequenzen sind nachfolgend dargestellt.

Während angestellte Mediziner durch Lohnfortzahlung und Krankengeld umfassend abgesichert sind, müssen freiberuflich tätige Ärzte selbst für den Fall vorsorgen, dass sie durch Krankheit oder Unfall zeitweilig ihren Beruf nicht ausüben können. Während dieser Zeit müssen nicht nur die privaten Ausgaben bestritten werden, sondern es fallen auch diverse Praxiskosten weiterhin an.

In den vergangenen Jahren hat die Versicherungswirtschaft vermehrt Praxisausfallversicherungen vertrieben. Wird der Praxisinhaber krankheitsbedingt arbeitsunfähig, werden die Praxisräume durch Brand, Wassereintritt u. Ä. zerstört oder schließt die Ordnungsbehörde die Praxis aus gesundheitspolizeilichen Gründen (Quarantäne), dann fallen Honorareinnahmen weg, die fixen Kosten (Personalaufwand, Praxismiete, Zinsen usw.) laufen jedoch weiter. Die Praxisausfallversicherung ersetzt die durch die genannten Ereignisse verursachten Vermögensschäden. Das Produkt wird in vielfältigen Modifikationen angeboten. So kommt z. B. der Ausschluss von Sachgefahren (etwa Brand- und Wasserschäden) in Betracht. Soweit die Pra-

xisausfallversicherung das Risiko Krankheit abdeckt, ähnelt sie der privaten Krankengeldtagsversicherung.

In mehreren Entscheidungen hat der Bundesfinanzhof jetzt klargestellt, dass die Zuordnung einer Versicherung zum Betriebs- oder Privatvermögen von der Art des versicherten Risikos abhängt. Die Absicherung gegen betriebliche Risiken führt grundsätzlich zum Betriebsausgabenabzug der Prämie und zur Steuerbarkeit der Versicherungsleistung. Betrifft die Versicherung dagegen ein privates Risiko, dann ist diese dem Lebensführungsbereich zuzuordnen mit der Folge, dass die Prämien allenfalls als Sonderausgaben abgezogen werden können.

Soweit die Praxisausfallversicherung nicht spezielle betriebspezifische Gefahren wie etwa Berufskrankheiten oder Arbeitsunfälle abdeckt, sondern allgemein Schutz gegen Krankheit und Unfall bietet, handelt es sich bei ihr nicht um eine betriebliche Versicherung. Für die steuerliche Einordnung der Versicherung ist nicht relevant, dass ein Schaden ersetzt wird, der in den fortlaufenden Betriebskosten besteht, da nicht auf den versicherten Schaden abgestellt wird, sondern maßgeblich ist die versicherte Gefahr. Prämien für die Praxisausfallversicherung, soweit sie das allgemeine Krankheitsrisiko abdeckt, können somit nicht als Betriebsausgaben angesetzt werden. Im Gegenzug sind die Versicherungsleistungen aber auch nicht als Betriebseinnahmen zu erfassen und bleiben deshalb steuerfrei. Soweit die Praxisausfallversicherung eine Quarantäne oder andere berufliche Gefahren abdeckt,



*Dr. Jörg Schade,
Dipl.-Kfm.,
Steuerberater und
Wirtschaftsprüfer.*



*Detlef Gleitze,
Dipl.-Finanzwirt (FH),
Steuerberater.*

Fotos: BUST

sind die Prämienzahlungen, da ein betriebliches Risiko abgesichert wird, als Betriebsausgaben in der Gewinnermittlung anzusetzen. Kommt es insoweit zu Versicherungsleistungen, so sind diese als Praxiseinnahmen der Besteuerung zu unterwerfen.

Soweit eine bestehende Praxisausfallversicherung sowohl betriebspezifische Gefahren als auch nicht betriebspezifische Gefahren abdeckt, so lassen Sie sich von Ihrer Versicherungsgesellschaft bitte jährlich schriftlich bestätigen, wie hoch der Anteil der Versicherungsprämie ist, der auf den betriebspezifischen Teil der Versicherung (d. h. die Versicherung von Risiken wie beispielsweise Schließung aufgrund von Quarantäne) entfällt. Ihr Steuerberater kann dann diesen Betrag als Betriebsausgaben steuermindernd geltend machen.

*Dr. Jörg Schade
Detlef Gleitze*

*BUST-Steuerberatungsgesellschaft mbH,
Hannover*

Bundesverwaltungsgericht bestätigt Widerruf der ärztlichen Approbation wegen Falschabrechnung gegenüber Privatpatienten



Foto: BVerwG

Erweist sich ein Arzt oder Zahnarzt während seiner beruflichen Tätigkeit als unzuverlässig oder unwürdig, kann seine Approbation widerrufen werden. Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) befasste sich mit Beschluss vom 27.10.2010 (Az.: 3 B 61.10) mit dem Widerruf einer Approbation eines Arztes, welcher wegen Betruges in 272 zusammenhängenden Fällen gegenüber Privatpatienten einen Strafbefehl über eine Geldstrafe in Höhe von 270 Tagessätzen erhalten hatte.

Strafverfahren und Widerruf der Approbation

Gegen einen Arzt wurde ein Ermittlungsverfahren geführt. Es wurde ihm vorgeworfen, Privatpatienten gegenüber mit einem zu hohen Gebührensatz abgerechnet zu haben. Für insgesamt 272 zusammenhängende Fälle akzeptierte er einen Strafbefehl über eine Geldstrafe in Höhe von 270 Tagessätzen zu je 180 €, d. h.

insgesamt 48.600 €. Die Approbationsbehörde nahm diesen Strafbefehl zum Anlass und widerrief die Approbation wegen Unzuverlässigkeit und Unwürdigkeit. Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (VGH) stützte mit Urteil vom 28.04.2010 (Az.: 21 BV 09.1993) den Widerruf.

Mit Beschluss vom 27.10.2010 wies das BVerwG die Beschwerde wegen Nichtzulassung der Revision zurück, weil der Fall keine grundsätzliche Bedeutung aufweise.

Keine Doppelahndung

Die Frage einer Doppelahndung stelle sich nicht, weil der Widerruf der Approbation keine weitere Bestrafung des Klägers sei, sondern eine Maßnahme zur Abwehr der Gefahren, die von der Tätigkeit eines unzuverlässigen oder zur Berufsausübung unwürdigen Arztes ausgingen.

Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit?

Der Widerruf der Approbation sei im Lichte des Grundrechts der Berufsaus-

übungsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) nur dann gerechtfertigt, wenn der mit dem Ausschluss des Betroffenen von einer weiteren Berufsausübung bezweckten Abwehr von Gefahren für das Gemeinwohl ein Gewicht zukomme, das in einem angemessenen Verhältnis zu der Schwere des damit verbundenen Grundrechtseingriffs stehe. Das BVerwG betonte, dass diesem schon bei der Auslegung des Begriffes der Unzuverlässigkeit hinreichend Rechnung getragen werden müsse, um das Übermaßverbot zu wahren.

Das Gericht wies darauf hin, dass im Falle des Vorliegens der obengenannten Voraussetzungen für einen Widerruf sich die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme aus der vom Gesetzgeber selbst getroffenen Wertung ergebe. Das BVerwG bezieht sich in diesem Zusammenhang auf sein Urteil vom 28.04.2010 (Az.: 3 C 22.09) mit welchem das Gericht einem Logopäden wegen sexuellen Missbrauchs eines Kindes die Berufserlaubnis widerrufen hatte. Im konkreten Fall seien vom VGH die Umstände des Einzelfalls, namentlich die ►►

- » Höhe des angerichteten Schadens, die Länge des Zeitraums, in denen es zu den betrügerischen Abrechnungen gekommen sei sowie die Gründe für die Beendigung dieser Handlungen in den Blick genommen worden. Auch seien gleichfalls entlastende Umstände bedacht, ihnen aber kein maßgebliches Gewicht beigemessen worden. Insoweit sei die Entscheidung des VGH nicht zu beanstanden.

Prognostische Entscheidung erforderlich

Der Kläger hatte gegenüber dem BVerwG eingewandt, das Berufungsgericht habe ohne substantielle Begründung apodiktisch behauptet, nach einer strafrechtlichen Verurteilung wegen Abrechnungsbetruges sei der Arzt stets als unzuverlässig zu betrachten. Dem widersprach das BVerwG und betonte, dass eine prognostische Entscheidung getroffen werden müsse. Es seien Tatsachen erforderlich, die die Annahme rechtfertigen, der Arzt werde in Zukunft die Vorschriften und Pflichten nicht beachten, die der Beruf mit sich bringe. Auch hier komme es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an, ob der Betroffene willens oder in der Lage sein werde, künftig seine beruflichen Pflichten zuverlässig zu erfüllen. Abzustellen sei – wie auch schon in der bereits zitierten Entscheidung festgestellt – auf den Zeitpunkt der letzten Entscheidung der Behörde sowie sein vor allem durch die Art, die Schwere und die Zahl der Verstöße gegen die Berufspflichten manifest gewordener Charakter.

Im konkreten Fall hatte der Arzt seine privatärztliche Tätigkeit vollständig eingestellt. Das BVerwG wies jedoch darauf hin, dass er nach wie vor im vertragsärztlichen Bereich tätig sei und auch hier mit Abrechnungen zu tun habe. Die Gefahr einer Falschabrechnung bestehe somit weiterhin.

Da bereits der Widerrufgrund der Unzuverlässigkeit gegeben war, komme es nach Ansicht des Bundesverwaltungsgerichtes nicht darauf an, ob auch der Widerrufgrund der Unwürdigkeit vom Berufungsgericht zutreffend beantwortet wurde.

Widerruf und Neuerteilung der Approbation

Der Arzt hatte in diesem Verfahren angekündigt, dass er für den Fall, dass das Gericht den Widerruf der Approbation bestä-

**Dr. Marc Sieper,
Rechtsanwalt und
Fachanwalt für
Medizinrecht.**



Foto: rpmed

tigt, zu gegebener Zeit einen Antrag auf Neuerteilung der Approbation stellen wolle. Im Rahmen eines solchen Antragsverfahrens müsse das Wohlverhalten des Arztes nach Widerruf berücksichtigt werden.

Da die Behörde hier auf den Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens – d. h. den Erlass des Widerspruchsbescheides – abstelle, würde letztendlich die Wahrnehmung seiner berechtigten Interessen, sich gegen die Entscheidung zu wehren, dazu führen, dass der Wohlverhaltenszeitraum nach hinten geschoben werde. Dies habe zur Folge, dass er erst später einen Antrag auf Neuerteilung der Approbation stellen könne.

Diesen Einwand ließ das BVerwG nicht genügen. Zum einen müssten bei einem Antrag auf Wiedererteilung der Approbation auch Umstände berücksichtigt werden, die vor Antragstellung gegeben seien. Zum anderen beträfe die Frage, ob als Bewährungszeit für eine spätere Wiedererteilung nur der Zeitraum ab Bestandskraft in Betracht komme, nicht die Rechtmäßigkeit des Widerrufs als solche.

Zusammenfassung

Die vorliegende Entscheidung des BVerwG führt eindringlich vor Augen, dass vorsätzliche Falschabrechnungen in erheblichem Umfang die Unzuverlässigkeit des Arztes in seiner Berufsausübung nahe legen können, obwohl hier nur mittelbar die eigentliche ärztliche Tätigkeit am Patienten betroffen ist. Approbationsbehörden werden in diesen Fällen prüfen, ob die Approbation widerrufen werden soll,

was für den Arzt mit erheblichen Konsequenzen verbunden ist. Dies gilt auch dann, wenn sich die strafrechtliche Sanktion noch in einem vertretbaren Rahmen befindet. Die im konkreten Fall verhängte Geldstrafe von 270 Tagessätzen entspricht neun Monaten Haft.

Der Arzt hatte gegen die Geldstrafe im Rahmen eines Strafbefehls keinen Einspruch eingelegt. Ein Strafbefehl „verlockt“ dazu, akzeptiert zu werden, da auf diese Weise die mündliche Verhandlung vor dem Strafgericht unterbleibt, in der der Arzt mit seinen Patienten als Zeugen konfrontiert werden kann. Dies ist aber wohl abzuwägen. Der Strafbefehl steht einem Urteil gleich, so dass sich der Arzt im anschließenden Verfahren über den Widerruf der Approbation nicht auf den Standpunkt stellen kann, der Vorwurf sei unberechtigt.

*Dr. Marc Sieper, Mag. rer. publ.
Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht
Rechtsanwälte Ratajczak & Partner
Posener Str. 1
71065 Sindelfingen
www.rpmed.de
sieper@rpmed.de*

Foto: www.photocase.de

Aktuelle Urteile aus der Arbeitswelt

Kündigung: Mit der Klage gegen unwirksame Entlassung nicht zu viel Zeit lassen

Wird einem Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber nur mündlich – und damit rechtlich unwirksam – gekündigt, so braucht er nicht die sonst übliche Frist von drei Wochen für die Kündigungsschutzklage einzuhalten. Zu viel Zeit darf er sich aber nicht lassen, so das Landesarbeitsgericht (LAG) Berlin-Brandenburg. (Hier wehrte sich ein „ausgeschiedener“ Mitarbeiter erst sieben Monate nach dem Ausspruch der „formunwirksamen“ Kündigung – nach Ansicht des Gerichts zu spät. Das LAG: Der Arbeitnehmer ist nach Treu und Glauben verpflichtet, etwaige Angriffe gegen eine mündliche Kündigung in angemessener Frist vorzubringen. Die Überlegungszeit ist mit sechs Wochen nach dem Zugang der Kündigung als angemessen anzusehen. In diesem Fall kam hinzu, dass der Arbeitnehmer die Beendigung seines Arbeitsverhältnisses vorher „hingegenommen“ hatte, weil er mehrfach „seine Papiere“ verlangt hatte, so dass sich sein Ex-Arbeitgeber nicht mehr auf eine weit später eingelegte Klage habe einstellen müssen.) (LAG Berlin-Brandenburg, 25 Ta 1628/10)

Kündigung: Während der Probezeit möglichst wenig schwitzen...

Einem Arbeitgeber ist es ohne weiteres erlaubt, einem Mitarbeiter, der sich noch in der Probezeit befindet, „wegen dessen Körpergeruchs sowie seines ungepflegten Äußeren“ zu entlassen. Das Arbeitsgericht Köln sah darin keine „willkürliche“ Kündigung, die auch während der Probezeit nicht erlaubt wäre. Zudem habe der Arbeitgeber dem neuen Beschäftigten in zwei Gesprächen die Chance gegeben, sich den betrieblichen Gepflogenheiten anzupassen, nämlich sein ungepflegtes Äußeres zu verändern. (ArG Köln, 4 Ca 10458/09)

Aktuelle Urteile aus dem Steuerrecht

Steuerrecht/Internetrecht: Vom Profit aus verkaufter Domain profitiert der Fiskus nicht

Der Erlös aus dem Verkauf einer Internet-Domain unterliegt nicht der Einkommensteuer, wenn dies außerhalb der einjährigen Spekulationsfrist geschieht und der Verkäufer nicht gewerblich handelt. Dies hat das Finanzgerichts Köln entschieden. Ein Mann hatte bei der DENIC eine Internet-Domain registrieren lassen und diese für 7,50 Euro verkauft. Das Finanzamt sah hierin eine zu besteuermde „sonstige Leistung“. Denn der Verkäufer habe gegen Zahlung eines Entgelts auf seine Nutzungsmöglichkeit der Domain verzichtet. Dem ist das Gericht nicht gefolgt. Eine „sonstige Leistung“ setze voraus, dass der Kläger aus einem eigenen Recht die Domain fortlaufend überlasse. Nach den Vertragsbedingungen der DENIC bedürfe die Übertragung einer Domain jedoch der Kündigung des bisherigen Registrierungsvertrags. Damit habe der bisherige Inhaber sein Recht daran endgültig verloren. (FG Köln, 8 K 3038/08)

Steuerrecht: Der Fiskus hilft mit bei der Gartenpflege

Vermieter dürfen Aufwendungen für die Gartenpflege als Betriebsausgabe steuermindernd absetzen, wenn der Garten auch den Mietern zur Verfügung steht, weil davon auszugehen ist, dass ein gepflegter Garten am Haus unterm Strich (wegen höherer Mieteinnahmen) höhere Steuern einbringt. (Bundesfinanzhof, IX R 80/90)

Aktuelle Urteile aus dem Sozialrecht

Opferentschädigungsgesetz: Rechtsunkenntnis bringt rückwirkend kein Geld

Ist einer Frau während eines Überfalls mehrmals in das Bein geschossen worden und erfährt sie erst zehn Jahre nach der Tat, dass sie Ansprüche aus dem Opferentschädigungsgesetz geltend machen kann, so ist ihr nicht für den gesamten Zeitraum rückwirkend eine Zahlung zuzubilligen. Das Gesetz regelt eindeutig, dass ein Antrag innerhalb eines Jahres nach der Tat gestellt werden muss, um „lückenlos“ Leistungen zu beziehen. Nur wenn das Opfer unverschuldet daran gehindert wäre, die Leistung zu beantragen, könne anderes gelten – Rechtsunkenntnis begründe keine rückwirkende Zahlung, so das Hessische Landessozialgericht. Vom Tag der Antragstellung an stehe die Zahlung jedoch zu. (Hessisches LSG, L 4 VE 11/10)

Sozialrechtsverfahren: Eine Anhörungsrüge muss innerhalb von zwei Wochen eingehen

Wer an einem sozialgerichtlichen Verfahren beteiligt ist und es verloren hat, der kann eine so genannte Anhörungsrüge erheben, wenn das Gericht seinen Anspruch auf rechtliches Gehör „in entscheidungserheblicher Weise verletzt hat“ und andere Rechtsmittel gegen die Entscheidung nicht gegeben sind. Eine solche Anhörungsrüge müsse – laut Landessozialgericht Berlin-Brandenburg – innerhalb von zwei Wochen nach Kenntnis von der Verletzung des rechtlichen Gehörs erhoben werden. Diese Zwei-Wochen-Frist ist zwingend einzuhalten. (LSG Berlin-Brandenburg, L 25 AS 146/09)

In jüngerer Zeit ist in den Medien aber auch an zahnärztlichen Stammtischen oft davon zu lesen bzw. zu hören, der neue Personalausweis (nPA) könne geplante Funktionen des elektronischen Heilberufsausweises (HBA) im Zusammenhang mit den Kartenlesegeräten in den (zahn-)ärztlichen Praxen übernehmen. In einer ihrer Jour-fixe-Ausgaben „Telematik“ hat die Abteilung „Telematik“ der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) über die Abgrenzung des nPA gegenüber dem HBA berichtet. Zur Nutzung der Funktionen ist demnach ein kontaktloses Chipkartenlesegerät erforderlich. Es wurde dabei auch auf Kombinationsgeräte eingegangen, die sowohl Informationen aus kontaktlosen Karten als auch aus solchen mit Chips, die einen Kontakt zum Lesegerät benötigen, auslesen. Solche Geräte sind demnach nicht

identisch mit dem im sogenannten „Basispaket“ ausgelieferten, sondern müssen bei Bedarf separat bestellt und bezahlt werden und werden dem Beitrag nach aller Voraussicht teuer sein. In diesem Zusammenhang weist die Telematik-Abteilung zusätzlich darauf hin, dass es sich bei der im nachfolgenden Artikel getroffenen Aussage „Die künftigen Generationen der elektronischen Gesundheitskarte und der Heilberufsausweise werden voraussichtlich ebenfalls die kontaktlose Schnittstelle verwenden...“ um eine Prognose des Autors handelt. Diesbezügliche Planungen der gematik oder Heilberufsorganisationen sind der Abteilung „Telematik“ der KZBV nicht bekannt und dürften nach deren Einschätzung auch in den nächsten Jahren nicht aufkommen.

Die Redaktion

Elektronischer Personalausweis:

Sicherer Weg in die digitale Welt

Was der neue Personalausweis leistet und warum er den elektronischen Heilberufsausweis nicht ersetzen kann

Wer einen neuen Personalausweis benötigt, erhält seit dem 01. November 2010 den neuen elektronischen Personalausweis (nPA) in den Einwohnermeldeämtern. Bestehende Personalausweise bleiben bis zum jeweiligen Laufzeitende gültig, so dass in spätestens zehn Jahren alle Bundesbürger mit dem neuen Personalausweis ausgestattet sein werden. Ein vorzeitiger Austausch ist jederzeit möglich. Der nPA wird vor allem eingeführt, um die Fälschungssicherheit zu erhöhen und um den Personalausweis auch zur Identifikation in der elektronischen Welt verwenden zu können.

Damit hält eine Reihe von neuen hoheitlichen (staatlichen) und nichthoheitlichen Funktionen Einzug. Doch auch im gewohnten Umgang mit dem Personalausweis sind Änderungen erforderlich. Rein äußerlich fällt das geldbörsenfreundlichere Chipkartenformat des nPA direkt ins Auge. Der nPA ist aus stabilem Polycarbo-

nat und wird von der Bundesdruckerei produziert. Neu sind die Aufnahme der Postleitzahl im Anschriftenfeld sowie die Wiederaufnahmemöglichkeit von Ordens- und Künstlernamen auf der Ausweiserückseite.

Besonderheiten des nPA

Im Gegensatz zu anderen Mikroprozessorchipkarten, wie EC- oder Kreditkarten, elektronischen Gesundheitskarten und elektronischen Heilberufsausweisen, besitzt der nPA keinerlei Chip-Kontaktfläche. Der Ausweis ist eine Kontaktloskarte, das heißt, die elektronische Kommunikation zwischen dem Lesegerät und dem im Inneren des nPA enthaltenen Chip läuft über eine im Kartenkörper eingelassene Antenne mittels Nahfunk. Hierüber wird der Chip zudem durch elektromagnetische Induktion mit Strom versorgt. Der nPA verwendet dieselbe RFID-Technologie (radio-frequency identification) wie der elektronische Reisepass, der ebenfalls einen Funkchip enthält.



» mit auch jeder elektronische Arztausweis (eArztausweis) – bietet immer die Möglichkeiten zur qualifizierten elektronischen Signatur sowie – im Gegensatz zum nPA – der sicheren Ver- und Entschlüsselung. Darüber hinaus sind mit dem eHBA der Offline-Zugriff auf die geschützten Notfalldaten der elektronischen Gesundheitskarte und die Abbildung von Berufsgruppenberechtigungen möglich. Diese Funktionalitäten bietet der nPA naturgemäß nicht. Wie der nPA kann der eArztausweis grundsätzlich für die Authentifizierung in verschiedenen Systemen verwendet wer-

den, allerdings nicht auf Basis der eID-Funktionalität, sondern mittels der standardmäßig auf dem eArztausweis enthaltenen X.509-Zertifikate.

Der eArztausweis unterstützt – im Gegensatz zum neuen Personalausweis – ebenfalls die Stapel- und Komfortsignaturen gemäß den Anforderungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) sowie die Konzepte zur entfernten PIN-Eingabe. Das heißt, der Arzt müsste für den Einsatz des nPA diesen stets bei sich tragen, da eine entfernte Auslösung einer Signatur aus jedem belie-

bigen Behandlungszimmer nicht möglich ist. Zudem muss beim nPA für jede Signatur zusätzlich zur Signatur-PIN stets auch die Karten-PIN (zur Absicherung der Funkchnittstelle) eingegeben werden. Diese zweifache PIN-Eingabe ist für die Prozesse in einer Arztpraxis nicht zumutbar. Schließlich ist auch kein Ersatzkartenkonzept mit dem nPA möglich, da ein Bürger nicht mehrere gleichzeitig aktive Personalausweise besitzen kann. Auch ein künftig notwendiger Daten- und Berechtigungserhalt ist nur unter enormen Aufwand mit dem nPA umsetzbar.

Elektronische Funktionen des neuen Personalausweises

- **Hoheitliche Biometriefunktion:** Wie der bisherige Personalausweis enthält auch der neue Personalausweis (nPA) biometrische Daten, wie die Unterschrift, Größe und Augenfarbe sowie ein Passbild für die Funktion als Sichtausweis. Das Gesichtsbild und – freiwillig für den Bürger – auch Fingerabdrücke werden zusätzlich in elektronischer Form auf dem Ausweis abgelegt. Sämtliche im Chip gespeicherten biometrischen Daten stehen ausschließlich für die hoheitliche Funktion des nPA zur Verfügung. Für den gesicherten Zugriff auf diese Daten sind spezielle Geräte und kryptografische Verfahren (hoheitliche Berechtigungszertifikate) für die zugreifenden Instanzen nötig, mit denen sichergestellt wird, dass nicht unbefugt auf diese Daten zugegriffen wird. Die Eingabe einer PIN durch den Bürger ist für den hoheitlichen Zugriff nicht nötig. Um ein für den Bürger unbemerktes Auslesen zu verhindern, muss die sogenannte Zugangsnummer von der nPA-Vorderseite durch den Behördenmitarbeiter eingegeben werden. Nur das Gesichtsbild wird dezentral in den ausgebenden Einwohnermeldeämtern gespeichert. Sämtliche anderen biometrischen Daten werden nur auf dem Ausweis selbst – und nicht zentral – abgelegt.
- **Signaturfunktion:** Optional bietet der nPA seinem Inhaber auch die Möglichkeit, eine qualifizierte elektronische Signaturfunktion (QES) kostenpflichtig von einem der am Markt verfügbaren Zertifizierungsdiensteanbieter über ein On-

line-Verfahren auf den nPA nachzuladen beziehungsweise zu aktivieren. Für die Nutzung der QES ist eine gesonderte 6-stellige PIN, die Signatur-PIN, einzugeben. Diese ist jederzeit veränderbar und muss bei Aktivierung vom Bürger auf eine gewünschte PIN gesetzt werden.

- **Online-Ausweisfunktion:** Der elektronische Identitätsnachweis („eID-Funktion“) ist sowohl online als auch offline und nur nach PIN-Autorisation durch den Bürger nutzbar. Auch diese PIN ist 6-stellig und jederzeit änderbar. Nach mehrfacher PIN-Falscheingabe ist die eID-Funktion blockiert und kann mittels der „Zugangsnummer“ wieder freigeschaltet werden. Die Nutzung der eID-Funktion ist freiwillig. Die Funktion kann in den Meldeämtern jederzeit (auch nachträglich) an- oder abgeschaltet werden. Das Abschalten ist kostenfrei, das nachträgliche Anschalten kostet circa sechs Euro. Die eID-Funktion dient dem Identitätsnachweis, also der Authentifikation des Bürgers etwa im Internet beziehungsweise im elektronischen Geschäftsverkehr und im Umgang mit Behörden (eBusiness, eFinanzservice, eGovernment). Denkbar ist aber auch, dass der elektronische Identitätsnachweis für die Zugangskontrolle zu geschlossenen IT-Domänen (etwa Krankenhausinformationssystemen) oder für die Zugangskontrolle in Krankenhäusern eingesetzt wird. Hierfür müssen die Unternehmen lediglich ein Zertifikat bei der Vergabestelle für Berechtigungszertifikate, einer

Organisation des Bundesverwaltungsamtes, erwerben und die berechtigten Personalausweise in das Identitätsmanagement der Zugangssysteme integrieren.

Die Lösung mit der direkt vom Personalausweis interpretierten Berechtigungszertifikate ist datenschutzfreundlich im Sinne der Datensparsamkeit ausgestaltet worden, da hiermit der Bürger die Möglichkeit erhält, gezielt nur die für den Anwendungsfall relevanten Informationen zu übertragen. Dies bedeutet beispielsweise, dass der nPA zur Altersverifikation im Internet oder an Automaten eingesetzt werden kann und ausschließlich dem amtlich gesicherten Altersnachweis („ist älter als 18“) dient, ohne sonstige Informationen (wie das genaue Geburtsdatum) zu übermitteln. Auch pseudonyme Kennungen sind realisierbar, wobei diese dienst- und kartenspezifisch generiert werden. Damit lässt sich sicherstellen, dass ein Dienstanbieter nur den „Nachweis der selben Identität“, ohne Zusatzinformationen, erhält und keine weiteren Informationen miteinander verketten kann. Im Rahmen der Vergabe der Berechtigungszertifikate muss der potenzielle Dienstanbieter begründen, warum er auf welche Informationselemente (Name, Vorname, Geburtsdatum) zugreifen will. Nur diese werden dem Bürger im elektronischen Dialog mit dem Dienstanbieter angezeigt, und der Bürger kann auch gezielt die Übertragung einzelner Elemente „verweigern“.



Kartenleser mit eigenem Pin-Pad (Zifferneingabefeld) zur Eingabe der PIN bieten ein hohes Maß an Sicherheit.

gentlichen Mehrwert zum derzeitigen Personalausweis dar. Nachbesserungsbedarf besteht auch für die Anzeige der vorhandenen optionalen Funktionalitäten des nPA bei seiner Verwendung gegenüber den Dienst Anbietern. Diese können nicht sicher davon ausgehen, dass die Signatur tatsächlich unterstützt wird. Dies hat zur Folge, dass elektronisch initiierte Vorgänge dann doch unterbrochen werden (zum Nachladen der Signatur) oder papierbasiert fortgeführt werden müssen. Ein Nachteil ist auch, dass keine Verschlüsselungsfunktion mit dem nPA angeboten wird.

Ob und inwiefern dieses Angebot und die damit verbundenen Möglichkeiten sowohl von den Bürgern als auch von den Anwendungs- und Dienst Anbietern angenommen werden, ist derzeit noch nicht abzuschätzen. Sichtbar ist bereits jetzt, dass die 2005 gestartete „eCard-Initiative“ des Bundes weiter fortschreitet, die Infrastrukturen aufgebaut werden und die öffentlichen Verwaltungen zunehmend auf elektronische Verfahren umstellen werden.

Beispielhaft sei hier das Bürgerportal der Stadt Hagen erwähnt (www.hagen.de), über das mittels nPA zum Beispiel verschiedene Formulardienste oder die Anforderung von Urkunden und Führungszeugnissen genutzt werden können. Selbstbedienungsterminals (eKioske) oder die Nutzung von Dienstleistungen über das Internet sind angedacht. Die Kfz-Zulassung, direkt vom Autohändler aus mit dem nPA, wird bereits erprobt. In den vergangenen Monaten lief ein größerer Feldtest mit mehr als 200 Unternehmen und 27 Behörden. Laut Auskunft des Bundesministeriums des Innern sind alle Teilprojekte, unter anderem auch das zentral aufzubauende Sperrmanagement für gestohlene oder verlorene Ausweise, im Plan. Es ist aber davon auszugehen, dass die Feldtests auch weiterhin fortgeführt werden und eine Vielzahl weiterer (gewerblicher und behördlicher) Anbieter die nichthoheitliche eID-Funktion des nPA in ihre Dienstleistungen integrieren werden.

*Dipl.-Ing. Dirk Schladweiler,
Leiter Projektbüro elektronischer
Arzt ausweis im Telematik-Dezernat
der Bundesärztekammer*

*Informationen:
www.personalausweisportal.de
(Quelle: Bundesministerium des Innern)
Quelle: Deutsches Ärzteblatt Nr. 4/2010*

Fotos: BfW, ddp, images

Die künftigen Generationen der elektronischen Gesundheitskarte und der Heilberufsausweise werden voraussichtlich ebenfalls die kontaktlose Schnittstelle verwenden, allein wegen der physischen Robustheit. Die kryptografische Absicherung der Funkschnittstelle ist jedenfalls als sehr hoch anzusehen und, laut BSI, für die zehnjährige Laufzeit der Personalausweise ausreichend. Damit ist auch davon auszugehen, dass eine Verlängerung der Laufzeit der eArzt ausweise von heute fünf Jahren denkbar ist.

Sowohl nPA als auch eHBA sind hochsichere Werkzeuge, die nicht für sich allein, sondern erst in Kombination mit sinnvollen Anwendungen und Diensten Mehrwerte und Synergien und eine Erhöhung der Sicherheit bieten können. Beide Ausweise sind auf eine dahinterliegende Infrastruktur angewiesen, deren bundesweiter Aufbau mühsam und langwierig ist und die eigentliche Herausforderung darstellt. Stehen die Komponenten und Infrastrukturen zur Verfügung, ist eine anwendungsübergreifende Interoperabilität realisierbar, die es ermöglicht, dass sich die Nutzer immer mittels derselben sicherheitsevaluierten Komponenten und Ver-

fahren authentifizieren und nicht für jede Anwendung proprietäre Verfahren, wie Username/Passwort, realisiert werden müssen.

Es wäre also vermeidbar, dass eine Vielzahl schwacher Passwörter, „gemeinsame Username/Passwort-Kombinationen“ für komplette Krankenhausstationen oder Post-It's am Monitor vielerorts den Status quo im Gesundheitswesen darstellen, und auch die Nachvollziehbarkeit von Datenzugriffen ließe sich damit im Sinne des Datenschutzes wesentlich erhöhen. Damit diese gelebte Bequemlichkeit nicht als Argument gegen die Datensicherheit greift, stehen die Anwendungs- und Dienstentwickler vor der Herausforderung, die kartenbasierten Abläufe praktikabel für den Alltag zu gestalten.

Bewertung und Ausblick

Als hinderlich für die Akzeptanz des neuen Ausweises könnte sich erweisen, dass dieser lediglich optional mit einer elektronischen Signaturfunktion ausgestattet ist, denn diese stellt als Willenserklärung im Geschäfts- und Rechtsverkehr und im Umgang mit Behörden letztlich den ei-



Die Euro-Dämmerung

Foto: © LianeM/fotolia.com

Mit der Abschaffung der Stabilitätskriterien wurde die Gemeinschaftswährung zum Risiko. Es ist gerade in Deutschlands Interesse, über Alternativen nachzudenken.

„Herr Henkel, was wollen Sie eigentlich?“, werde ich immer wieder gefragt, seit mein Buch „Rettet unser Geld!“ erschienen ist. „Wozu brauchen wir eine Änderung beim Euro, wo es unserer Wirtschaft doch so prächtig geht?“ Und jedes Mal fühle ich mich an jenen Mann erinnert, der aus einem Hochhaus springt und im Fallen meint, dass man sich von den Risiken doch übertriebene Vorstellungen macht. Leider sind wir es, die stürzen, seit im Mai 2010 der Brüsseler Rettungsschirm beschlossen wurde. Und keiner bei uns will wahrhaben, dass irgendwann der Moment kommen wird, den man im Englischen „hit bottom“ nennt. Wir sind gerade von einer Währungsunion in eine Transferunion gesprungen; unten am harten Boden wartet die Inflation. Gerade unsere politische Klasse scheint davor krampfhaft die Augen zu verschließen. Nicht zufällig hat ihr der Schweizer Ökonom Charles Blankart jüngst attestiert, sie habe „Angst vor der Wirklichkeit“ – der wohl fatalste Vorwurf, den man Politikern machen kann. Welche Krise?, fragt man in Berlin mit Unschuldsmiene. Als sich die EU die Ab-

schaffung der Maastricht-Kriterien und der „No-bail-out-Klausel“ einfallen ließ, was einem Frontalangriff auf deutsche Interessen gleichkam (wir hatten diese Sicherungen schließlich durchgesetzt), lächelte Angela Merkel ihr Debakel mit der Bemerkung weg, der Rettungsschirm sei „alternativlos“. Gut gebrüllt, Löwin. Nur leider hatte sie nicht hinzugefügt, für wen: Alternativlos war das Milliarden-Notopfer, das dem deutschen Steuerzahler und seinen Kindern aufgebrummt wurde, nur für Europas Schuldenkönige, die demnächst vor unseren Finanztöpfen Schlange stehen. Jede andere Alternative wäre besser gewesen als der sogenannte Rettungsschirm, der in Wahrheit eine gigantische Umverteilungsanlage von Wohlstand ist. Eigenartig, dass die Presse, die sich auf ihre Unabhängigkeit so viel zugutehält,

das Märchen von der Alternativlosigkeit schluckte. Als ich in „Rettet unser Geld!“ eine Alternative vorzuschlagen wagte, die uns Deutschen ausnahmsweise nicht schaden, sondern nutzen würde, haben viele Medien die große Ironiekeule über meine „kruden“ oder „abstrusen“ Ideen geschwungen, als würde jedes Schulkind es besser wissen.

Ein roter Münchner Journalist scheint sich gar schwarz geärgert zu haben, dass er



Foto: Boss-Challenge

*Hans-Olaf Henkel,
Publizist und ehemaliger
BDI-Präsident.*

nicht selbst darauf gekommen war, über Alternativen zum Milliardengrab „Euro-Rettung“ nachzudenken. Im Amerikanischen gibt es dafür den schönen Begriff „nih“ – „not invented here“. Gewundert habe ich mich auch über einen Wirtschaftsprofessor, der dekretierte, meine Gedanken seien „für Menschen, die in der politischen Verantwortung stehen“, unbrauchbar. Angesichts dieses herben Urteils frage ich mich, ob er mein Buch überhaupt gelesen hat.

Manchen, die gestern noch spotteten, scheint heute bereits manches zu dämmern. Nachdem die „Süddeutsche Zeitung“ den üblichen Kübel Hohn über mir, dem „Talkshow-Täter“, ausgegossen hatte, vollführte sie zwei Tage später eine scharfe Kehrtwendung. Staunend konnte man lesen: „Euro, Nord-Euro oder D-Mark – das ist eine Fragestellung mit revolutionären Konsequenzen“. Und auch: „Eine unheimliche Stimmung liegt über Deutschland, wie die Ruhe vor einem Gewitter.“ Die Stimmung, die erst die Märkte und dann die Menschen erfasst, könnte man Euro-Dämmerung nennen – wobei es an uns liegt, ob wir es mit einer Abend- oder einer Morgendämmerung zu tun haben: Letztere können wir nur dann erwarten, wenn wir uns vom ruinösen Gemeinschafts-Euro trennen und den Mut zu einer Alternative aufbringen. Um vorweg eins klarzustellen: Hätte sich die Politik an die Konvergenzkriterien und die „No-bail-out-Klausel“ gehalten, wäre ich auch heute noch für einen gemeinsamen Euro. Dass wir uns jetzt, wo mit den nächsten Staatsinsolvenzen auch schon eine gemeinschaftliche Euro-Anleihe auf dem Radarschirm auftaucht, dringend mit Alternativen befassen müssen, sollte langsam allen klar werden. „Alternativlos“ ist nur ein anderes Wort für „fantasielos“.

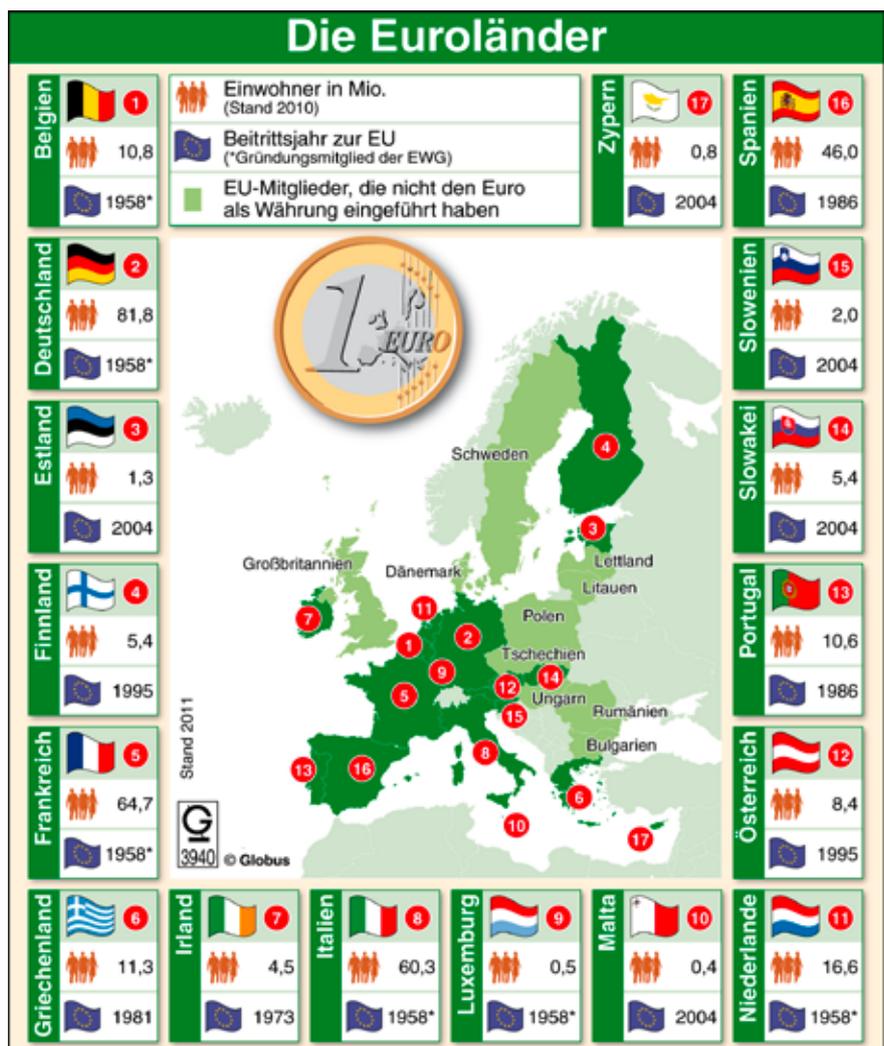
In „Rettet unser Geld!“ nehme ich mir heraus zu behaupten, dass wir mit dem jetzt eingeschlagenen Kurs unweigerlich von einer Währungsunion zu einer Transferunion mutieren, also einer automatischen Umverteilungsanlage für Wohlstand. Welche katastrophalen Folgen dies für uns haben wird, kann man am deutschen Länderfinanzausgleich studieren, der sich schon lange als System organisierter Verantwortungslosigkeit erwiesen hat. Mein Vorschlag: Der Euro-Bereich soll in zwei Zonen aufgeteilt werden, und zwar entsprechend den realen wirtschaftlichen Gegebenheiten, wodurch er nicht mehr dem politischen „wishful thinking“, sondern der Wirklichkeit entspricht.

Wenn wir eins aus der jetzigen Krise gelernt haben, dann dies, dass es schier unmöglich ist, politisch und wirtschaftlich unterschiedliche Nationen unter das Joch einer einheitlichen Währung zu zwingen. Bei uns in Europa hat der „Norden“ nun einmal eine andere Einstellung zu Inflation, Abwertung und allgemeiner Haushaltsdisziplin als der „Süden“, der sich beim Geldausgeben und -abwerten immer einfallsreich erwiesen hat. Beide Modelle waren vor der Einführung des Euro auf ihre Art erfolgreich – warum sollten sie es nach der Trennung nicht wieder sein? Nur, um diese höchst unterschiedlichen Blöcke zusammenzuhalten, werden im-

mer neue Löcher gestopft, ohne die mindeste Gewähr, dass es sich nicht längst um ein Fass ohne Boden handelt.

Mein Fazit: Folgt man dem in „Rettet unser Geld!“ entworfenen Projekt, kann jeder Bereich Europas „nach seiner Fassung selig werden“, ohne dem anderen auf der Tasche zu liegen. Mit 14 Währungen in der EU hätten wir eine mehr als heute, daran wird Europa nicht zugrunde gehen. Ich schlage das vor, weil ich zutiefst überzeugt bin, dass das, was für Europa gut ist, auch für Deutschland gut sein wird.

Quelle: Internationales Künstlermanagement
Michael Prüfer, Hannover



Quelle: picture-alliance / dpa-intografik

24. Flensburger Fördertagung

 28.+29. Januar 2011
Ort: Glücksburg

Informationen:
 Zahnärzterein Flensburg e. V.
 ZA R. Macom
 Mürwiker Str. 178
 24944 Flensburg

DGP-Frühjahrstagung

 25.+26. Februar 2011
Ort: Frankfurt

Thema: Das Göteborger Konzept
 25 Jahre Implantieren im parodontal
 kompromittierten Gebiss. Wo stehen wir
 heute?

Informationen:
 Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.
 Neufferstraße 1
 93055 Regensburg
 Tel.: (09 41) 94 27 99-0
 Fax: (09 41) 94 27 99-22
 E-Mail: kontakt@dgpapo.de
 Internet: www.dgpapo.de

53. Sylter Woche

 06.-10. Juni 2011
Ort: Sylt/Westerland

Thema: „Für Zähne ist man nie zu alt!“
Informationen:
 Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
 Westring 496
 24106 Kiel
 Tel.: (0431) 26 09 26-0
 Fax: (04 31) 26 09 26-15
 E-Mail: hhi@zaek-sh.de
 Internet: www.zaek-sh.de

DGI e V. Landesverband Berlin/ Brandenburg

 04.+05. März 2011
Ort: Berlin

Thema: Rückblick
 Augenblick
 Ausblick
Informationen:
 MCI Deutschland GmbH
 Markgrafenstraße 56D
 10117 Berlin
 Tel.: (0 30) 20 45 9-0
 Fax: (0 30) 20 45 9-50
 E-Mail: bbi2011@mci-group.com

X. Göttinger Minisymposium

Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie
 02. Februar 2011

Ort: Universität Göttingen
Thema: Komplikationsmanagement aus
 medizinischer und juristischer Sicht
Informationen:
 Prof. Dr. Dr. Franz-Josef Kramer
 Abteilung für Mund-, Kiefer- und
 Gesichtschirurgie
 Universitätsklinikum Göttingen
 Robert-Koch-Str. 40
 37099 Göttingen
 Tel.: (05 51) 3 92 28 80
 Fax: (05 51) 39 92 17
 E-Mail: Franz-Josef.Kramer@
 med.uni-goettingen.de

PERSÖNLICHES

Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag!

Dr. Bodo Heckroth 60 Jahre jung



Foto: NZB-Archiv

Am 24.12.2010 feierte Bodo Heckroth seinen 60. Geburtstag.

1950 kam Bodo als Weihnachtsüberraschung in Nentershausen in Nord Hessen zur Welt. Dort verlebte er seine Kindheit und Grundschule und ging in Sontra zum Gymnasium, wo er 1969 sein Abitur erreichte. Die Wirren um 1968 erlebte Bodo als Chefredakteur seiner Schülerzeitung, sein Interesse an der Politik war damals schon geschärft.

Das Studium der Chemie nahm Bodo Heckroth 1970 in Gießen auf. Es folgte ein Wechsel nach Göttingen – immer noch auf Chemie ausgerichtet. Dann erfolgte dort ein Wechsel hin zur Zahnmedizin. In Göttingen lernte er auch seine zukünftige Ehefrau Marianne bei einem Tanzfest kennen. Ein Hobby, welches beide noch heute mit Begeisterung pflegen. Das Staatsexamen erfolgte 1978.

Nach der Einberufung ging es dann wieder gen Süden. Die Wehrdienstzeit erlebte Bodo als Stabsarzt in Wetzlar bei der dortigen Panzergrenadierbrigade. Es folgte eine zwölfmonatige Assistenzzeit in Dillenburg bei Wetzlar.

Am 01.12.1980 war es dann so weit, die neue Praxis in Sarstedts Stadtkern wurde eröffnet und der private Wohnsitz in Laatzten begründet. Es dauerte auch nicht lange bis Bodo Heckroth ehrenamtlich für die Kollegenschaft tätig wurde. Seine berufspolitische Vita begann als Mitglied in Prüfungsausschüssen im Jahre 1985. Es folgten weitere Engagements – stets zum Wohle der Kollegenschaft – im Landesausschuß, Gutachter-, Satzungs- und Fortbil-

dungsausschuß von ZKN und KZVN. Er ist seit Jahren Vorsitzender der Bezirksstelle Hildesheim und stellvertretender Landesvorsitzender der „Zahnärzte für Niedersachsen“ (ZfN). Gerade in dieser Funktion habe ich seine kreative Unterstützung seit über zehn Jahren kennen- und schätzen gelernt. Dr. Bodo Heckroth ist seit vielen Jahren Mitglied der Kammerversammlung der ZKN und der Vertreterversammlung der KZVN, eine Aufzählung aller Ehrenämter würde den hier gefassten Rahmen sprengen.

Auch beruflich war Bodo Heckroth stets Neuem zugewandt, so lagen seine Interessen frühzeitig bei der Implantologie und Parodontologie sowie der Akupunktur. Wer jetzt denkt dieser Kollege hatte kaum Zeit für private Dinge irr. Bodo hatte stets viel Sinn für Familienaktivitäten, er spielt gerne Tennis, geht gerne Bergwandern und Skifahren. Er hatte auch immer Zeit und Bereitschaft für den Servicegedanken in unserer Gesellschaft. So ist er Mitglied der Landsmannschaft Gottinga und Chattia Gießen. Auch im Lions Club hat er sich stets für die Gemeinschaft engagiert, zuletzt als Clubpräsident 2009.

Nun bist du also sechsmal zehn,
 60, die Jahre sieht man dir nicht an.
 Was viele gern als Lebensinhalt ansehen,
 das setzt du um und arbeitest daran.

Ich wünsche dir weiterhin viel Schwung.
 Mit Gottes Segen ein Alter der Erfüllung!
 Alles Gute, Gesundheit und Glück
Henner Bunke

Niederlassungs- hinweise

Kolleginnen und Kollegen, die sich in Niedersachsen niederlassen möchten, wenden sich bitte an die

**Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Zeißstr. 11, 30519 Hannover, Tel. (05 11) 84 05-323,
E-mail: info@kzvn.de.**

Vordrucke für die Bewerbung können entweder bei der **Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen** (Anschrift siehe KZVN) angefordert oder unter www.kzvn.de als PDF-/WORD-Dokument heruntergeladen werden.

Bitte achten Sie darauf, bei der Einreichung der Anträge zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit sämtliche in § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte aufgeführten Unterlagen beizufügen (lediglich der Auszug aus dem Zahnarztregister kann nachgereicht werden).

Auszug aus der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)

§ 18

- (1) Der Antrag muß schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. Dem Antrag sind beizufügen
- Ein Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen,
 - Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten,
 - gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19 a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.
- (2) Ferner sind beizufügen
- ein Lebenslauf,
 - ein polizeiliches Führungszeugnis,
 - Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
 - eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
 - eine Erklärung des Zahnarztes, ob er rauschgiftüchtig

ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

(3) An Stelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.

(4) Können die in Absatz 1 Buchstabe b und in Absatz 2 Buchstabe c bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.

(5) – aufgehoben –

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

(Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft) (ehemals Gemeinschaftspraxis) ist gemäß BSG-Rechtsprechung grundsätzlich die Vorlage eines schriftlichen Gesellschaftsvertrages notwendig.

Bitte achten Sie bei entsprechenden Anträgen darauf, den Gesellschaftsvertrag spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

Verlegungen

Gemäß § 24 Abs. 7 Zahnärzte-ZV ist im Falle einer Verlegung grundsätzlich ein entsprechender Antrag an den Zulassungsausschuss zu richten. Die Verlegung des Vertragszahnarztsitzes ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen für Zahnärzte

Abgabe bis	18.02.2011
Sitzungstermin	16.03.2011
Abgabe bis	24.05.2011
Sitzungstermin	22.06.2011
Abgabe bis	19.08.2011
Sitzungstermin	14.09.2011
Abgabe bis	28.10.2011
Sitzungstermin	23.11.2011

Alle Anträge an den Zulassungsausschuss Niedersachsen sind unter Beifügung sämtlicher erforderlicher Unterlagen rechtzeitig bis zum Abgabetermin bei der



- **Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen,**
Zeißstr. 11, 30519 Hannover,

*in Urschrift und eigenhändig unterschrieben einzureichen. Die Einreichung per Fax oder E-Mail wahrt die Frist nicht. Verspätet eingereichte Anträge werden bis zur **nächsten Sitzung** zurückgestellt.*

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

Vertragszahnärzte

Kein unterversorgter Planungsbereich.

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Hinweis

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. August 2008 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte) in der Neufassung vom 14. August 2007 (BANZ 2007, S. 7673), wie folgt zu ändern:

1. In § 5 Absatz 8 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

„Entsprechend Absatz 1 wird für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:4.000 festgelegt, wobei die Bezugsgröße die Bevölkerungsgruppe der 0 bis 18-Jährigen ist.“

Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Oktober 2008 in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Braunschweig

- **Landkreis Gifhorn:** Im Landkreis Gifhorn mit 36.353 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. drei Kieferorthopäden tätig.
- **Landkreis Peine:** Im Landkreis Peine mit 26.192 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. drei Kieferorthopäden tätig.
Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Braunschweig der KZVN, Vorsitzender: Dr. Helmut Peters, Münzstr. 9, 38100 Braunschweig, Tel. (05 31) 1 36 05, Fax (05 31) 4 81 13 15, E-Mail: braunschweig@kzvn.de

Verwaltungsstelle Lüneburg

- **Landkreis Lüchow-Dannenberg:**
Im Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 8.879 zu versorgenden Einwohnern ist z. Zt. ein Kieferorthopäde tätig.
- **Landkreis Uelzen:**
Im Landkreis Uelzen mit 17.278 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. zwei Kieferorthopäden tätig.
Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Lüneburg der KZVN, Vorsitzender: Zahnarzt Thomas Koch, Sülztorstraße 1, 21335 Lüneburg, Tel. (0 41 31) 73 27 70, Fax (0 41 31) 73 27 72, E-Mail: lueneburg@kzvn.de

Verwaltungsstelle Oldenburg

- **Landkreis Oldenburg:**
Im Landkreis Oldenburg mit 26.116 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. zwei Kieferorthopäden tätig.
Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Oldenburg der KZVN, Vorsitzende: Zahnärztin Silke Lange, Bloher Landstr. 24, 26160 Bad Zwischenahn, Tel. (04 41) 6 99 02 88, Fax (04 41) 69 16 50, E-Mail: oldenburg@kzvn.de

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- **Landkreis Aurich:**
Im Landkreis Aurich mit 38.954 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. vier Kieferorthopäden tätig.
- **Landkreis Leer:**
Im Landkreis Leer mit 34.328 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. drei Kieferorthopäden tätig.
Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Jörg Hendriks, Julianenburger Str. 15, 26603 Aurich, Tel. (0 49 41) 26 55, Fax (0 49 41) 6 86 33.

Verwaltungsstelle Verden

- **Landkreis Nienburg/Weser**
Im Landkreis Nienburg/Weser mit 24.285 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. zwei Kieferorthopäden tätig.
Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Verden der KZVN, Vorsitzender: Dr. Volkmar Lehrke, Hannoversche Str. 54 a, 31582 Nienburg, Tel. (0 50 21) 6 54 84, Fax (0 50 21) 91 38 88, E-Mail: verden@kzvn.de

Verwaltungsstelle Wilhelmshaven

- **Landkreis Wesermarsch**
Im Landkreis Wesermarsch mit 18.170 zu versorgenden Einwohnern sind z. Zt. zwei Kieferorthopäden tätig.
Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Wilhelmshaven der KZVN, Vorsitzender: Dr. Gerhard Fust, Rheinstr. 18, 26382 Wilhelmshaven, Tel. (0 44 21) 4 29 11, Fax (0 44 21) 98 34 88, E-Mail: wilhelmshaven@kzvn.de

Stand: 16.12.2010

Datenschutz und Datensicherheit – Worte und Taten

Eine unrühmliche Facette der abgelaufenen Wahlkämpfe findet demnächst hoffentlich für alle Beteiligten einen Abschluss:

In einigen Rundschreiben haben sich exponierte Kollegen dazu bekannt, eine ihnen bekannt gewordene Lücke im Onlineportal nicht sofort der KZVN gemeldet, sondern erst einmal im Kollegenkreis damit experimentiert zu haben.

Die Veröffentlichung erfolgte dann unmittelbar vor der Kammerwahl!

So weist der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen, Herr Dr. Sereny, in seinem Schreiben vom 14.04.2010 darauf hin, dass er zuerst Ende Januar 2010 in Braunlage von der Sicherheitslücke erfahren habe, dann am 12.02.2010 drei Dateien unter fremdem Online-Zugang selbst eingesehen und schließlich am 12.03.2010 den Zugriff auf Fremddaten noch einmal wiederholt habe.

Weder in Braunlage noch im gemeinsamen Gebäude in der Zeißstrasse fand er in zwei Monaten die Gelegenheit, seine Kollegen vom KZV-Vorstand zu informieren, obwohl er doch nach eigenem Bekunden in standespolitischen Auseinandersetzungen stets auf die Beteiligten zugeht, das Gespräch und den Ausgleich sucht!

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz hat der KZVN bescheinigt, dass sie sehr schnell, verantwortungsbewusst und mit einem hohen Maß an Transparenz auf den unangenehmen Vorfall reagiert hat.

Dies wäre schon sehr viel früher möglich gewesen, wenn sich alle Beteiligten so verhalten hätten, wie es in der nachfolgenden gemeinsamen Erklärung der KZVN und des Mitglieds im Landesvorstand des FVDZ, Dr. Stefan Liepe, zum Ausdruck kommt!

Die Redaktion

Gemeinsame Erklärung zum Sicherheits- vorfall im Online-Portal der KZVN

Die Unterzeichner sind überein gekommen, die folgende Erklärung gemeinsam abzugeben:

Datenschutz und Datensicherheit sind hohe Güter. Eine erkannte Sicherheitslücke im Online-Portal der KZVN ist der KZVN unverzüglich bekannt zu geben, um die Gefahr eines Datenmissbrauchs schnellstmöglich zu bannen.

Es läuft dem Gedanken des Datenschutzes zuwider, Informationen über eine erkannte Sicherheitslücke zunächst zurückzuhalten, um sie später in die zahnärztliche Öffentlichkeit zu tragen – ohne zu diesem Zeitpunkt zu wissen, ob die Datenlücke schon geschlossen wurde. Auf diese Weise werden unrechtmäßige Zugriffe auf schützenswerte Daten unnötigerweise in Kauf genommen.

Dr. Jobst-W. Carl
Vorsitzender der Vorstands

Dr. Stefan Liepe
Mitglied in der Online-Redaktion

Entschädigungsordnung für Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

(gemäß Beschluß der Vertreterversammlung der KZVN vom 05./06. Oktober 1973)

Änderung zu:	I. RKO § 4	I. RKO § 3	II. SKO § 3	I. RKO § 2	I. RKO § 3	II. SKO § 3
gem. VV Beschluß vom:	18.10.1975	24.04.1976	24.04.1976	14./15.11.1980	14./15.11.1980	14./15.11.1980
mit Wirkung vom:	01.01.1976	01.05.1976	01.05.1976	01.01.1981	01.01.1981	01.01.1981
Änderung zu:	II. SKO § 3	I. RKO § 2	I. RKO § 3	II. SKO § 3	I. RKO § 2	II. SKO § 3
gem. VV Beschluß vom:	20.03.1982	28.03.1987	28.03.1987	28.03.1987	22./23.11.1991	22./23.11.1991
mit Wirkung vom:	01.04.1982	01.04.1987	01.04.1987	01.04.1987	01.01.1992	01.01.1992
Änderung zu:	I. RKO § 2	II. SKO § 2	II. SKO § 3	I. RKO § 2	II. SKO § 3	I. RKO §§ 3 u. 4
gem. VV Beschluß vom:	08.11.1996	08.11.1996	08.11.1996	24.11.2000	06.06.2001	04.11.2005
mit Wirkung vom:	01.01.1997	01.01.1997	01.01.1997	01.01.2001	01.03.2001	01.12.2005
Änderung zu:	I. RKO §§ 2, 3, 4	II. SKO § 3	IV. Pauschale			
gem. VV Beschluß vom:	19.11.2010	19.11.2010	19.11.2010			
mit Wirkung vom:	01.01.2011	01.01.2011	01.01.2011			

I. Reisekostenordnung

§ 1 Personenkreis

Diese Reisekostenordnung gilt für Mitglieder der Vertreterversammlung, die im Auftrage der KZVN eine Dienstreise oder einen Dienstgang durchführen und nicht Angestellte der KZVN oder einer zahnärztlichen Berufsvertretung sind.

Soweit für bestimmte Personen Sonderregelungen gelten, kommen diese zur Anwendung.

§ 2 Fahrtkostenentschädigung

Es wird in der Regel Bundesbahn 1. Klasse einschließlich etwaiger Zuschläge gezahlt. Bei Benutzung des Schlafwagens werden die Kosten für Doppelbett-Klasse oder Spezialklasse vergütet. Bei notwendigen Flugreisen wird der Flugpreis Economy-Klasse erstattet.

Für die Benutzung des eigenen PKW wird ein Kilometergeld von EUR 0,70 erstattet.

§ 3 Mehraufwendungen für Verpflegung

Die Mehraufwendungen für Verpflegung werden durch folgende Pauschbeträge abgegolten:

bei ununterbrochener Abwesenheit

bis zu 3 Stunden:	keine Vergütung
von über 3 bis 6 Stunden:	je Tag EUR 28,00
von über 6 Stunden:	je Tag EUR 56,00

Werden unentgeltliche Mahlzeiten zur Verfügung gestellt oder ist im Preis für die Übernachtung Frühstück enthalten und nicht gesondert ausgewiesen, ist die Verpflegungspauschale zu kürzen um:

20 % für Frühstück,
40 % für Mittagessen,
40 % für Abendessen

§ 4 Übernachtungskosten

werden in Höhe der tatsächlich entstandenen Höhe, ggf. einschließlich Frühstückskosten, nach Vorlage der Hotelrechnung erstattet oder pauschal mit 70,00 Euro/Nacht abgegolten.

§ 5 Nebenkosten

Nebenkosten für Beförderung und Aufbewahrung von Gepäck, für Telefon, Telegramm, Porto, Garage, Parkplatzgebühren, Straßenbahn, Taxi und ähnliches werden in der nachgewiesenen oder glaubhaft gemachten Höhe ersetzt.

§ 6 Steuern

Soweit durch den Erhalt von Beträgen nach den Sätzen der Reisekostenrechnung eine Steuerpflicht entsteht, obliegt die Abführung der Steuern dem Empfänger selbst.

§ 7 Ausschlussfrist

Der Anspruch auf Reisekostenvergütung erlischt, wenn er nicht binnen eines Vierteljahres nach Beendigung der Dienstreise geltend gemacht wird.

II. Sitzungskostenordnung

§ 1 Personenkreis

Diese Sitzungskostenordnung gilt für den gleichen Personenkreis wie in § 1 der Reisekostenordnung der KZVN festgelegt.

§ 2 Als Sitzungen im Sinne der Sitzungsordnung gelten:

- a) Vertreterversammlungen
- b) Ausschusssitzungen
- c) Vorbereitungsaktivität für Sitzungen der Prüfinstanzen
- d) vom Vorstand festgesetzte Tagungen und Besprechungen innerhalb und außerhalb des Bereiches der KZVN.

§ 3 Das Sitzungsgeld pro Tag beträgt bei einer Dauer der Dienstreise:

bis zu 1 Stunde	je Tag	EUR 0,00
ab der 1. Stunde bis 2 Stunden:	je Tag	EUR 90,00
über 2 Stunden bis 4 Stunden:	je Tag	EUR 200,00
über 4 Stunden bis 6 Stunden:	je Tag	EUR 290,00
über 6 Stunden bis 8 Stunden:	je Tag	EUR 410,00
über 8 Stunden:	je Tag	EUR 520,00

III. Erläuterungen:

Unter Abwesenheitsdauer (Dauer der Dienstreise bzw. des Dienstganges) als Grundlage für die Berechnung von Reise- und Sitzungskosten ist die Zeit vom Verlassen der Praxis oder der Wohnung bis zur Rückkehr dorthin zu verstehen.

IV. Pauschale

Neben Reise- und Sitzungskosten erhält der Vorsitzende der Vertreterversammlung eine monatliche Aufwandsentschädigung von EUR 900,--.

Inkrafttreten

Diese Entschädigungsordnung tritt zum 01.01.2011 in Kraft.

Hinweis:

Die Entschädigungsordnung für die Ehrenamtsträger ist gleichlautend mit Ausnahme von Punkt „IV. Pauschale“.

AG KZVen – ein starkes Bündnis

Für mehr Selbstverwaltung und noch bessere Dienstleistung

Ende des Jahres 2005 schlossen sich vier KZVen, nämlich aus Bayern, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, zu einer Arbeitsgemeinschaft (AG-KZVen) zusammen. Damit vertritt dieses starke Bündnis ca. 23.000 Vertragszahnärzte, die die Versorgung von rund 34 Millionen Bürgerinnen und Bürgern sicherstellen.

Die Mitglieder der AG treffen sich turnusmäßig viermal im Jahr, um aktuelle Themen aus dem Bereich der Gesundheitspolitik aufzuarbeiten, aber auch organisatorisch-technische Fragen der Selbstverwaltung zu diskutieren und KZV-übergreifende Handlungsansätze zu entwickeln. Ausrichter des diesjährigen Wintertreffens am 10. Dezember war die KZV Niedersachsen, die ein anspruchsvolles Programm für die Mitstreiter der Runde vorbereitet hatte.

Dr. Günther Buchholz, stellvertretender Vorsitzender der KZBV, war eigens angereist, um über den Stand der elektronischen Datenübermittlung 2011 zu referieren.

Martin Schüller, Leiter der Abteilung Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss, berichtete anschließend über die sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Beide Themen werden die Vertragszahnärzte in Zukunft noch stark beschäftigen. Dies zeigte auch die durchaus kontrovers geführte Diskussion in Anschluss an die Fachreferate u. a. zum möglichen Einsatz der ZOD-Karte und zur geplanten Einführung des Heilberufsausweises.

Um der von der Privaten Krankenversicherung (PKV) favorisierten Öffnungsklausel entgegenzuwirken, ist ein enger Schulterschluss der Zahnärzteschaft notwendig. „Ohne eine konsentrierte Strategie



Fachmann für die „elektronische Datenübermittlung 2011“ – Dr. G. Buchholz (KZBV).

und ein gemeinschaftliches Auftreten der verfassten Zahnärzteschaft können wir keinen Blumentopf gewinnen“ – so Dr. Jobst-W. Carl und mahnte ein geschlossenes Vorgehen in der Standespolitik an.

Sorgen bereitet auch das Thema Basistarif, darin waren sich die AG-ler einig. Auch hier muss standespolitisch alles getan werden, damit der hohe Standard der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland auch in Zukunft gewährleistet werden kann.

st-dr



Hochkonzentriert beim Vortrag von Dr. Buchholz, Christian Neubarth, Dr. Jobst-W. Carl, Dr. Thomas Nels (v.l.n.r.).



„Gruppenbild mit Dame“ – Dr. U. Meier (Vorsitzende der KZV BW) im angeregten Gespräch mit ihren Kollegen Dr. W. Richter (KZV SH), Ch. Finster (KZV BW) und Dipl. Volksw. Ch. Besters (KZV BW).

Fotos: NZB-Archiv

Sie haben Fragen zu...

- Praxisführung
- QM
- BEMA / GOZ
- KZVN und ZKN



www.zfn-online.de
Zahnärzte für Niedersachsen e.V.

STELLENMARKT

Praxisvertretung gesucht

ab 01.03.2011 wegen Schwangerschaft in gem. Praxis zw. Bremen und Oldenburg, gerne Teilzeit. Tel. 0151/21021164

Nähe HB

Suche KFO- Weiterbildungsassistent/in, Kooperation mit Erasmusprogramm ist möglich, Tel. 04792/3000, mail@praxis-wallbaum.de

ZÄ/ZA gesucht

moderne Zahnarztpraxis mit Schwerpunkt Implantologie in Goslar sucht ab sofort ZÄ/ZA in Voll/Teilzeit, alles offen, bieten die ges. ZMK außer KFO. Chiffre NZB 730

Hannover, östlicher Landkreis

Assistent/in mit Aussicht auf Sozietät gesucht. Alles weitere unter www.zahnarzt-schmalstieg.de

Stadtgrenze Bremerhaven

Moderne und stark frequentierte Praxis mit TSP Prothetik, PA und Prophylaxe sucht ab sofort Ang. ZA (M/W) oder Assistenten (M/W) mit BE für langfristige Zusammenarbeit. Sozietät wird angestrebt bei flexibler Arbeitszeit. Ein angenehmes Betriebsklima und ein motiviertes Team erwarten Sie. Praxis Dr. Werth 04744-820999 oder zahnarzt-drwerth@ewetel.net

Einstieg in eigene Praxis

in der Lüneburger Heide ohne Eigenkapital! Nur KZV-Zulassung erforderlich. Chiffre NZB 728

Implantologie lernen?

Alteingeführte, modern ausgestattete Praxis (6BHZ) mit implantologischem und oralchirurgischem Schwerpunkt sucht angestellte/n ZÄ/ZA, alle Bereiche der ZHK außer KFO. www.zahnarzt-berges.de

... bei uns bekommen Sie die Antworten, die Sie brauchen:

- verlässlich
- praxisgerecht
- schnell



www.zfn-online.de
Zahnärzte für Niedersachsen e.V.

ANKAUF

Digitales OPG

Suche digitales OPG ab Baujahr 2001. Preis VB! Tel. 0511/401631

VERSCHIEDENES

Studienplatz Medizin und Zahnmedizin

Studienberatung und NC-Seminare. Unser Ziel: Ohne ZVS schnell ins Studium (Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin, Biologie, Psychologie). Vorbereitung für Auswahlgespräche und Medizinerntest.

Info und Anmeldung: **Verein der NC-Studenten e.V. (VNC)**

Argelanderstraße 50 · 53115 Bonn
Telefon (0228) 215304 · Fax 215900

Für Kleinanzeigen-Aufträge aus der zahnärztlichen Kollegenschaft verwenden Sie bitte immer das für Sie vorbereitete Auftragsformular, das erleichtert Ihnen und uns die Abwicklung. Einfach ausfüllen und an die angegebene Nummer faxen.

Ihre Zuschriften auf

Chiffre-Anzeigen

richten Sie bitte an:

Neusser Druckerei und Verlag GmbH (NDV)
Anzeigenabteilung/Chiffre-Nr. ...
Moselstraße 14
41464 Neuss

VERKAUF

Husum Nordsee

Einzelpraxis ohne Risiko, umsatzstark, etabliert, 2 BHZ, OPG, 2000-08 modernisiert, rollstuhlg., gute Lage und Verkehrsanbindung; gut ausgebildetes Praxisteam. Tel.: 04841-63939 oder -74174, E-Mail: Josttils@yahoo.de

Braunschweig-Innenstadt

Alteingesessene Praxis in Ärztehaus am Rand der Fußgängerzone; 2 BHZ, 3. möglich; günstig abzugeben. Chiffre NZB 729

Hannover-Südstadt

seit 20 Jahren etablierte Praxis mit hohem Privat-/Selbstzahleranteil umzugshalber ab sofort/zeitnah zu verkaufen. 2 Behandlungszimmer, 3. vorbereitet, 2. Behandler und Praxislabor möglich. Chiffre NZB 731

Hildesheim

Langjährig bestehende, etablierte Praxis (4 BHZ, Labor, OPG), beste Mietkonditionen, sehr gute Lage, aus Altersgründen abzugeben. Chiffre NZB 732

Hinweis in eigener Sache

Seit September erfolgt das Anzeigenmarketing für das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) über die Neusser Druckerei und Verlag GmbH (NDV).

Ihre Ansprechpartnerinnen für die Kleinanzeigen sind:

Alexandra Seewald
Tel.: (0 21 31) 4 04-133

Nicole Trost
Tel.: (0 21 31) 4 04-258.
E-Mail: nzb@ndv.de

Ihren Kleinanzeigenauftrag für das NZB faxen Sie bitte an:

(0 21 31) 4 04-424 (nur für Zahnärztinnen und Zahnärzte).

Ihr Ansprechpartner für die gewerblichen Anzeigen ist:

Heinz Neumann
Tel.: (0 21 31) 4 04-165
Fax: (0 21 31) 4 04-166
E-Mail: heinz.neumann@ndv-mediaberatung.de

Schnell - Sicher - Kostengünstig

Online mit Ihrer KZVN abrechnen*:

- ZE-Monatsabrechnung Januar: 25.01.2011 bis 10.02.2011
- KCH-Abrechnung 1. Quartal 2011: 22.03.2011 bis 08.04.2011
- Kfo-Abrechnung 1. Quartal 2011: 22.03.2011 bis 08.04.2011

**erster und letzter Online-Einreichungstermin*

„Meine Abrechnungsdaten sende ich online. Innerhalb weniger Minuten sehe ich auf meinem Bildschirm, ob meine Daten o.k. sind. Ich bin begeistert!“



<https://mitglieder.kzvn.de>



Der Bereich „Online-Einreichung“ mit Datenkontrolle



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen