

NZB

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT



4 Die Rolle der
Selbstverwaltung



14 Deutscher Zahnärztag



21 Was ist eigentlich
eine PZR?



32 Was Arbeitgeber über den
Erholungsurlaub wissen
sollten ...



2017 – Ein Jahr wirtschaftlicher und politischer Weichenstellungen

Selten gab es in den letzten zwei Dekaden zu Beginn eines Jahres mehr Fragezeichen als in diesem Jahr. Gleich zu Beginn des neuen Jahres zieht Donald Trump in die Washington Avenue ein. Einhergehend werden Nominierungen für die Federal Reserve wie auch den Supreme Court erwartet. Kommt es zum erwarteten Rechtsruck sowie einer zunehmenden Isolierung der Amerikaner, geht der Euro auf Tauchstation und geopolitisch werden die Spannungen und Krisen weiter zunehmen. Ein Machtvakuum wird nicht entstehen, andere Länder wie Russland und China werden ihre Möglichkeiten testen und versuchen, diese zu nutzen. Leider ist Europa selten so schlecht aufgestellt gewesen wie aktuell, um im weltpolitischen Poker eine Führungsrolle auszufüllen.

Im Gegenteil: Mit den anstehenden Wahlen in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und vielleicht auch Italien, verbunden mit dem anstehenden Gefeiße um den Brexit ist der alte Kontinent mit sich selbst beschäftigt. Ganz abgesehen von Euroschwächephasen, die genauso wie die Bankenkrise nicht ausgestanden sind.

Innenpolitisch sind wir alle gespannt, wie im September in Deutschland gewählt werden wird. Alles scheint auf Rot Rot Grün versus einer Neuauflage der Großen Koalition hinauszulaufen. Das Gespenst der Bürgerversicherung äugt wieder hinter der Fichte hervor. Wird Deutschland töricht genug sein, sich auf den Pfad eines ausschließlich staatlich geprägten Gesundheitssystems zu begeben, welches durch die Geschichtsbücher unzählige Male als gescheitertes System archiviert worden ist?

Wir Zahnärzte werden auf jeden Fall unsere guten Vorschläge für ein modernes zukunftsfähiges Gesundheitssystem artikulieren und in die politische Diskussion



Stellvertretend für die Vorstände von KZVN und ZKN v.l.n.r.:
Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Dr. Jobst-W. Carl,
Dr. Thomas Nels, Jörg Röver.

einbringen. Es bleibt zu hoffen, dass die Bürger mit Bedacht wählen und nicht den Sirengesängen von ungetesteten Selbstdarstellern erliegen werden.

Wie es auch kommen mag: Ihre Vorstände von ZKN und KZVN wünschen Ihnen und uns allen ein erfolgreiches, friedliches sowie gesundes neues Jahr und hoffentlich viele positive Überraschungen! ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Henner Bunke,
D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der
Zahnärztekammer Niedersachsen

Dr. Jobst-W. Carl,
Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 52. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover,
Postfach 81 06 61, 30506 Hannover
Tel.: 0511 83391-0, Internet: www.zkn.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover;
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover;
Tel.: 0511 8405-0, Internet: www.kzvn.de

REDAKTION

Redaktionsleitung

Gerd Eisentraut (et)
Waldfrieden 4, 22043 Hamburg
Tel.: 040 6571161, E-Mail: nzb-hh@gerd-eisentraut.de

ZKN

Dr. Lutz Riefenstahl (lr)
Breite Straße 2 B, 31028 Gronau
Tel.: 05182 921719; Fax: 05182 921792
E-Mail: l.riefenstahl@gmx.de

KZVN

Dr. Michael Loewener (loe)
Rabensberg 17, 30900 Wedemark
Tel.: 05130 953035; Fax: 05130 953036
E-Mail: m.loewener@gmx.de

Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Melanie König (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBÜRO

ZKN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB),
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover;
Tel.: 0511 83391-301; Fax: 0511 83391-106
E-Mail: nzb-redaktion@zkn.de

KZVN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB),
Zeißstraße 11, 30519 Hannover;
Tel.: 0511 8405-207; Fax: 0511 8405-262;
E-Mail: nzb-redaktion@kzvn.de

GESAMTHERSTELLUNG

MARCO MarketingCommunication OHG
Steinbruchstraße 8c, 30629 Hannover
Tel.: 0511 95478-0; E-Mail: agentur@marco-werbung.de
Internet: www.marco-werbung.de

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN),
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover
Barbara Podgorski, Tel.: 0511 8405-135
E-Mail: nzb-kleinanzeigen@kzvn.de

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische Wiedergaben, auch auszugsweise, bedürfen einer vorherigen Genehmigung der NZB-Redaktion. Für unverlangte Fotos wird keine Gewähr übernommen. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor. Der Leitartikel wird von den Autoren in Eigenverantwortung verfasst und unterliegt nicht der presserechtlichen Verantwortung der Redaktion. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber u. U. nur eine geschlechterspezifische Form verwendet. Das andere Geschlecht ist selbstverständlich jeweils mit eingeschlossen.

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 03 / 17: 7. Februar 2017

Heft 04 / 17: 14. März 2017

Heft 05 / 17: 11. April 2017

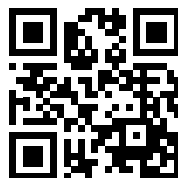
Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für den
► 63. Zahnärztetag der Zahnärztekammer
Westfalen-Lippe
bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



Dieser sog. QR-Code führt nach Einscannen mit z. B. einem Smartphone über ein geeignetes Programm/eine entsprechende App mit Internetanschluss direkt auf die Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>

FSC



LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, Dr. Jobst-W. Carl: 2017 – Ein Jahr wirtschaftlicher und politischer Weichenstellungen

POLITISCHES

- 4 Die Rolle der Selbstverwaltung
Wie der Sachverstand ins System kommt
- 9 Bürgerversicherung und PKV-Arbeitsplätze
HBS-Studie zum Transformationsproblem
- 11 Das Antikorruptionsgesetz
- 14 Deutscher Zahnärztag
Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer
- 18 „Die Datenbetrunkenheit hat die Medizin erreicht“
- 19 „Die IT-Sicherheit in Kliniken ist katastrophal“
- 20 Neue Ransomware im Umlauf
Vorsicht vor Bewerbungsangeboten per E-Mail
Praxisdaten sind gefährdet

FACHLICHES

- 21 Was ist eigentlich eine PZR?
Welche Bedeutung hat die PZR im Rahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)?
- 27 Wichtig: Änderung des Meldeverfahrens zu Vorkommissen mit Medizinprodukten – direkte elektronische Meldung an das BfArM
- 28 Neue RKI-Richtlinie zur Händehygiene
- 29 VAH-Liste für Desinfektionsverfahren aktualisiert
- 30 Besorgnisse bezüglich HIV-Patienten entbehren der Fakten
Bundeszahnärztekammer und Deutsche AIDS-Hilfe zum Welt-AIDS-Tag
- 30 Antibiotika war gestern!
Wissenschaftler setzen auf Phagen
- 31 Infalino 2016:
Blick über eigene Fachdisziplin hinaus
- 32 Was Arbeitgeber über den Erholungsurlaub wissen sollten ...
- 37 Die Welt ist um 25 ZMV's reicher ...
- 38 IDZ-Aufruf zur Folgebefragung „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“
- 38 Seniorennachmittag in der Bezirksstelle Braunschweig

TERMINLICHES

- 39 Termine
- 39 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 40 ZAN-Seminarprogramm

PERSÖNLICHES

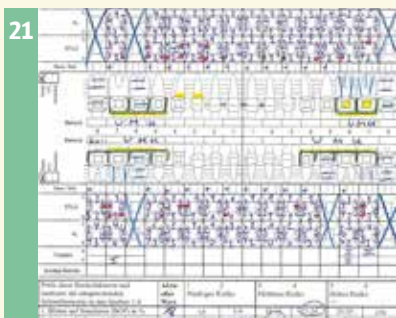
- 42 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 42 Wir trauern um unseren Kollegen

AMTLICHES

- 43 Beitragszahlung I. Quartal 2017
Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages
- 44 Mitteilung des Altersversorgungswerkes
- 46 Niederlassungshinweise
- 47 Ungültiger Zahnarztausweis
- 48 Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2017

KLEINANZEIGEN

- 48 Kleinanzeigen





Der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg

Fotos: © G&A, EHCI-Report 2015, OECD-Report 2015, EC/Cedric Palsney

Die Rolle der Selbstverwaltung

WIE DER SACHVERSTAND INS SYSTEM KOMMT

Die Selbstverwaltung hat Tradition im deutschen Gesundheitswesen – was nicht heißt, dass ihre Existenz im Laufe der Jahre unangefochten gewesen wäre. Die aktuelle Diskussion über die befürchtete Beschneidung ihrer Kompetenzen ist ein wiederkehrendes Phänomen; auch ihre Abschaffung wurde schon gefordert. Dabei hat die Selbstverwaltung eine extrem wichtige Funktion in der GKV: Sie sitzt an der Schnittstelle zwischen Staat und Individuum und bringt Sachverstand ins System. Sie steht für Demokratie und Freiberuflichkeit – Werte, die offensichtlich immer wieder neu erkämpft und verteidigt werden müssen, zunehmend auch auf europäischer Ebene. Und bisher ist Deutschland gut damit gefahren, wie der Blick über den Tellerrand zeigt.

Das deutsche Gesundheitssystem gilt international als Erfolgsmodell. Im Euro Health Consumer Index (EHCI), der regelmäßig durch Vergleichsstudien europäischer Gesundheitssysteme erhoben wird, rangierte Deutschland in den letzten Jahren zwar nicht auf den Spitzenplätzen, konnte sich aber größtenteils im vorderen Bereich behaupten. In der jüngsten Erhebung (EHCI 2015) belegt Deutschland Platz 7; insgesamt standen 35 Länder hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und Patientenfreundlichkeit ihrer Gesundheitssysteme auf dem Prüfstand.

Lob

Der exzellente Zugang der deutschen Patienten zur medizinischen Versorgung wird indes ausdrücklich hervorgehoben: „Deutschland hat traditionell ein Gesundheitssystem, das im europäischen Vergleich die wenigsten Restriktionen aufweist und sich am stärksten am Verbraucher orientiert. In Deutschland können die Patienten fast jede Art von Behandlung bekommen, wann immer sie wollen“, konstatieren die Analysten des schwedischen Beratungsunternehmens Health Consumer Powerhouse. Für den EHCI werten sie alljährlich statistische Daten der Länder sowie der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) aus und führen Gespräche mit Patientenvertretern und Gesundheitspolitikern.

Dass der Zugang zu medizinischen Leistungen, der in Ländern wie England (Platz 14) oder Schweden (Platz 10) zum Beispiel durch lange Wartezeiten problematisch sein kann, in Deutschland exzellent funktioniert, liegt nicht zuletzt an der Struktur des Gesundheitssystems. Anders als in England oder Schweden, wo sich das Gesundheitswesen fest in staatlicher Hand befindet, sind in Deutschland weitere Akteure, so Berufsverbände mit entsprechender Expertise und Krankenkassen, in die Steuerungs- und Verwaltungsaufgaben eingebunden.

Bismarck beats Beveridge

Die gängigste Klassifizierung für Gesundheitssysteme lieferte die OECD 1987. Anhand der Finanzierungsmechanismen unterscheidet sie drei idealtypische Gesundheitssysteme: „Private Versicherung“, „Sozialversicherung“ und „Nationaler Gesundheitsdienst“. Letzterer geht auf den britischen Ökonomen William Beveridge zurück und bezeichnet eine rein staatlich finanzierte Gesundheitsversorgung. Zwischen den beiden Extremen „privat“ und „national“ steht die „Sozialversicherung“, nach ihrem Begründer auch „Bismarckmodell“ genannt. Sie basiert auf dem Gedanken der Solidarität und finanziert sich über Krankenversicherungs-Pflichtbeiträge, die sich in ihrer Höhe am Einkommen des Versicherten orientieren.

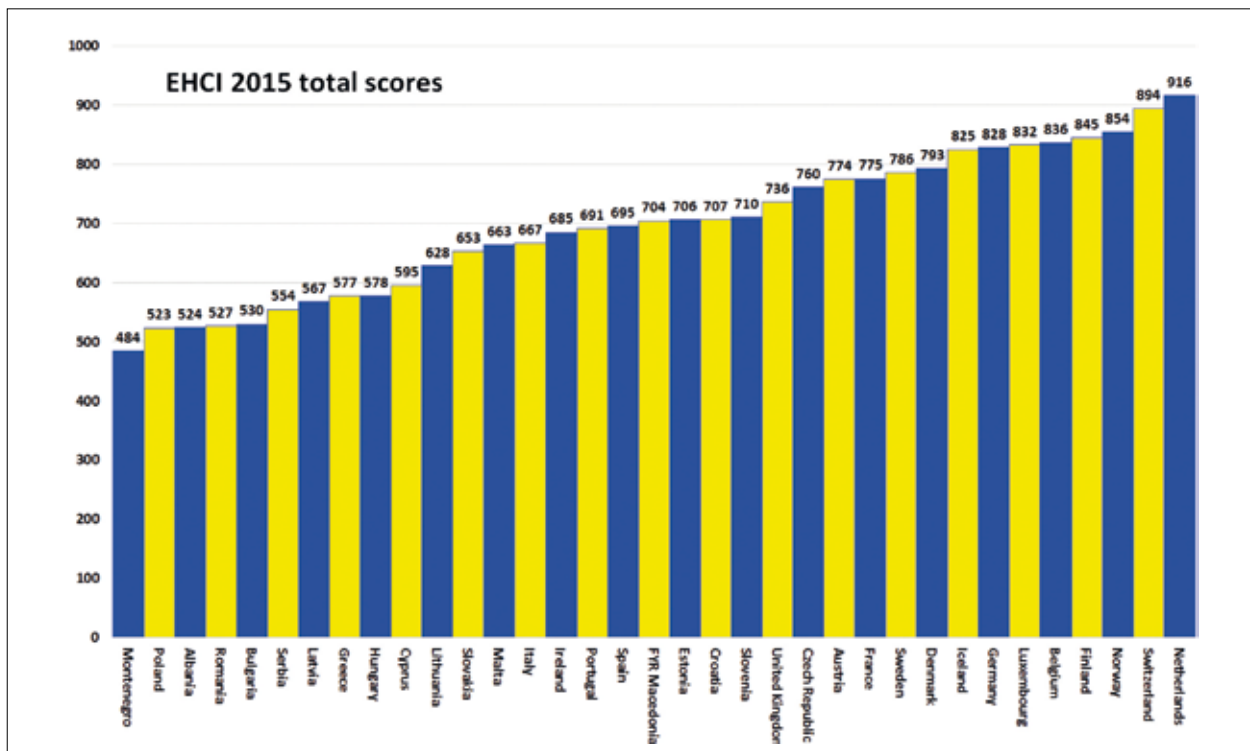
Die Bismarcksche „Sozialversicherung“ ist in ihren Grundzügen im deutschen Gesundheitswesen realisiert, findet sich aber auch im niederländischen „Gezondheidszorg“, das seit einer großen Reform vor zehn Jahren als sehr leistungsfähig gilt. Während Deutschland bei der Behandlungsqualität etwas hinterherzuhinken scheint – dies wird unter anderem auf die Vielzahl relativ kleiner, nicht-spezialisierter Krankenhäuser zurückgeführt –, belegen die Niederlande seit Jahren Platz 1 im Gesamt-Ranking des Euro Health Consumer Index.

Angesichts dieser konstanten Spitzenleistung brechen die EHCI-Analysten den Stab über die Staatsmedizin: „Das ►►

„DEUTSCHES MURREN“

Bei der Erhebung des Euro Health Consumer Index (EHCI) 2012 hatten deutsche Patientenorganisationen eine überraschend negative Einschätzung der Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen in Deutschland abgegeben. Die Analysten vermuteten damals, dass keine wirkliche Verschlechterung aufgetreten war, sondern ein anderes Phänomen dahinter steckte. Im EHCI 2015 schreiben sie wörtlich: „Dies hätte ein Artefakt gewesen sein können, hervorgebracht durch die ‚Neigung der Deutschen zu murren‘, d. h., dass die tatsächliche Verschlechterung des traditionell hervorragenden Zugangs zur Gesundheitsversorgung weniger schwerwiegend war, als die Öffentlichkeit anfänglich gedacht hat. Die negativen Reaktionen waren ein Artefakt des Schocks auf, es ist nicht mehr alles kostenlos‘. Die Umfrageergebnisse aus dem Jahre 2015 scheinen diese Theorie zu bestätigen und es scheint, dass deutsche Patienten festgestellt haben, dass ‚die Dinge nicht so schlimm sind‘ mit Frau Merkel als Königin von Europa.“

Quelle: „Euro Health Consumer Index (EHCI) 2015“, veröffentlicht im Januar 2016



Sachverstand. Das niederländische Gesundheitswesen belegt im EHCI-Ranking seit 2008 den ersten Platz. Ein wichtiger Grund könnte sein, wie die Analysten spekulieren, dass operative Entscheidungen dort zu einem ungewöhnlich hohen Grad von medizinischen Fachleuten unter Beteiligung von Patienten getroffen werden. Gleichzeitig scheinen Finanzgeber, Politiker und Bürokraten weniger mitzuentscheiden als in fast jedem anderen europäischen Land.



Gemeinsamer Bundesausschuss. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

- niederländische Beispiel scheint den großen, letzten Nagel in den Sarg der Beveridge-Gesundheitssysteme zu treiben – und was wir daraus lernen, ist klar: Lasst Politiker und andere Amateure nicht die operativen Entscheidungen treffen, wenn es um die wahrscheinlich komplexeste Branche der Welt geht: das Gesundheitswesen.“ Beveridge-Systeme, so ergänzen die Autoren, scheinen nur in Ländern mit geringer Population zu funktionieren, etwa in Island, Dänemark und Norwegen.

Innere Struktur

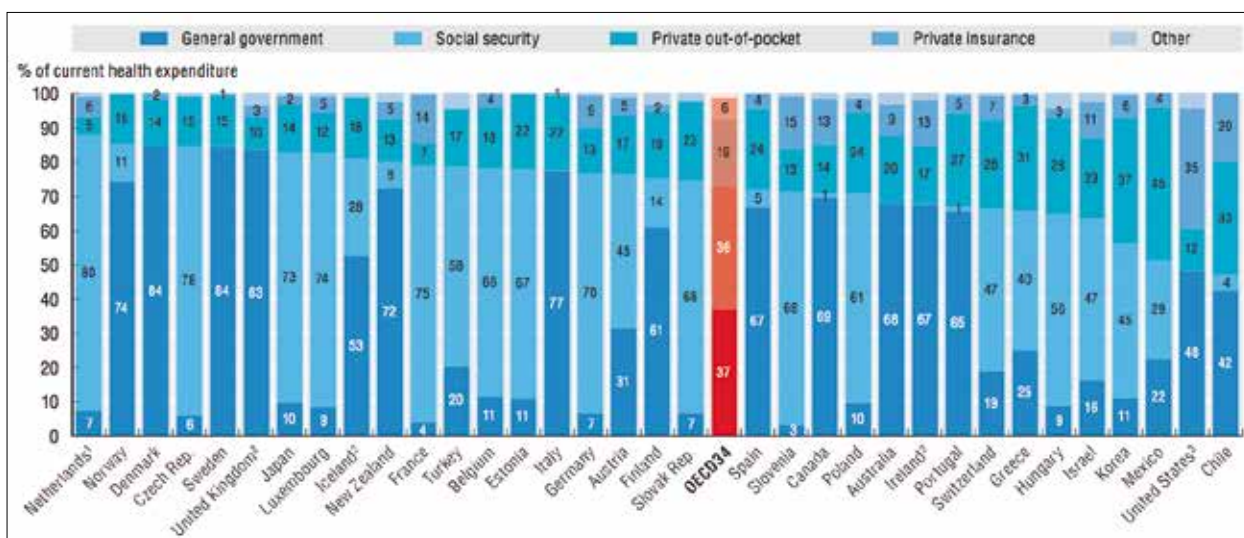
Auch für Deutschland gilt: Dass unser Gesundheitswesen leistungsmäßig im vorderen Bereich rangiert und mit vorbildlicher Verbraucherorientierung und breitem Behandlungs-

angebot punkten kann, dürfte weniger den „Amateuren“ als vielmehr dem implementierten Sachverstand zu verdanken sein: den Selbstverwaltungsorganen in der GKV. Sie stehen intermediär zwischen dem Staat und den einzelnen Nachfragern bzw. Anbietern von Gesundheitsleistungen und befinden sich damit genau an der Schnittstelle unterschiedlicher Interessen – oft genug im Hotspot aufeinanderprallender Lobbymeinungen.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht werden gesundheitspolitische Entscheidungen hierzulande auf drei Ebenen getroffen: Auf der „Makroebene“ agieren staatliche, internationale und supranationale Entscheidungsträger. Bundestag und Bundesregierung, aber auch die Rechtsprechung spielen hier zentrale Rollen. Sie bestimmen die Regeln für die institutionellen Strukturen der Versorgung, die Finanzierung von Gesundheitsleistungen und die Ressourcenallokation. Die „Mesoebene“ besteht im Wesentlichen aus freien und korporatistischen Verbänden und stellt die Selbstverwaltung ein Charakteristikum des deutschen Gesundheitswesens. Auf der „Mikroebene“ befinden sich die individuellen Akteure, etwa die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte, die Apotheken, Krankenkassen und Versicherten.

Verantwortlichkeiten

Laut Grundgesetz ist der Staat zur Daseinsvorsorge für seine Bürger verpflichtet, was auch die Absicherung im Krankheitsfall beinhaltet. Damit ist er oberste und letztentscheidende Instanz für die Regulierung des deutschen Gesundheitssystems. Er definiert den allgemeinen Ordnungsrahmen, während er die Detailsteuerung an die Selbstverwaltung delegiert: „An der Wahrnehmung der sozialen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung



Finanzierungsvergleich. In der Gesundheitsstatistik 2015 hat die OECD die jeweilige Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens ihrer Mitgliedsstaaten aufgeschlüsselt. Dänemark, Schweden und UK beispielsweise finanzieren ihr Gesundheitswesen zum Großteil aus der Staatskasse, während in den USA auch die Private Versicherung einen beträchtlichen Teil abdeckt. Erhebungsjahr war 2013.

sollen diejenigen Personen gemeinsam und eigenverantwortlich mitwirken, die als Versicherte, Beitragszahler und Leistungserbringer betroffen sind“, erläutert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf seiner Website. Dazu zählt es die an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben in KVen und KZVen organisiert sind. Nach § 77 SGB V sind dies Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Das BMG stellt nach Maßgabe von § 78 SGB V ausdrücklich klar: „Die staatliche Aufsicht beschränkt sich auf die Beachtung von Gesetz und Recht.“ Soweit die Theorie.

Die Praxis sieht etwas anders aus: „Obgleich solchermaßen korporatistische Steuerung Ausdruck einer ordnungspolitischen Werterhaltung ist, die dem Subsidiaritätsprinzip hohes Gewicht beimisst und von einem ‚Vorrang der Selbstverwaltung‘ ausgeht, interveniert das zuständige Ministerium häufig auch im Detail“, wie Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem et al. in „Medizinmanagement“ (Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013) schreiben. Als Beispiele führen die Autoren unter anderem die Regelung der Arztausbildung, die Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes in der GKV und die Festlegung bundesweit geltender Vorgaben zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung an. Für die Organe der Selbstverwaltung bedeutet das Durchgreifen der Staatsgewalt eine Beschneidung der eigenen Entscheidungsfreiheit.

Blick zurück

Klagen über die Einmischung des Staates in Angelegenheiten der Selbstverwaltung gibt es nicht erst seit die Eckpunkte des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes bekannt sind. „Die Selbstverwaltung hat keine Spielräume mehr – keine Spielräume im Gestalten und auch keine Spielräume im Verwalten. Die Spielräume sind immer enger gemacht durch die Gesetzgebung“, beschwerte sich beispielsweise vor zehn Jahren der damalige KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler – genau derjenige, der aus heutiger Sicht den Anstoß zu einer möglichen neuerlichen Verschärfung der Gesetzeslage geliefert hat. „Wo können wir eigentlich noch eigenständig handeln?“ Zu den wesentlichen Aufgaben der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung gehören die Sicherstellung der Versorgung, die Honorarverteilung und die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen sowie die Mitwirkung in verschiedenen Gremien, etwa dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Selbstverwaltungen müssen die politisch beschlossenen Reformen der Makroebene umsetzen, aber gleichzeitig die Interessen ihrer Mitglieder auf der Mikroebene wahren – oft keine leichte Aufgabe, so auch 2006. Denn angesichts der allseits beklagten „Mangelverwaltung“ damals, richtete sich der Protest der aufgebrachten Ärzte auch gegen die eigene Körperschaft.

VERTRAGSVERLETZUNGSVERFAHREN

Die Compliance der EU-Mitgliedstaaten bei der Realisation des europäischen Binnenmarkts lässt offenbar zu wünschen übrig. Mitte letzten Jahres waren etwa 1.090 Vertragsverletzungsverfahren anhängig, und die nationalen Behörden benötigten durchschnittlich fast 30 Monate, um Verfahren abzuschließen, wie die Europäische Kommission beklagt. Durch ein Vertragsverletzungsverfahren wird geklärt, ob ein Mitgliedstaat gegen EU-Recht verstoßen hat. Nach Artikel 258 bis 260 AEUV (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union) versendet die EU-Kommission zunächst ein Mahnschreiben. Bei unzureichender Reaktion kann diese vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) klagen, der entscheidet, ob eine Vertragsverletzung vorliegt und welche Maßnahmen der Mitgliedstaat ergreifen muss, um diese zu beheben. Führt dies aus Sicht der EU-Kommission nicht zum gewünschten Erfolg, können in einem zweiten Vertragsverletzungsverfahren vor dem EuGH Geldstrafen verhängt werden.

Rollenwechsel

„Wir sind immer mehr in eine Sanktionierungs- und bürokratische Drangsalierungsbehörde gewechselt. So empfinden uns die Ärzte“, erklärte der damalige KBV-Chef in einem Beitrag des Deutschlandfunks. „Und dann muss man sich auch mal die Frage stellen dürfen: Sind wir denn noch tatsächlich Interessenvertreter unserer eigenen Mitglieder?“ Gleichzeitig dachten Politiker aller Couleur laut über die Abschaffung der Selbstverwaltung nach, was die Vermittlung zwischen den Ebenen nicht erleichterte. „Ich glaube nicht, dass die Qualität der Versorgung zusammenbricht und auch die Sicherstellung gefährdet ist, wenn wir keine Kassenärztliche Vereinigung und auch keine gemeinsame Selbstverwaltung mehr haben“, sagte zum Beispiel der damalige BMG-Abteilungsleiter Franz Knieps, heute Chef des Betriebskrankenkassenverbands, im selben Rundfunkbeitrag. „Diese Form der Selbstverwaltung kennt nur Deutschland.“

Neue Player

Heute ist die Abschaffung der Selbstverwaltung nicht mehr das Thema, mit dem Politiker Schlagzeilen machen – zumindest nicht die deutschen. Allerdings beobachten Berufsverbände und Körperschaften mit Sorge die Harmonisierungsbestrebungen innerhalb der EU zur Realisierung des Europäischen Binnenmarkts (s. Kästen). Die zuständige polnische EU-Kommissarin Elżbieta Bieńkowska, seit 2014 im Amt, hat im Rahmen der sog. „Binnenmarktstrategie“ die Freien Berufe ins Visier genommen: „Trotz aller bisherigen ►►

- Fortschritte gibt es – vor allem im Dienstleistungssektor – immer noch zu viele nicht unerhebliche wirtschaftliche Hindernisse. Nach Schätzungen der Kommission dürfte das BIP der EU durch eine ambitioniertere Umsetzung der Dienstleistungsrichtlinie um 1,8 Prozent steigen“, konstatierte sie vor einem Jahr. Im Ausland tätige Unternehmen und Freiberufler würden immer noch dadurch behindert, dass Berufe unterschiedlich und manchmal inkohärent reguliert würden und bestimmte Berufe EU-weit „geschützt“ seien.

Deregulierungsdruck

Die Europäische Kommission kündigte in ihrem Strategiepapier unter anderem die Festlegung eines Analyserasters an, nach dessen Vorgaben die Mitgliedstaaten künftig werden nachweisen müssen, „dass die Gemeinwohlziele ausschließlich durch Zugangsbeschränkungen oder Verhaltensregeln für die betreffenden beruflichen Tätigkeiten erreicht werden können“. Schaffen die Mitgliedstaaten dies nicht, darf man vermuten, dass die jeweiligen Regierungen an einer Änderung der gesetzlichen Vorgaben nicht vorbeikommen.

Alarmiert wurden Vertreter der Freien Berufe, als im vergangenen Jahr gegen Deutschland und fünf weitere EU-Mitgliedstaaten Vertragsverletzungsverfahren wegen unzureichender Einhaltung der Dienstleistungsrichtlinie gestartet wurden. Das Verfahren gegen Deutschland betraf die Bestimmungen über verbindliche Mindestpreisregelungen in der Honorarordnung für Architekten und Ingenieure (HOAI) und in der Steuerberatergebührenordnung. Die Kommission forderte die Bundesregierung auf, die gesetzlichen Mindestsätze für die drei Berufsgruppen abzuschaffen, da sie ihrer Meinung nach gegen geltendes EU-Recht verstießen. Es gebe keinen Beleg dafür, dass die Mindestsätze dazu beitragen, hohe Qualitätsstandards sicherzustellen. Vielmehr behinderten sie den Wettbewerb und verteuerten die erbrachten Leistungen für die Verbraucher. Im Februar dieses Jahres läutete die Kommission für vier Mitgliedstaaten inklusive Deutschland die nächste Stufe des Vertragsverletzungsverfahrens ein. Da Deutschland in der Zwischenzeit angekündigt hatte, im Fall der Steuerberater Reformen vorzunehmen, stehen seither nur Architekten und Ingenieure im Schussfeld. Andere Vertreter der Freien Berufe, auch Ärzte und Zahnärzte, befürchten allerdings, dass es auf längere Sicht nicht bei diesen Berufsgruppen bleiben könnte.

Vorsorge

Schon im vergangenen Jahr hatten die Vertreterversammlungen von KZBV und KZV BW das angelaufene Vertragsverletzungsverfahren zum Anlass genommen, Strategien für den Erhalt der Freiberuflichkeit der Heilberufe voranzutreiben. Die offenkundig gewordenen Bestrebungen zur

undifferenzierten Deregulierung der Freien Berufe lehnten sie mit großer Deutlichkeit ab. Beim 11. Europatag von BZÄK und Bundesverband der Freien Berufe (BFB) im Juni fand auch Dr. Andreas Gassen klare Worte: „Unsere Freien Berufe sind das ideale Best-practice-Beispiel für effiziente, staatsferne Regulierung mit starkem, kompromisslosem Qualitätsanspruch“, erklärte der BFB-Vizepräsident und KBV-Vorstandsvorsitzende. „Daher ist es nicht nachvollziehbar, dass das System der Freien Berufe nicht als Blaupause genommen wird, sondern unter Rechtfertigungsdruck gerät.“ Ein Abbau berufsrechtlicher Regelungen werde massive Auswirkungen auf die Qualität freiberuflicher Leistung haben, betonte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel auf dem Europatag. Eine rein ökonomisierte Betrachtung von berufsrechtlicher Regulierung greife zu kurz. ■

_____schildhauer@meduco.de

Quelle: Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 11/2016

EUROPÄISCHER BINNENMARKT

Der Europäische Binnenmarkt, an dem die 28 Mitgliedstaaten der EU beteiligt sind, ist – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – der größte gemeinsame Wirtschaftsraum der Welt. Er basiert rechtlich auf den vier Grundfreiheiten:

- Freier Warenverkehr: unbeschränkter Handel zwischen den Mitgliedstaaten
- Personenfreizügigkeit: Unionsbürger dürfen sich in allen Mitgliedstaaten frei bewegen
- Dienstleistungsfreiheit: Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs in den Mitgliedstaaten sind verboten. (Dennoch sind die nach nationalem Recht notwendigen Formalitäten einzuhalten. Die Europäische Dienstleistungsrichtlinie soll hier zu einer Liberalisierung beitragen.)
- Freier Kapital- und Zahlungsverkehr:

für Gelder und Wertpapiere in beliebiger Höhe
Zur Umsetzung der vier Grundfreiheiten und damit zur Realisierung des Europäischen Binnenmarkts ist in der Regel eine Harmonisierung der nationalen Gesetze erforderlich. Die Beseitigung der Binnengrenzen wird u. a. durch die Europäische Kommission und den Europäischen Gerichtshof auch gegen die Mitgliedstaaten durchgesetzt, etwa in Vertragsverletzungsverfahren („negative Integration“). Neue Gesetze werden geschaffen („positive Integration“), beispielsweise in Sachen Verbraucherschutz, Umweltschutz und Verkehr. Ein wichtiges Instrument zum Abbau der Handelshemmnisse sind die europaweit harmonisierten technischen Normen (EN).

Bürgerversicherung und PKV-Arbeitsplätze

HBS-STUDIE ZUM TRANSFORMATIONSPROBLEM



Vor der letzten Bundestagswahl im Jahr 2013 war das Ziel eines einheitlichen Versicherungsmarktes bzw. die Einführung einer Bürgerversicherung das zentrale Thema der gesundheitspolitischen Diskussion. In diesem Zusammenhang hatte die Hans-Böckler-Stiftung (HBS) eine Studie gefördert, die die Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung untersuchen sollte (<http://tinyurl.com/j2zzkqw>). Diese Studie stieß auf größere Resonanz. Insbesondere weil sie (entgegen der Intention der Auftraggeber) zeigte, dass die damals von der SPD geäußerte Vorstellung, auch die PKV-Unternehmen könnten die Bürgerversicherung „anbieten“ und damit ihre Arbeitsplätze sichern, keinerlei Realisierungschance hat. Die wesentliche Erkenntnis (und Nachwirkung) der Studie war, dass eine realistische Bewertung der Beschäftigungswirkungen kaum durchführbar ist, wenn man von einer 100-Prozent-Umsetzung der Bürgerversicherung zu einem bestimmten Stichtag ausgeht. Tatsächlich „enthielten die damaligen (vor allem parteipolitischen) Konzeptvorschläge keine „Transformationskonzepte“ für die Umstellung auf eine Bürgerversicherung, und auch die wissenschaftliche Bearbeitung“ klammerte die Transformationsprozesse weitgehend aus.

Vor diesem Hintergrund hat die HBS das IGES Institut beauftragt, „konkrete Transformationsszenarien einer Bürgerversicherung zu identifizieren und mit besonderem Augenmerk auf die Beschäftigungswirkungen Gestaltungsoptionen für den Weg in eine Bürgerversicherung herauszuarbeiten.“ Die Studie wurde Anfang November stillschweigend veröffentlicht und von der HBS auf ihre Website gestellt: <http://tinyurl.com/hhknm6>

Gearbeitet wurde mit Szenarien, die die Elemente der verschiedenen Bürgerversicherungskonzepte kombinieren. „Die Unterschiede beziehen sich auf

- ▶ die Instrumente bzw. grundlegenden Gestaltungsansätze, mit denen das Krankenversicherungssystem transformiert wird (Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen, systemübergreifende Formen eines Risikostrukturausgleichs oder Veränderungen der Systemgrenze);
- ▶ die hierdurch jeweils erzeugten Verhaltensreaktionen der Versicherten und die resultierenden Marktverschiebungen; und
- ▶ die Zeiträume, über die sich die jeweiligen Wirkungen erstrecken.“

Wegen der besonderen Bedeutung der PKV für die Beamten wurde jeweils auch die Rolle des Beihilfesystems diskutiert. Dabei sind die Versatzstücke in vielfältiger Weise kombinierbar. In einem ersten Schritt hat IGES acht (einigermaßen) konsistente Szenarien beschrieben. In Experten-Workshops wurden daraus – vor allem nach dem Kriterium der politischen Umsetzungschancen – vier Szenarien ausgewählt, für die eine konkrete Simulation der Beschäftigungswirkungen vorgenommen wurde. Dabei wurde ein Zeithorizont von zehn Jahren veranschlagt. Die Ergebnisse sind exemplarisch. Für andere Transformationskonzepte könnte man die Arbeitsplatzwirkungen sozusagen „interpolieren“. Im Ergebnis wird sich nach allen Szenarien „der Marktanteil der PKV längerfristig verkleinern. Die Beschäftigung im Bereich der PKV würde sich damit in allen Szenarien verringern, das Ausmaß variiert jedoch stark in Abhängigkeit von den jeweiligen Rahmenbedingungen: Die Größenordnungen liegen geschätzt zwischen rund drei ▶▶

► Viertel am oberen Ende und knapp einem Drittel am unteren Ende.“ Methodisch interessant ist bei den einzelnen Szenarien die Modellierung der Verhaltensreaktionen der Versicherten, der resultierenden Marktverschiebungen zwischen GKV und PKV sowie der Zeiträume, über die sich die jeweiligen Wirkungen erstrecken. Die Höhe der gezahlten PKV-Prämien wurde nach Daten aus dem sozioökonomischen Panel (SOEP) berechnet. Für die abhängig Beschäftigten, Rentenbezieher sowie die Selbständigen in der PKV „wurden zunächst entscheidungsrelevante Schwellenwerte der prozentualen Mehr- bzw. Minderbelastung infolge eines Wechsels zwischen PKV und GKV angenommen. Anschließend wurden die Anteile der Versicherten geschätzt, die sich bei Über- bzw. Unterschreitung dieser Schwellenwerte für einen Wechsel entscheiden.“

Die Nicht-Erwerbstätigen (vor allem Familienangehörige der erwerbstätigen Mitglieder) wurden proportional den wechselnden Versicherungsnehmern zugeordnet. Für die Beamten und Versorgungsempfänger wurde unterstellt, dass die Entscheidung über die Wahl der Versicherung von den Beihilfeträgern getroffen wird. Dies ist ein durchaus kreativer Aspekt. Verfassungsrechtlich unbestritten könnte der Dienstherr die Beihilfe seiner Beamten auch durch den regulären Arbeitgeberzuschuss zur GKV ersetzen. Die Wahrscheinlichkeit, dass er diese Option im Rahmen eines Transformationskonzeptes tatsächlich nutzt, machen die Autoren an der relativen Beihilfebelastung fest. Bekanntlich sind diese Belastungen in den Bundesländern recht unterschiedlich. „Die dem Szenario 3 zugrunde liegende Annahme ist, dass sich neben dem Bund die sieben Bundesländer mit einem relativ hohen Anteil an Versorgungsempfängern ($\geq 40\%$ an der Gesamtzahl der aktiven Beamten und Versorgungsempfänger) für einen Wechsel ihrer Beihilfeberechtigten in die GKV entscheiden.“ Insgesamt beträfe dies rund 1,3 Millionen Versicherte (ohne Familienangehörige) bzw. etwas mehr als die Hälfte der PKV-versicherten Beamten und Versorgungsempfänger.

Ein Beispiel für die Entscheidungsschwellen bei den Versicherten: So weit die Selbständigen in der GKV versichert sind, liegen ihre Einkommen häufiger in den unteren Quintilen der Selbständigen-Einkommen insgesamt. Bei den PKV-versicherten Selbständigen ist es umgekehrt. „Entsprechend wird für Szenario 1 angenommen, dass die knapp 395.000 privat versicherten Selbständigen der beiden unteren Einkommensquintile in die GKV wechseln“.

Bei den Beschäftigungswirkungen in der PKV wurden die Funktionsbereiche unterschieden. Bei allen Eingriffen in das „PKV-Neugeschäft“ gibt es kurzfristige und zeitlich komprimierte Beschäftigungseffekte im Vertrieb (mit rund der Hälfte der PKV-Beschäftigten). In der Schadensregulierung und Vertragsverwaltung verzögern sich dagegen alle Wirkungen und sind eher proportional über die Zeit

verteilt. Wichtig ist auch der Hinweis auf die Digitalisierung der Geschäftsprozesse, die in der PKV noch relativ am Anfang steht. Daher kann deren Beschäftigungsstand auch bei einer Beibehaltung des rechtlichen Status quo nicht einfach fortgeschrieben werden. Schließlich wird die Kompensation negativer Beschäftigungseffekte in der PKV diskutiert. „Kompensierende Beschäftigungseffekte in der GKV wurden ebenfalls als unrealistisch angesehen. ... Zusätzliche GKV-Zugänge aus der PKV könnten allenfalls zu einer Verlangsamung des (ohnehin stattfindenden) Personalabbaus in der GKV führen, kaum aber zur Aufnahme zusätzlichen Personals.“

Die detaillierten Berechnungen zu den Beschäftigungswirkungen der einzelnen Szenarien haben weitgehend den Charakter von Glasperlenspielen. Der Wert der präsentierten Überlegungen besteht jedoch darin, über Transformationsmodelle genauer nachzudenken und deren Auswirkungen auf der Handlungsebene der Akteure durchzuspielen. Dabei stehen alle diese Szenarien unter einem fundamentalen politisch-psychologischen Vorbehalt: Jede glaubwürdige (und das heißt faktisch irreversible) Richtungsentscheidung der Politik hin zu einer Bürgerversicherung dürfte das Vertrauen in das PKV-System grundlegend erschüttern. Insoweit stehen alle Prognosen zu einem Fortbestand der PKV auf einem ‚niedrigeren Niveau‘ auf äußerst wackeligen Füßen.

Wenn man sich auf das Transformationsproblem einlässt, ist eine grundlegende Erkenntnis der Studie, dass alles länger dauert und komplizierter wird, als es die politischen Protagonisten der Bürgerversicherung gerne hätten. Außerdem kann in unserem Rechtssystem nur eine Annäherung an die Idealvorstellung einer Bürgerversicherung erreicht werden. Schließlich werden mit jedem konkreten Schritt auch neue Gerechtigkeitsfragen aufgeworfen. (Was mehr oder weniger für jede stichtagsbezogene Rechtsveränderung in der Sozialen Sicherung gilt.)

Immerhin geht es innerhalb eines überschaubaren Zeitraums um den Verlust von 20.000 bis 40.000 Arbeitsplätzen. Das ist eine Größenordnung, die deutlich über die Kaisers-Tengelmann-Dimension hinausgeht. Das macht die Studie für SPD und DGB zu einer heiklen Angelegenheit. Allein schon deshalb und wegen der aufgedeckten Probleme eignet sie sich nicht, um öffentliche Begeisterung für die Bürgerversicherung zu entfachen. Wahrscheinlich hat die HBS, die ja pro-Bürgerversicherung eingestellt ist, aus diesem Grunde die Studie nicht engagierter bekannt gemacht. Die Fachleute der die Bürgerversicherung befürwortenden Parteien werden sich jedoch auf dieser Basis intensiver mit dem Transformationsproblem beschäftigen und bestimmte Weichenstellungen für die kommenden Koalitionsverhandlungen vorbereiten. ■

_____ Quelle: gid Nr. 38 vom 22.11.2016

Das Antikorruptionsgesetz

Der Gesetzgeber hat mit dem im Juni 2016 in Kraft getretenen Antikorruptionsgesetz korruptives Verhalten im Gesundheitswesen ausdrücklich unter Strafe gestellt. Der aktuelle Beitrag aus dem Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein beleuchtet ausgewählte mögliche zahnarztspezifische Fallkonstellationen vor dem Hintergrund dieses Gesetzes.

_____ NZB-Redaktion

Unzulässige Vereinbarungen

Eine Strafbarkeit für Zahnärzte kann sich nach den neuen Vorschriften aus verschiedenen Konstellationen ergeben, so beispielsweise aus Vereinbarungen mit anderen Kollegen oder aus Kooperationen mit Dentallaboren oder der Dentalindustrie. Strafrechtlich problematisch wird es, wenn etwa durch die Annahme von Vorteilen die heilberufliche Unabhängigkeit verletzt wird oder – anders ausgedrückt – der Zahnarzt sein Verordnungs-, Zuführungs- oder Bezugsverhalten nicht allein an zahnmedizinischen Gesichtspunkten unter Berücksichtigung des Patienteninteresses bzw. Patientenwohls ausrichtet.

Zu beachten ist außerdem, dass das bloße Annehmen eines Vorteils nicht ausreicht, um den Korruptionstatbestand zu erfüllen. Es muss vielmehr eine sogenannte „Unrechtsvereinbarung“, also eine Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung, vorliegen – der Zahnarzt muss den Vorteil als Gegenleistung für eine zumindest beabsichtigte unlautere Bevorzugung des Vorteilsgebers im Wettbewerb fordern, sich versprechen lassen oder annehmen. Es ist also nicht erforderlich, dass die Bevorzugung tatsächlich erfolgt ist. Auch wenn im Gesetzestext die Verletzung berufsrechtlicher Pflichten nicht genannt wird, wird im praktischen Ergebnis ein Verstoß gegen berufsrechtliche Pflichten unter Strafe gestellt. Als Maßstab bei der Prüfung des Tatbestandsmerkmals der Unlauterkeit kann das Berufsrecht dienen. Als Faustregel kann gelten: Was berufsrechtlich erlaubt ist, ist strafrechtlich nicht verboten und umgekehrt. Nun zu den angesprochenen – beispielhaften – zahnarzt-spezifischen Fallkonstellationen:

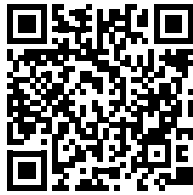
Rabatte, Vergünstigungen, Vorteilsgewährungen

Vereinbart ein Zahnarzt etwa mit einem Implantathersteller einen Mengen- bzw. Preisrabatt („Bei dem Bezug von 50 Implantaten 5 Implantate gratis.“), ist dies unproblema-

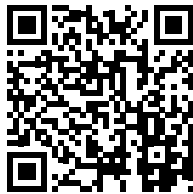


tisch, wenn der Rabatt unverändert an die Patienten weitergegeben wird; hierbei muss der Rabatt auf die gesamte Bestellmenge umgerechnet werden, um diesen anteilig an alle Patienten, die mit der bestellten Menge versorgt werden, weiterzugeben. Solche allein dem Patienten zugutekommenden Vorteile unterfallen nicht den Korruptionstatbeständen – denn solange der Zahnarzt keinen persönlichen Vorteil erlangt, besteht auch nicht die Gefahr einer Verletzung seiner heilberuflichen Unabhängigkeit. Diese Wertung geht im Übrigen in gebührenrechtlicher Hinsicht auch konform mit § 9 GOZ, wonach ein Zahnarzt nur die tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen gegenüber dem Patienten als Auslagen berechnen darf.

Hingegen dürften Preisnachlässe, die gezielt in verdeckter Form gewährt werden, um sie dem Patienten vorzuenthalten und ausschließlich dem Zahnarzt zufließen zu lassen (z. B. umsatzbezogene Rückvergütung – sog. „Kickback“, „Treueprämien“), nunmehr vom Korruptionstatbestand erfasst sein; denn es wird regelmäßig anzunehmen sein, dass diese Preisnachlässe objektiv geeignet sind, einen Zahnarzt in seinem Verordnungs-, Zuführungs- oder Bezugsverhalten zugunsten des Vorteilsgebers zu beeinflussen. So könnte der Zahnarzt etwa den „Kickback“ gewährenden Implantathersteller bevorzugen, obwohl aus rein zahnmedizinischer Sicht unter Berücksichtigung des Patienteninteresses ein anderer Implantathersteller vorzuziehen wäre. In diesem Fall läge dann eine unlautere Bevorzugung vor. ►►



Broschüre der KZBV: Rechtsgrundlagen für die Zahnarztpraxis – Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen



NZZ 10/2016, Seite 32: Das Antikorruptionsgesetz – Ein Leitfaden zum Umgang mit dem Antikorruptionsgesetz

Die Gefahr einer solchen Beeinflussung des Zahnarztes gilt auch für sonstige Vergünstigungen oder Vorteils-gewährungen wie beispielsweise für die Übernahme von Fortbildungskosten des Zahnarztes durch ein Dentallabor. Auch hier könnte unterstellt werden, dass der Zahnarzt auf diese Weise beeinflusst werden soll, bei der Erteilung von zahntechnischen Aufträgen dieses Dentallabor gegenüber anderen in unlauterer Weise zu bevorzugen. Nicht strafbar dürften wiederum Vereinbarungen sein, wonach der Zahnarzt zum Beispiel von einem Dentallabor für einen kurzfristigen Ausgleich der Rechnung 3 % Skonto erhält. Dies ist als verkehrüblich und damit als zulässig anzusehen; darüber hinaus dürfte es sich hierbei in rechtlicher Hinsicht auch nicht um einen Rabatt, sondern um einen Zinsausgleich handeln.

Honorar als Berater und Referent

Eine Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Dentalhersteller, nach der der Zahnarzt ein Berater- oder Referentenhonorar erhält, ist dann zulässig, wenn dieser Zahlung eine entsprechende Tätigkeit des Zahnarztes gegenübersteht und sich die Zahlung als angemessen darstellt. Ist dies nicht der Fall, könnte argumentiert werden, dass die Zahlungen einen geldwerten Anreiz dafür darstellen sollen, dass der Zahnarzt diesen Dentalhersteller im Rahmen der übrigen Geschäftsbeziehungen – also dem Bezug von Dentalerzeugnissen – gegenüber anderen Dentalherstellern in unlauterer Weise bevorzugt.

Zuführung von Patienten

Strafbar ist auch die Zuführung von Patienten gegen Entgelt bzw. einen sonstigen wirtschaftlichen Vorteil – so etwa die Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Fachzahnarzt, nach der der Zahnarzt eigene Patienten ausschließlich an den Fachzahnarzt verweisen soll und er dafür vom Fachzahnarzt eine Geldprämie erhält oder er dessen Ferienhaus kostenlos nutzen darf.

Unternehmensbeteiligung

Ein Zahnarzt kann sich grundsätzlich – wie jeder andere auch – an einem Unternehmen beteiligen. Als strafrechtlich problematisch könnte sich hingegen eine Beteiligung eines Zahnarztes an einem gewerblichen Dentallabor erweisen.

So hatte beispielsweise der Bundesgerichtshof im Jahr 2012 (Az. I ZR 231/10) in einer zivilrechtlichen Streitigkeit entschieden, dass es eine unangemessene und unsachliche Einflussnahme auf die zahnärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit darstelle, wenn sich Zahnärzte vertraglich verpflichteten, ein von einer GmbH betriebenes Dentallabor mit sämtlichen bei der Behandlung ihrer Patienten anfallenden Dentallaborleistungen zu beauftragen und die Zahnärzte durch eine gesellschaftsrechtliche Konstruktion am Gewinn dieser GmbH partizipieren können. Der Bundesgerichtshof hatte diese Vertragsbestimmung aufgrund Berufswidrigkeit für nichtig erklärt.

Der Gesetzgeber hat diese Entscheidung in seiner Begründung zum Antikorruptionsgesetz ausdrücklich erwähnt und hierzu erklärt, dass eine derartige Konstruktion nunmehr auch strafbar sei.

Unabhängig von dieser Entscheidung des Bundesgerichtshofs hat der Gesetzgeber zum Thema „Beteiligung an Unternehmen“ klargestellt, dass Vereinbarungen, nach denen die Gewinnbeteiligung oder sonstige Vorteile des Zahnarztes unmittelbar von der Zahl seiner Verweisungen oder dem damit erzielten Umsatz abhängen, stets unzulässig seien.

Sei der Zahnarzt hingegen nur mittelbar, insbesondere über allgemeine Gewinnausschüttungen am Erfolg eines

Unternehmens beteiligt, komme es für die Zulässigkeit der Beteiligung darauf an, ob er bei objektiver Betrachtung durch seine Patientenzuführung einen spürbaren Einfluss auf den Ertrag seiner Beteiligung nehmen könne.

Partnerfactoring

Bei dem sogenannten Partnerfactoring werden die zahnärztliche Honorarforderung und die Laborkostenforderung getrennt voneinander an das Abrechnungsunternehmen verkauft. Zahnarzt und Dentallabor tragen die vom Abrechnungsunternehmen hieraus errechneten jeweiligen Factoring-Gebühren jeder für sich.

Die Gebühr für den Zahnarzt fällt damit im Vergleich zum „normalen“ Factoring geringer aus. Bei dem „normalen“ Factoring verkauft der Zahnarzt die aus zahnärztlicher Honorarforderung und Laborkostenforderung bestehende Gesamtforderung an das Abrechnungsunternehmen, so dass er auch eine aus dem Gesamtbetrag berechnete – höhere – Factoring-Gebühr tragen muss.

Eine Strafbarkeit könnte nun darin gesehen werden, dass ein Zahnarzt ein Dentallabor in erster Linie aufgrund der Möglichkeit des Partnerfactorings und der damit verbundenen finanziellen Vorteile – und eben nicht allein aus zahnmedizinischen bzw. zahntechnischen Gründen – aussuchen könnte.

Geringwertige Vorteile und Präsente

Eine Geringwertigkeits- oder Bagatellgrenze sehen die Korruptionstatbestände nicht vor. Allerdings kann nach Auffassung des Gesetzgebers bei geringfügigen und allgemein üblichen Werbegeschenken oder kleineren Präsenten von Patienten von einer sogenannten „sozialadäquaten

Zuwendung“ ausgegangen werden, die die Korruptionstatbestände nicht erfüllt, da es hier an einer objektiven Eignung fehlt, konkrete heilberufliche Entscheidungen zu beeinflussen. Ferner handelt es sich bei Geschenken von Patienten, die als Dank für eine erfolgreiche Behandlung überreicht werden, um nachträgliche Zuwendungen, die ohnehin nicht von den Korruptionstatbeständen erfasst werden.

Fazit

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass das neue Antikorruptionsgesetz für einen Zahnarzt kein Grund sein dürfte, „in Panik zu verfallen“. Allerdings ist ihm zu empfehlen, den Erlass dieses Gesetzes zum Anlass zu nehmen, seine geschäftlichen Verbindungen nunmehr auf etwaige strafrechtlich problematische Konstellationen hin zu überprüfen bzw. mit Hilfe entsprechend qualifizierter Rechtsanwälte überprüfen zu lassen. Sollte sich hierbei ein strafbares Verhalten zeigen und dieses unverzüglich abgestellt werden, könnte dies zumindest als strafmildernder Grund im Rahmen eines Strafverfahrens geltend gemacht werden. ■

____ Christopher Kamps
Juristischer Geschäftsführer
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Quellen u. a.:
Gesetzesentwurf der Bundesregierung, Drucksache 18/6446
Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für
Recht und Verbraucherschutz, Drucksache 18/8106
Urteil des Bundesgerichtshofs vom 23.02.2012 –
Az. I ZR 231/10

Nachdruck aus: Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein –
Ausgabe 11-2016



Deutscher Zahnärztetag

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG UND BUNDESVERSAMMLUNG DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

In Berlin waren vom 16. bis 19. November alle berufspolitischen Entscheider im Rahmen der Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) anlässlich des Deutschen Zahnärztetages 2016 versammelt. Dort gaben die Spitzenvertreter der deutschen Zahnärzteschaft ihre Rechenschaftsberichte ab und nahmen zu aktuellen (gesundheits)politischen Ereignissen und Entwicklungen ebenso Stellung, wie zu den Belastungen, die die Politik regelmäßig für den Berufsstand bereithält. Das sog. „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ (GKV-SVSG), das konkret zur Schwächung, wenn nicht sogar zur Abschaffung der Selbstverwaltung geeignet ist, stand in der Kritik bei allen Veranstaltungen.

Insgesamt boten die zentralen Versammlungen im Schluß mit der Wissenschaft ein starkes Zeichen der gemeinsamen berufspolitischen Zielsetzung, die konzentriert in der gemeinsamen Pressekonferenz zum Deutschen Zahnärztetag zum Ausdruck kam. Dort standen der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, der alte und neue Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, sowie die Präsidentin der DGZMK, Prof. Dr. Bärbel

Kahl-Nieke, Rede und Antwort: In der Kritik an der überbordenden Bürokratie, der „juristischen Übersteuerung“ und nicht zuletzt an dem sog. GKV-SVSG war man sich einig. Dass das Medienecho in den bundesdeutschen Leitmedien eher gering war, konnte in dieser Zeit niemanden überraschen. Auch der Besuch des Bundesgesundheitsministers Gröhe, der vor der Bundesversammlung der BZÄK ein Grußwort sprach, vermochte daran nichts zu ändern. Der frisch wiedergewählte Vorsitzende der Bundesversammlung, Dr. Thomas Breyer, begrüßte den Minister mit Blick auf das GKV-SVSG mit kritischen Anmerkungen: Das Gesetzesvorhaben sei ein „weiterer Ausdruck dafür, dass Worte und Handeln der Politik nicht immer übereinstimmen“. Die Zahnärzteschaft fühle sich für etwas gemäßregelt, was sie nicht zu verantworten habe, fügte er unter Beifall hinzu. Als Breyer dann noch „als gelehrter Ossi“ mit angepasst hoher Stimmlage in Anspielung an das bekannte Ulbricht-Zitat hinzufügte: „niemand will eine Fachaufsicht aufbauen...“, gab es erneut Beifall.

In seinem Grußwort stellte Minister Gröhe zunächst die zahlreichen gemeinsam mit den Zahnärzten realisierten Projekte der letzten Jahre heraus. Man schätze, so der Minister, ausdrücklich und mit Dank die Arbeit der Selbst-



Demonstrative Einigkeit: Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der KZBV, Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Präsidentin der DGZMK, Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK und Moderatorin Dipl.-Des. Jette Krämer.



Minister Gröhe erwähnte in seinem Grußwort vor der Bundesversammlung der BZÄK auch das „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“.

verwaltung. Besonderes Lob fand er für die Erkenntnisse aus der V. Deutschen Mundgesundheitsstudie, für das Leitbild einer präventionsorientierten Zahnmedizin und eine auch international gute Bilanz. Ohne das Drängen und die Vorarbeit der Zahnärzteschaft seien die Erfolge nicht möglich gewesen, unterstrich Gröhe.

Nun sei er froh, dass man den Entwurf einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte an die Verbände gegeben habe. Dabei seien wichtige Punkte der Zahnärzteschaft berücksichtigt worden.

Die Strukturierung des Gesundheitssystems mit gesetzlicher und privater Versicherung beschrieb er als ein bewährtes System, bei dem der Systemwettbewerb ein starkes Fundament darstelle. Schließlich ging Gröhe auf den Kabinettsentwurf des GKV-SVSG ein, wobei ihm der Unmut der Zahnärzteschaft bekannt sei. Der Entwurf sei inzwischen deutlich verändert worden. So sei eine Entwicklung von der Rechts- zur Fachaufsicht nicht mehr enthalten. Im Übrigen ließ Gröhe keinen Zweifel daran, dass man an dem Gesetzesvorhaben festhalten wird.

Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

Die 13. VV der KZBV befasst sich mit aktuellen Fragen der vertragszahnärztlichen Versorgung, wobei das GKV-SVSG breiten Raum in den Diskussionen einnahm. In diesem Zusammenhang forderte die VV den Gesetzgeber in einer Resolution auf, zu einer verantwortungsvollen Politik im Umgang mit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zurückzukehren. Entgegen dem euphemistischen Gesetzstitel werde die Selbstverwaltung durch das GKV-SVSG nicht gestärkt. Ausgeweitete Eingriffsmöglichkeiten und zusätzliche Bürokratie würden vielmehr die betroffenen Institutionen belasten und diese in ihrer Funktionsfähigkeit schwächen.



Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)



Vorstand der KZBV: Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Günther E. Buchholz (stellvertretende Vorsitzende) und Dr. Wolfgang Eßer (Vorsitzender des Vorstandes)

Neuausrichtung der Parodontitis-Behandlung

Die Parodontitis solle entschlossen bekämpft werden, befand die VV. Zum gemeinsamen Handeln forderte die VV der KZBV alle verantwortlichen Entscheidungsträger der Politik, der Wissenschaft, der Krankenkassen und der Patientenvertreter auf. Zusammen mit der Zahnärzteschaft solle unter Bereitstellung der notwendigen Mittel eine neue, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlungsstrategie etabliert werden.

Um sowohl die gesundheitlichen, als auch die wirtschaftlichen Folgen der Parodontitis in den Griff zu bekommen, müsse neben einer flächendeckenden Aufklärung auch der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zwingend den wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst werden.

Derzeit fehlten noch wesentliche Bausteine einer präventionsbasierten Versorgungsstrecke, beispielsweise die regelmäßige Verlaufskontrolle im Sinne einer qualitätsgesicherten Evaluation sowie ein strukturiertes Nachsorgeprogramm durch eine unterstützende Parodontitistherapie (UPT).

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gefährden die wohnortnahe Sicherstellung der Versorgung im vertragszahnärztlichen Bereich.

Diese Auffassung vertrat die VV und forderte, dass Anstellungsgrenzen sowie Anleitungs- und Beaufsichtigungspflichten für angestellte Zahnärzte in reinen Zahnarzt-MVZs künftig im gleichen Umfang gelten sollten, wie für Einzel- und Mehrbehandlerpraxen. Die derzeitigen Regelungen förderten Großversorgungsstrukturen und eine zunehmende Ökonomisierung und Industrialisierung des freien zahnärztlichen Heilberufs; denn Zahnarzt-MVZs mit ihren unbegrenzten Anstellungsmöglichkeiten und ihrer gewerblichen Ausrichtung würden ganz zwangsläufig eine Sogwirkung in Richtung der Ballungsräume zu Lasten der ländlichen und einkommensschwachen Regionen entfalten. Zugleich gelte es, durch eine entsprechende Beaufsichtigung und Anleitung durch Vertragszahnärzte auch in Großversorgungsstrukturen Qualitätsrisiken für Patienten auszuschließen. Dies setze – ebenso wie in klassischen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemein- ►

- ▶ schaffen – die verantwortliche Leitung durch vollzeitige Zahnärztinnen oder Zahnärzte zwingend voraus, lautete die Begründung des entsprechenden Antrages.

Chancen der Digitalisierung nutzen – Patientendaten schützen

In einer weiteren Resolution forderte die W den Schutz persönlicher Daten und die Hoheit über die Weitergabe von Gesundheitsdaten als Basis für das (Zahn)Arzt-Patientenverhältnis. Dieses dürfe nicht einer vermeintlichen „Vorfahrt für alle Digitalisierungsaktivitäten“ geopfert werden.

Vertragszahnärzteschaft bekennt sich zum dualen System der Krankenversicherung

Die W der KZBV bekannte sich einmal mehr zu dem dualen System der Krankenversicherung in Deutschland und stieß damit, wie sich zeigte, auf die Zustimmung bei Minister Gröhe. Nur durch einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, hieß es in der Resolution, könne es dauerhaft gelingen, eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen.

Keine Sanktionen bei nicht rechtzeitiger Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Die W der KZVN forderte den Gesetzgeber auf, „die ungerechtfertigte Bestrafung der Selbstverwaltungskörperschaften für das Versagen der Industrie“ bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu verhindern. Die gesetzlich verankerte Terminierung solle ersatzlos gestrichen werden.

Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer e.V. Neuwahlen

Weichenstellungen gab es gleich zu Beginn der Bundesversammlung in Berlin. Sowohl bei der Wahl des Vorsitzenden der Bundesversammlung, als auch des Präsidenten und



Der alte und neue Geschäftsführende Vorstand der BZÄK mit Gesundheitsminister Gröhe. V.l.n.r.: Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Peter Engel, Minister Hermann Gröhe, Prof. Dr. Christoph Benz



ZKN-Kammerpräsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, sprach zum Thema Delegation und Substitution.

seiner zwei Stellvertreter gab es keine Überraschungen. Dr. Thomas Breyer wurde ebenso in seinem Amt als Vorsitzender der Bundesversammlung bestätigt wie Dr. Peter Engel im Amt des Präsidenten und Prof. Dr. Oesterreich sowie Prof. Dr. Christoph Benz als dessen Stellvertreter. Es konnte nicht überraschen, dass sich die berufspolitischen Diskussionen der Bundesversammlung mit einem ähnlichen Themenkreis beschäftigten wie zuvor die Vertreterversammlung der KZBV. So stand die Stärkung der Selbstverwaltung und des Ehrenamtes als dessen Grundgedanke im Vordergrund. Die Bundesregierung wurde aufgefordert, die ehrenamtliche berufsständische Selbstverwaltung des deutschen Kammerwesens in Europa und insbesondere in Deutschland offensiv zu vertreten und deren Bestand zu sichern.

Keine Kieferorthopädie ohne Zahnärzte – Kieferorthopäden

Der Vorstand der BZÄK wurde von der Bundesversammlung aufgefordert, auf nationaler und europäischer Ebene mit Blick auf das Zahnheilkundengesetz dafür Sorge zu tragen, dass Geschäftsmodelle gewerblicher Anbieter von Behandlungsgeräten zur kieferorthopädischen Selbstbehandlung zum Schutz der Patienten strikt unterbunden werden.

Delegation ja, Substitution nein

Die Bundesversammlung beschloss, sich gegenüber den europäischen Institutionen und dem deutschen Gesetzgeber für die Wahrung der persönlichen Verantwortung und Entscheidungskompetenz des Zahnarztes bei der Übertragung delegierbarer Teilleistungen einzusetzen. Eine Substitution von zahnmedizinischen Leistungen durch nicht-zahnärztliches Assistenzpersonal sei im Interesse des Patientenschutzes nicht zuzulassen, forderte die Bundesversammlung von der Politik.

Akademisierung nicht-zahnärztlicher Gesundheitsfachberufe in der Kritik

Zudem erteilte die Bundesversammlung den Bestrebungen nach einer Akademisierung nichtzahnärztlicher Gesundheitsfachberufe eine klare Absage. Die BZÄK und alle Verantwortlichen in den zahnärztlichen Körperschaften wurden aufgefordert, sich einer EU-Harmonisierung und



Die Delegierten zur Bundesversammlung aus Niedersachsen v.l.n.r.: Dr. Michael Ebeling, Dr. Axel Wiesner, Dr. Tim Hörnschmeyer, Dr. Tilli Hanßen, Dr. Ulrich Obermeyer, Silke Lange, Dr. Jürgen Hadenfeldt, Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Dr. Gundi Mindermann, Sabine Steding, Dr. Michael Sereny, Dr. Jobst-W. Carl, Dr. Ulrich Keck, Dr. Karl-Hermann Karstens

der Aussicht auf selbstständige Berufsausübung durch Anbieter von Bachelor-DH-Ausbildungsgängen entgegenzustellen. Das Bekenntnis der BZÄK zur Kammer-Aufstiegsfortbildung wurde begrüßt; denn die Akademisierung löse kein Fachkräfteproblem.

Entwurf der neuen zahnärztlichen Approbationsordnung wird begrüßt

Der Referentenentwurf einer im Grußwort des Bundesgesundheitsministers angekündigten neuen Approbationsordnung für Zahnärzte fand die Zustimmung der Delegierten. Nach über 60 Jahren wird der Verordnungsgeber die Approbationsordnung für Zahnärzte novellieren. Die Novelle sieht vor, dass das Studium der Zahnmedizin wie bisher mit dem Staatsexamen abschließt und zudem stärker an das Medizinstudium angebunden wird.

Der Entwurf kann online bei den zm eingesehen werden: <http://tinyurl.com/approb>

Ablehnung der GOÄ-Novelle

Die Bundeszahnärztekammer lehnt nach der Kenntnis des Verhandlungsstandes zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband zum Paragraphenteil die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als völlig ungeeignet ab, da sie durch die Umwandlung in eine Festgebührenordnung mit Einzelsätzen und eingeschränkten individuellen Berechnungsmöglichkeiten den Anforderungen an eine private Gebührenordnung nicht mehr gerecht werde.

Ferner forderte die Bundesversammlung den Verordnungsgeber auf, unter Erhalt der für Zahnärzte geöffneten GOÄ-Bereiche die besonders häufig erbrachten Beratungs-, Röntgen- und andere hochfrequente Leistungen angemessen zu bewerten und in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu integrieren.

Neubewertung der GOZ gefordert

Gleichzeitig wurde die Bundesregierung aufgefordert, bei einer zukünftigen Novellierung der GOZ eine Neubewertung

der Leistungen unter Berücksichtigung des zahnmedizinischen Fortschritts vorzunehmen. Ferner solle der Kostenentwicklung, insbesondere unter dem Aspekt der gesetzlich induzierten Praxiskostensteigerungen, Rechnung getragen werden.

Aufgrund des erhöhten apparativ-technischen und bürokratischen Aufwandes und der allgemeinen Teuerung wurde für die GOZ eine sofortige Anhebung des Punktwertes um 0,12 Euro sowie eine jährliche Anpassung gefordert.

Digitalisierung im Gesundheitswesen: Chancen nutzen und Risiken entgegentreten

Die fortschreitende Digitalisierung berge große Potentiale bei der Wissensvermittlung, der Förderung des Gesundheitsbewusstseins, bei Diagnostik und Therapie. Sie beinhalte aber erhebliche Risiken für die informelle Selbstbestimmung und für das geschützte Vertrauensverhältnis zwischen (Zahn)Arzt und Patient, stellte die Bundesversammlung fest. Gesundheit und Gesundheitsdaten dürften keine kommerziellen Waren werden.

Strategie gegen Deregulierungstendenzen der EU

Die Bundesversammlung forderte den Vorstand der BZÄK auf, im Zusammenwirken mit anderen Körperschaften des zahnärztlichen Berufsstandes und der anderen Heilberufe sowie dem Bundesverband der Freien Berufe eine gemeinsame und wirksame Strategie gegen die Deregulierungstendenzen durch die Europäische Kommission zu entwickeln.

Initiative aus Niedersachsen: Manuelle Aufbereitung von Medizinprodukten weiterhin zulässig

Die Bundesversammlung der BZÄK griff in einem Beschluss die Initiative der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) auf. Nach Ansicht der ZKN ist die manuelle Aufbereitung von Medizinprodukten weiterhin als eine mögliche Aufbereitungsform anzuerkennen.

Die ZKN arbeitet daran, für Klarheit hinsichtlich einer vermeintlich verpflichtenden Anwendungsforderung von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten (RDG) bei der Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen als einziger Aufbereitungsform zu sorgen. Dentalindustrie, Dentaldepot-Mitarbeiter(innen) und für die Überwachung zuständige Behördenmitarbeiter(innen) wurden in einem Beschluss der Bundesversammlung aufgefordert, keine von der Rechtslage abweichenden eigenen Interpretationen hinsichtlich der Verpflichtung zur Anerkennung von RDGs zu verbreiten.

Alle Beschlüsse der Bundesversammlung finden Sie im vollen Wortlaut unter: <http://tinyurl.com/zaetag> ■

_____loe

„Die Datenbetrunkenheit hat die Medizin erreicht“



Weichert fordert: „Im Vordergrund muss weiterhin der Mensch stehen, nicht die Optimierung der Datenausbeutung.“

Die „Datenbetrunkenheit vieler Wirtschaftsvertreter und Technikfetischisten“ kritisiert der Datenschützer Thilo Weichert. Er sieht die Voraussetzungen für einen schadlosen Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten noch längst nicht geschaffen.

Die Datenbetrunkenheit habe die Medizin erreicht: „Mit Big Data wollen viele Wirtschaftsvertreter und Technikfetischisten die Gesundheit der Bevölkerung steigern“, schreibt Weichert, der bis 2015 Datenschutzbeauftragter in Schleswig-Holstein war, in einem Gastbeitrag für die „Bertelsmann Stiftung“.

Zwar ließen sich mit den im Gesundheitssystem erfassten Patientendaten neue Erkenntnisse über Krankheiten, deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten, gewinnen. „Doch darf dabei keine Goldgräberstimmung ausbrechen, wie wir sie von US-amerikanischen, im Internet aktiven Konzernen kennen, die jetzt unkontrolliert Gesundheitsdaten schürfen wollen“, warnt Weichert.

Bei medizinischen Anwendungen sei vielmehr Vernunft gefordert. Ohne diese gehe die wichtigste Voraussetzung für einen optimalen Behandlungsprozess verloren: das Vertrauen der Patienten gegenüber ihren Ärzten. „Fehlt dieses Vertrauen, weil der Patient befürchtet, dass seine Gesundheitsdaten bei privaten Firmen – von der Pharmabranche bis zum eigenen Arbeitgeber – landen, wird er sich nicht vollständig gegenüber dem Arzt offenbaren. Diese Offenheit, die dem Arzt die nötigen Daten für die Behandlung verschafft, ist die wichtigste Garantie für eine gute Behandlung“, argumentiert Weichert. Angesichts des heutigen technischen Stands und der Arbeitsteilung in der Medizin gehe es dabei natürlich nicht ohne digital erfasste Daten. Doch diese müssten grundsätzlich zwischen Arzt und Patient vertraulich bleiben. Dabei helfe eine starke Datenverschlüsselung. Bevor diese Daten für medizinische Analysen herangezogen werden könnten, müsse gewährleistet werden, dass den Patienten daraus keine Nachteile entstünden. Hierfür gebe es digitale Anonymisierungs- und Pseudonymisierungswerkzeuge. Geschlossene Systeme und Treuhändermodelle würden dafür sorgen, dass auch beim Zusammenführen großer Datenmengen die Vertraulichkeit, also der Datenschutz, gewahrt bleibe.

„Davon wollen viele Big-Data-Fetischisten wenig wissen, weil ihnen das manche Geschäftsmodelle unmöglich macht, mit denen viel Geld verdient werden könnte“, moniert der Datenschützer. Und fordert: „Im Vordergrund muss weiterhin der Mensch stehen, nicht die Optimierung der Datenausbeutung.“

Ohne Zustimmung der Patienten dürfe eine konkrete Nutzung der Daten nur dann erfolgen, wenn sichergestellt werde, dass mit den Daten kein Schaden angerichtet werde, „keine Diskriminierung oder Manipulation erfolgt“, so Weichert. „Dafür fehlen derzeit oft noch die nötigen technischen, organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen – eine Erkenntnis, die bisher noch nicht in der deutschen Politik angekommen ist.“ ■ Quelle: änd, 28.11.2016

„Die IT-Sicherheit in Kliniken ist katastrophal“

Nur wenige Tage nach dem Hackerangriff auf die Telekom rückt die kritische Infrastruktur des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt. Fachleute zeichnen ein düsteres Bild der IT-Sicherheit in den Kliniken.

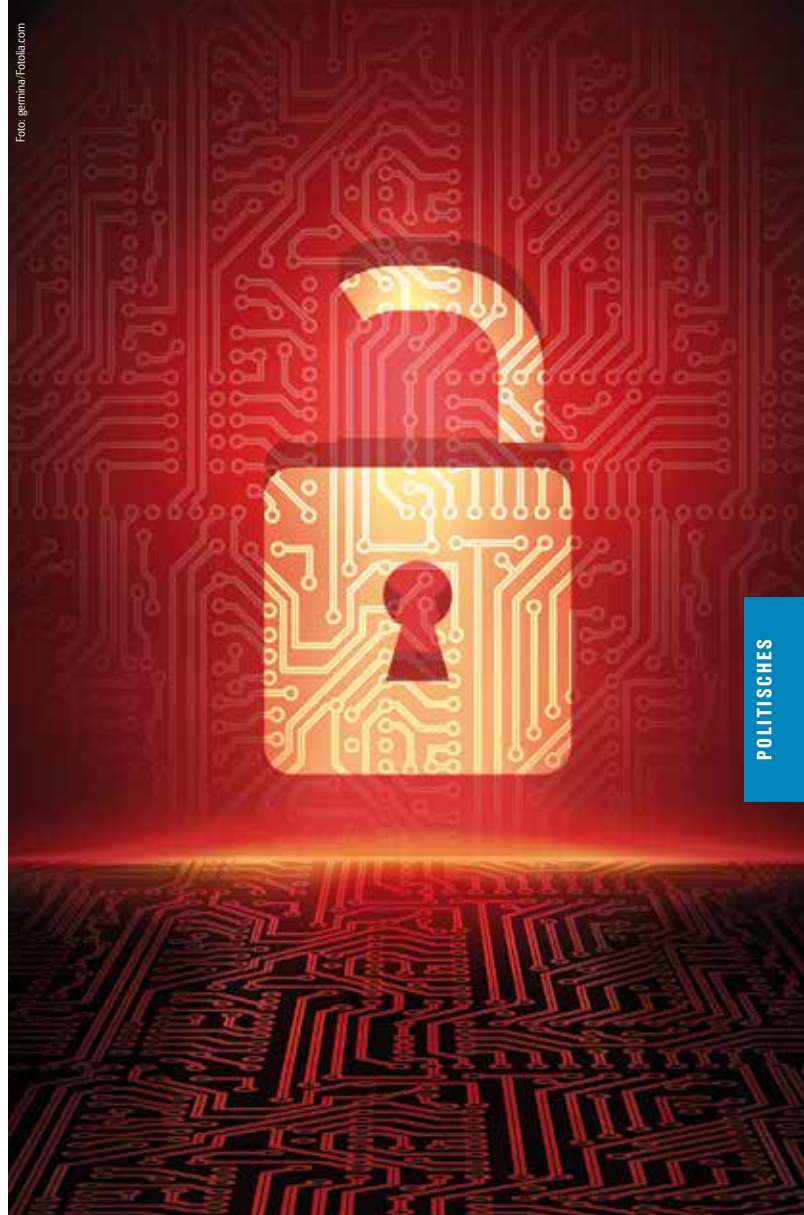
Viele Krankenhäuser und medizinische Zentren schützten Patientendaten ungenügend gegen kriminelle Hackerangriffe. „Die IT-Sicherheit in Kliniken ist katastrophal“, zitiert die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ Falk Garbsch vom Chaos Computer Club. „Es gibt in Krankenhäusern besonders viele Möglichkeiten, Dokumente und Daten zu stehlen, Geräte zu manipulieren und einen ganzen Betrieb lahmzulegen.“

Zur gleichen Einschätzung kommen laut FAZ die Fachleute der international tätigen Sicherheitsberatung Reurity Labs aus Berlin. „Die Gefahr bei Kliniken, dass sie zum Ziel von Angriffen werden, steigt. Es gibt die Erpressungsversuche, dass Hacker sensible Patientendaten geklaut haben.

Darüber wird aber nicht geredet“, zitiert das Blatt Oliver Neumann, Sprecher von Reurity Labs. Kliniken befürchteten einen Reputationsverlust. Wenn wichtige Geräte im Krankenhaus manipuliert würden, könne das für Patienten lebensbedrohend sein. Ein Verbandsvertreter, der seinen Namen nicht publik machen wollte, bezeichnete die Lage um die IT-Sicherheit in Krankenhäusern als „düster“.

Selbst die Politik kann offenbar die Augen vor diesem Problem nicht mehr verschließen. „Es ist leider so, dass Patientendaten in Deutschland sehr ungeschützt sind.

Die meisten Kliniken verfügen über keine oder eine leicht aushebelbare Sicherheitsstruktur“, sagte der Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach (SPD) auf Anfrage der FAZ. Der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Karl-Josef Laumann (CDU), verweise darauf, dass die Krankenhäuser ihre Schutzvorkehrungen ständig modernisieren müssten, und fordere: „Hier müssen die Länder, die für die Investitionen in die Krankenhausstruktur zuständig sind, endlich ihrer Verantwortung nachkommen.“ „Im Sommer haben Kriminelle die Locky-Schadsoftware verschickt. Sie schlummert



In Krankenhäusern gebe es besonders viele Möglichkeiten, Dokumente und Daten zu stehlen, Geräte zu manipulieren und einen ganzen Betrieb lahmzulegen, urteilen IT-Fachleute.

noch in vielen Systemen und kann zur Erpressung aktiviert werden“, sagte Achim Fischer-Erdsiek, auf Cyberkriminalität spezialisierter Versicherungsmakler.

Zuständige Klinikverbände indes verweisen auf die Verantwortung der Bundesländer. Sie müssten angesichts der Bedrohung durch Cyberkriminelle mehr Geld bereitstellen, heißt es bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Deutlicher formuliert das der Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser (IVKK): Der Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern betrage mehrere Milliarden Euro. „Dass vor diesem Hintergrund Investitionsentscheidungen für IT-Sicherheit in einem Spannungsfeld unerfüllbarer Wünsche getroffen werden müssen, ist an sich beunruhigend und eine Zumutung für alle, die in Krankenhäusern für die IT-Sicherheit verantwortlich sind“, sagte IVKK-Geschäftsführer Uwe Alschner der Zeitung. ■

Quelle: *änd*, 01.12.2016



Foto: © Sebastian Duda/Foto12.com



Dieses Bild sollten Sie auf Ihrem Display vermeiden!

NEUES SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team in Ihrer Praxis und geben Tipps sowie Hilfestellungen im Hinblick auf die rechtskonforme Umsetzung von Hygienevorschriften. Bitte beachten Sie, dass dieses Schulungsangebot einen gewissen zeitlichen Vorlauf erfordert. Eine Art Feuerwehrdienst in letzter Minute (kurzfristige Beschaffung von Geräten, Validierungen, Handwerkern u. a. m.) können wir mit unserem Schulungsangebot nicht leisten.

Termin: Nach Vereinbarung
 Dauer: 3 Stunden
 Teamgebühr: 550 Euro
 4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Informationen/Terminvereinbarungen:
 Christine Lange-Schönhoff
 Tel.: 0511 83391-123
 E-Mail: clange@zkn.de

Zahnmedizinische Akademie
 Niedersachsen
 Zeißstraße 11 a
 30519 Hannover



NEUE RANSOMWARE IM UMLAUF

Vorsicht vor Bewerbungsangeboten per E-Mail

PRAXISDATEN SIND GEFÄHRDET

Achtung, infizierte, als Bewerbungen um eine Stelle in der Praxis getarnte E-Mails werden aktuell in ganz Deutschland verteilt und verschlüsseln Ihre gesamten Datenbestände!

Seit dem 06.12.2016 wird der Verschlüsselungstrojaner „Goldeneye“, getarnt als Bewerbungsmail und verpackt in verschiedenen Dateianhängen (häufig in einer xls-Datei) über ganz Deutschland verbreitet. Es existiert aktuell kein Virens Scanner, der die Signatur dieses Trojaners rechtzeitig erkennt. Die Bewerbungen sind in einem fehlerfreien Deutsch verfasst und auch die E-Mail-Adressen der Absender sind unauffällig, sodass sich hieraus keine Gefahr ableiten lässt.

Daher die dringende Empfehlung: Öffnen Sie keine Dateianhänge von E-Mails, deren Absender und Zusendegründe Ihnen unbekannt sind. Insbesondere öffnen Sie bitte keine Bewerbungsmails! Es ist davon auszugehen, dass über den gewählten Weg der Verbreitung diese Mails in sehr kurzer Zeit in jedem E-Mailpostfach auftauchen werden! Bitte informieren Sie Ihre Mitarbeiter/-innen! Die Schadstoffsoftware (Malware), die versendet wird, gehört zur Kategorie der sog. Ransomware. Daten, die damit verschlüsselt werden, sind i. d. R. unrettbar verloren. Die Software kann z. B. auch auf die Daten angeschlossener externer Festplatten zugreifen und diese unbrauchbar machen!

Weitere Informationen bei Interesse u. a. hier:
<http://tinyurl.com/zuvrkav> ■

Was ist eigentlich eine PZR? Welche Bedeutung hat die PZR im Rahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)?



Die Abkürzung PZR steht für Professionelle Zahnreinigung. Wenn man sich diesem Begriff vom offenkundigen Wortsinn her nähert, bedeutet Zahnreinigung, dass Zähne gesäubert, d.h. von Fremdauflagerungen befreit werden. Das Attribut „professionell“ heißt in diesem Kontext, dass diese Reinigung von speziell dafür ausgebildetem Personal mit spezifischem professionellem Instrumentarium durchgeführt wird. Eine sogenannte Prophylaxesitzung mit PZR umfasst laut Bundeszahnärztekammer eine gründliche Untersuchung der Mundhöhle und des Zahnsystems inklusive Erfassung der Mundhygienesituation sowie vorhandener Beläge und Blutungen des Zahnfleisches. Nach Reinigung der Zähne wird mit fluoridhaltiger Paste poliert. Den Patienten werden Hinweise zur Optimierung der häuslichen Mundhygiene gegeben. Bei der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) werden darüber hinaus mindestens einmal pro Jahr ein Parodontalstatus erhoben und ggf. vorhandene pathologisch vertiefte Taschen (Sondierungstiefen [ST] von 4 mm mit Bluten auf Sondieren bzw. $ST \geq 5$ mm) subgingival gereinigt. Die regelmäßige Teilnahme an der UPT verringert den durchschnittlichen Zahnverlust bei Erwachsenen mit bzw. nach Parodontitis über 10 Jahre um etwa 2 Zähne im Vergleich zu Patienten, die nicht regelmäßig professionell nachgesorgt werden. Bei einem weitgehend vollbezahnten Patienten kostet eine UPT, die etwa eine Stunde dauert, mit Erhebung des Parodontalstatus und z.B. subgingivaler Reinigung von 5 Zähnen etwa € 150,-. Bei den meisten Patienten sind 2 UPT-Sitzungen pro Jahr erforderlich. 10 Jahre UPT würden also Euro Sans € 3.000,- kosten. Damit wäre der Zahnersatz, der zum Ersatz der durchschnittlich 2 Zähne erforderlich wäre, die ohne regelmäßige UPT verloren gingen, kaum bezahlbar.

Die Abkürzung PZR steht für Professionelle Zahnreinigung. Wenn man sich diesem Begriff vom offenkundigen Wortsinn her nähert, bedeutet Zahnreinigung, dass Zähne gesäubert, d.h. von Fremdauflagerungen befreit werden (Abb. 1). Das Attribut „professionell“ heißt in diesem Kontext, dass diese Reinigung von speziell dafür ausgebildetem Personal (Zahnärzte, Dentalhygieniker, weiterqualifizierte Zahnmedizinische Fachangestellte) mit spezifischem professionellem Instrumentarium durchgeführt wird. Das Attribut „professionell“ grenzt die PZR von der Zahnreinigung durch Laien, wie z.B. durch den Patienten selbst (individuelle Mundhygiene) oder durch Familienangehörige bzw. Pflegepersonal, ab. PZR heißt also, dass Zähne durch speziell dafür ausgebildete Angehörige zahnmedizinischer Berufe gesäubert, d.h. von Fremdauflagerungen befreit werden.¹ Allerdings existieren in Deutschland mindestens 2 Definitionen für PZR, die von diesem einfachen und klaren Verständnis mehr oder weniger abweichen: ►



Abb. 1: Supragingivale Beläge a vor und b nach Anfärbung mit einem Plaquerevektor. Diese Beläge sind im Rahmen einer Professionellen Zahnreinigung (PZR) zu entfernen.

GOZ-Nr.	Beschreibung	Prophylaxesitzung mit PZR (BZÄK)
0010*		Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes
1000		Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten
1040	Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied. Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.	Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied. Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.
4005		Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI). Die Leistung nach der Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.

Tab. 1: Gegenüberstellung der Beschreibung der Professionellen Zahnreinigung (PZR) durch die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)² und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK)³. * Ist bei Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

- In der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) von 2012 wird die PZR wie folgt beschrieben: „Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied. Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig“ (Tab. 1)².

Diese Definition kommt dem offenkundigen Wortsinn sehr nahe. Zur Reinigung des Zahns kommt sinnvollerweise entsprechend die Reinigung von Zahnimplantatoberflächen hinzu. Die Beschreibung der GOZ-Ziffer 1040 schließt die übliche Fluoridierung der Zahnoberflächen nach deren Reinigung aus pragmatischen Gründen mit ein.

- Nach der Definition der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) umfasst die PZR folgende Maßnahmen: Zunächst erfolgt eine gründliche Untersuchung der Mundhöhle und des Zahnsystems (z. B. Zahnstatus, Parodontaler Screening Index), wobei insbesondere die Mundhygienesituation sowie vorhandene Beläge und Blutungen des Zahnfleischs (Erhebung von Plaque- und Entzündungsindizes)

erfasst werden. Bei der professionellen Zahnreinigung kommen dann Handinstrumente, Schall- und Ultraschallsca-ler bzw. Pulver-Wasser-Spray zum Einsatz. Anschließend wird mit fluoridhaltiger Paste poliert. Im Rahmen dieser PZR „werden den Patienten Hinweise zur Optimierung der häuslichen Mundhygiene gegeben“ (Mundhygieneinstruktion und -Motivation). „Der Zeitaufwand für eine Prophylaxesitzung mit PZR wird durch die Anzahl der zu behandelnden Zähne, die Belagssituation sowie die Auswahl der Geräte und Instrumente bestimmt. Sie beträgt im Regelfall bei Erwachsenen etwa eine Stunde“ (s. Tab. 1)³.

Diese Definition geht deutlich über die Beschreibung in der GOZ hinaus. Bei der Wortwahl wird bereits deutlich, dass die Verfasser sich selbst darüber im Klaren sind, dass hier weit mehr als die eigentliche professionelle Reinigung von Zähnen im Wortsinn beschrieben wird, wenn sie das Vorgehen „Prophylaxesitzung mit PZR“ nennen.

Die Maßnahmen, die im Rahmen einer PZR bzw. Prophylaxesitzung mit PZR durchgeführt werden, sind überwiegend kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Gesetzliche Krankenversicherung bezahlt für ihre Mitglieder zweimal im Jahr die Erhebung eines zahnärztlichen Befunds, einmal im Jahr die Entfernung von Zahnstein und alle 2 Jahre die Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI).



Abb. 2a+b: Hilfsmittel für die individuelle Mundhygiene: a Zahnseide und b Zahnzwischenraumbürsten.



Abb. 3: Politur der Oberfläche von Zahn 33 mit einem Gummikelch, der sich unter Andruck an den Zahn aufdehnt und aufbördelt und so eine Politur bis apikal des Gingivarandes ermöglicht.

Ein detaillierter parodontaler Befund (Parodontalstatus) wird von der GKV nur bezahlt, wenn die aktive Phase einer systematischen Parodontalbehandlung beantragt werden soll. Bei der GKV versicherte Patienten müssen demnach Leistungen im Rahmen der PZR bzw. Prophylaxesitzung mit PZR aus eigener Tasche bezahlen¹.

Warum gibt es zwei sich in ihrem Inhalt und Umfang deutlich unterscheidende Definitionen für die PZR (s. Tab. 1), noch dazu beide auf der Homepage der BZÄK? Warum wurde bei der Verhandlung der aktuellen GOZ nicht darauf geachtet, dass der Leistungsumfang der GOZ-Gebührensnummer 1040 (PZR) genau der Beschreibung der PZR in der Patienteninformation 2.03 der BZÄK entspricht? Wenn dies aus Gründen des Honorarumfangs problematisch war, warum wurde dann die Patienteninformation zur PZR nicht entsprechend verändert? In der aktuellen Situation existieren zwei unterschiedliche offizielle Definitionen (GOZ und BZÄK) für PZR, von denen sich in der öffentlichen Diskussion jeder (z. B. der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. [MDS]) die für seine partikularen Interessen passende herausuchen kann. Das ist weder im Interesse der Patienten, die so verunsichert werden, noch der Zahnärzte, deren Handeln in Misskredit gebracht wird¹.

Unterstützende Parodontistherapie (UPT)

Welche Ziele verfolgt eine parodontale Therapie? Die aktive Phase der systematischen Parodontistherapie (antiinfektiöse/nicht-chirurgische und korrektive/chirurgische Therapie) beseitigt erstens eine Infektion, hält damit zweitens die

parodontale Destruktion auf und kann drittens, in besonderen Fällen, das zerstörte parodontale Gewebe wiederherstellen. Wie dieser anzustrebende Zustand aussieht, wurde von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) konkret formuliert⁵. Der MDS bewertet in seinem IGeL-Monitor (IGeL: Individuelle Gesundheitsleistung) den Nutzen der PZR, wie sie in der GOZ beschrieben ist, für Erwachsene ohne Parodontitis als unklar⁶. Wenn man sich allerdings die Ergebnisse der 4. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 4) anschaut, weiß man, dass Erwachsene ohne Parodontitis in Deutschland eher in der Minderzahl sind. Die Prävalenz parodontaler Erkrankungen in Deutschland ist erschreckend hoch: 73,2% der 35- bis 44-Jährigen weisen an zumindest einer Stelle $ST \geq 3,5$ mm (Community Periodontal Index [CPI] 3) auf. Bei den 65- bis 74-Jährigen sind es 87,8%. Etwa 10 bis 12 Millionen Deutsche weisen eine behandlungsbedürftige schwere Parodontalerkrankung (CPI 4) auf⁷. Warum thematisiert der MDS den Nutzen der PZR also ausgerechnet für die Gruppe der Erwachsenen ohne Parodontitis?

Wie sieht es aber bei Erwachsenen mit Parodontitis aus? Nützt es diesen Patienten, wenn die aktive Therapie die parodontale Infektion beseitigt hat und die parodontale Situation der Patienten einem Qualitätsstandard A+ oder A⁵ entspricht, dass sie dauerhaft und regelmäßig im Rahmen der UPT betreut werden? Gibt es gute Evidenz dafür, dass Parodontitispatienten nach aktiver Therapie regelmäßig UPT wahrnehmen sollten? Bevor der Nutzen der UPT bewertet werden kann, muss definiert werden, welche Maßnahmen die UPT umfasst^{8,9}. ►►

► **Was umfasst eine UPT?**

In der Unterstützenden Parodontitistherapie werden Patienten betreut, die bereits an Parodontitis erkrankt sind bzw. waren, sodass von einer Prädisposition ausgegangen werden kann. Ein wesentlicher Inhalt der UPT muss es also sein, zum einem die Effektivität der individuellen häuslichen Mundhygienebemühungen der Patienten regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls durch Remotivation und -instruktion wieder zu verbessern. Zum anderen werden supra- und auch subgingivale Beläge professionell vom zahnärztlichen Team entfernt, um den Patienten bei seiner individuellen Plaquekontrolle zu unterstützen und Rezidiven vorzubeugen bzw. diese im Anfangsstadium zu behandeln⁸.

Die UPT beginnt mit der Frage nach Beschwerden des Patienten oder Veränderungen seiner medizinischen Situation seit der letzten UPT. Die allgemeine Anamnese des Patienten sollte einmal pro Jahr komplett aktualisiert werden⁹.

Anschließend werden der aktuelle Entzündungs- und Mundhygienestatus durch Erhebung von Gingivitis- und Plaqueindizes festgestellt⁸. Aufgrund der so gewonnenen Befunde wird der Patient ggf. auf Schwachstellen seiner individuellen Plaquekontrolle aufmerksam gemacht sowie erneut motiviert und instruiert. Die große Bedeutung der Motivation und Instruktion zu effektiver individueller Mundhygiene mit Demonstration der geeigneten Instrumente (z.B. Zahnzwischenraumbürsten) (Abb. 2) wird durch die Studie belegt, mit der der MDS seine Zweifel am Nutzen der PZR für Erwachsene ohne Parodontitis begründet¹⁰. Hätte der MDS seinem IGeL-Monitor⁶ nicht die GOZ-Beschreibung der PZR², sondern die Definition der BZÄK³ zugrunde gelegt, hätte er zumindest für den Bestandteil der Mundhygieneunterweisung einen klaren Nutzen für Erwachsene ohne Parodontitis konstatieren



Abb. 4: Erhebung von Sondierungsparametern bei einem UPT-Patienten mesiobukkal von Zahn 12: Sondierungstiefe 4 mm, Attachmentverlust 6 mm.

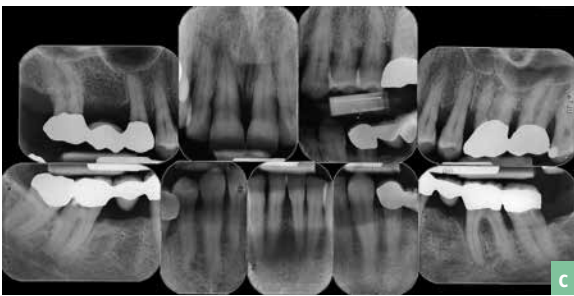
müssen. Vielleicht lag das aber nicht im Interesse des MDS. Bereits bei der Demonstration von Mundhygieneinstrumenten und -techniken in der Mundhöhle des Patienten werden weiche bakterielle Zahnbeläge entfernt. Nach Abschluss der UPT sollen die Zahnoberflächen des Patienten frei von harten und weichen bakteriellen Belägen sein. Die Entfernung dieser Beläge (PZR) kann mit Hand- und maschinellen Instrumenten (z.B. Schallscaler) erfolgen¹¹. Im Anschluss findet eine Politur sämtlicher gereinigter Zahnflächen statt (Abb. 3).

Je nach Rhythmus der UPT wird zur Verlaufskontrolle zumindest einmal im Jahr ein Parodontalstatus erhoben: Sondierungstiefen (ST), Attachmentverluste (PAL-V) bzw. Rezessionen (Abb. 4 und 5d) und Furkationsbeteiligung (GOZ-Nr. 4000) (Tab. 2). Diese Befunde dokumentieren ►

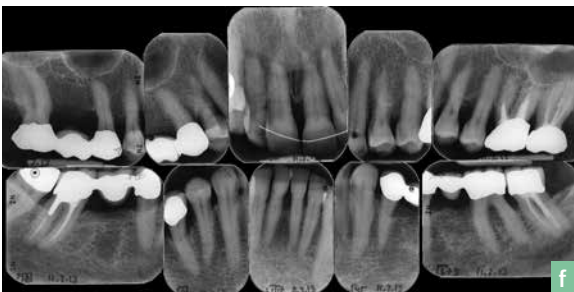
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus. Die Leistung nach der Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.
4050*	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied.
4070*	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremete und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen.
4055*	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn.
4075*	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremete und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen. Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.
8010a	Bestimmung und Beratung hinsichtlich des individuellen Parodontitisrisikos ⁴ .

Tab. 2: Bei einer Sitzung in der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) werden zusätzlich zu den in Tabelle 1 aufgelisteten Leistungen weitere Maßnahmen erforderlich. *An Zähnen, die subgingival gereinigt werden müssen (4070/4075), darf in derselben Sitzung keine PZR (1040) berechnet werden. Entweder werden in diesem Fall die 4070/4075 analog oder statt der 1040 die 4050/4055 berechnet.

Taschent., Lock grad	4 4 2 2 2 2 2 2 2 3 2 3 4 5															
Dat:	6 10 6 5 5 8 7 5 4 6 3 4 8 4 4 8 8 7 7 8 5															
Sens.-Test	+ + + + + + + + + + - + +															
R	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	55 54 53 52				51 50 49 48				47 46 45 44				43 42 41 40			
	85 84 83 82				81 80 79 78				77 76 75 74				73 72 71 70			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Sens.-Test	+ + + + + + + + + + + + + +															
Taschent., Lock grad	5 4 6 6 2 2 2 2 2 2 2 3 3 3 3 3															
Dat:	6 5 8 6 6 5 3 3 4 2 2 3 3 4 4 3 3 3 4 5 6 7 7 7 4															



Sonstige Befunde														
Funktion	b I I I I I I I I I I I I I I I I													
AL	b 6 4 3 4 4 4 2 4 6 2 4 4 2 2 2 2 3 1 2 3 4 5 6 5 2													
STLG	b 3 2 3 3 2 3 4 2 4 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2													
Sens.-Test	+ + + + + + + + + + + + + +													
Sens.-CO ₂ -Detektor	[Diagram showing sensor placement on teeth]													
Befund	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8													
Befund	Kv, V, M, K, V, M, K, V, M, K, V, M, K, V, M, K													
Sens.-CO ₂ -Detektor	[Diagram showing sensor placement on teeth]													
Sens.-Test	+ + + + + + + + + + + + + +													
STLG	b 4 2 3 3 3 2													
AL	b 4 3 4													
Funktion	b I I I I I I I I I I I I I I I I													
Sonstige Befunde														



Prüfe diese Risikofaktoren und markiere die entsprechenden Schwellenwerte in den Spalten 1-6	Aktueller Wert	1	2	3	4	5	6
1. Bluten auf Sondieren (BOP) in %	18	≤4	5-9	10-16	17-24	25-35	≥36
2. Zahl der Stellen mit ST ≥ 5 mm	6	≤2	3-4	5-6	7-8	9	≥10
3. Zahl der verlorenen Zähne (ohne 7er)	3	≤2	3-4	5-6	7-8	9	≥10
4. Knochenabbau (Index)	2,7 d 3/5 6,5 0,46	≤0,25	0,26-0,5	0,51-0,75	0,76-1,0	1,1-1,24	≥1,25
5. Zigarettenkonsum		Nicht-raucher	Ehemaliger Raucher	≤10 /Tag	10-19 /Tag		≥20 /Tag
vorläufige Risikoeinschätzung →		Niedriges Risiko	Mittleres Risiko	X			Hohes Risiko
6. systemische/genetische Faktoren:		Faktor nicht vorhanden	Faktor wurde nicht verzeichnet				Faktor vorhanden
- Diabetes mellitus,							
- HIV-Infektion,							
- gingivoparodontale Manifestation systemischer Erkrankungen							
- Interleukin-1β-Polymorphismus							
endgültige Risikoeinschätzung →		Niedriges Risiko	Mittleres Risiko	X			Hohes Risiko
		→ 1 UPT/Jahr	→ 2 UPT/Jahr	X			→ 3-4 UPT/Jahr

Abb. 5a-d: Patientin mit generalisiert schwerer chronischer Parodontitis: a Parodontalstatus bei Erstvorstellung im Alter von 45 Jahren; b klinische Ansicht des Oberkiefers zum Befund in Abb. 5a; c Röntgenstatus zu Beginn der aktiven Parodontitistherapie (APT) zum Befund in Abb. 5a; d Parodontalstatus und Risikobestimmung (mittleres Risiko: 2 UPT-Termine pro Jahr) nach Ramseier und Lang¹² knapp 20 Jahre später (nach erfolgter nichtchirurgischer und chirurgischer Parodontitistherapie, orthodontischer Zahnausrichtung im Oberkiefer und regelmäßiger Unterstützender Parodontitistherapie [UPT]): Die Situation entspricht einem Standard A nach den Leitlinien der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft^{1,5}. Die Patientin hat während der 20 Jahre einen Zahn verloren: 28. e klinische Ansicht des Oberkiefers zum Befund in Abb. 5d; f Röntgenstatus zum Befund in Abb. 5d¹.

► im Vergleich mit den zuvor erhobenen Parodontalstatus die Stabilität der parodontalen Situation oder ggf. eine lokalisierte bzw. generalisierte Parodontitisprogression (Attachmentverluste ≥ 2 mm an einer Stelle). Pathologisch vertiefte Taschen (ST = 4 mm mit BOP; ST ≥ 5 mm) stellen eine Indikation zur Reinstrumentierung dieser Stellen dar⁸. Für die Befunderhebung in der UPT ist die Erhebung des PSI, der die ST zusammenfassend für jeden Sextanten klassifiziert, ungeeignet, weil er es nicht erlaubt, die individuellen Stellen zu identifizieren, die reinstrumentiert werden müssen. Je nachdem, ob der Patient noch bei einem anderen Zahnarzt beispielsweise restaurativ betreut wird, ist es sinnvoll, im Zusammenhang mit dem Parodontalstatus alle 6 bis 12 Monate einen Zahnhartsubstanzbefund zu erheben.

Bis hierher entspricht die UPT weitgehend der Prophylaxesitzung mit PZR, wie sie die BZÄK beschreibt (s. Tab. 1)³.

Subgingivale Instrumentierung in der UPT

Parodontitis ist eine chronische Erkrankung. Parodontale Destruktionen vollziehen sich daher eher langsam. Rezidive kündigen sich deshalb zumeist mit initial pathologisch vertieften Taschen an (ST = 4 mm mit BOP; ST ≥ 5 mm). Die Entfernung des subgingivalen Biofilms (subgingivale Instrumentierung, subgingivales Scaling/GOZ-Nr. 4070, 4075) (s. Tab. 2) von diesen Stellen beseitigt den ätiologischen Hauptfaktor der Destruktion und vermag diese zumeist aufzuhalten, bevor größere Defekte entstehen können.

Wie häufig sollte eine UPT durchgeführt werden?

Die Häufigkeit der UPT hängt vom individuellen Parodontitisrisiko ab und ist deshalb von Patient zu Patient verschieden. Die Systematik nach Ramseier und Lang¹² kann dazu verwendet werden, das individuelle Parodontitisrisiko eines Patienten zu bestimmen (Abb. 5d)⁴. Bei hohem Risiko sind 4 UPTs pro Jahr nötig, bei mittlerem Risiko 2 und bei niedrigem Risiko nur eine UPT pro Jahr. Die meisten Patienten haben ein mittleres Risiko (2 UPTs/Jahr). Für die Bestimmung und Erläuterung des individuellen Parodontitisrisikos existiert keine GOZ-Position, sodass eine analoge Berechnung erfolgen muss (s. Tab. 2).

Die subgingivale Instrumentierung und die individuelle Bestimmung des UPT-Intervalls sind wesentliche Unterschiede zur Prophylaxesitzung mit PZR und gehen über diese hinaus (s. Tab. 2).

Kosten der UPT

Der Zeitaufwand und damit die Kosten für eine UPT werden wie bei der Prophylaxesitzung mit PZR durch die Anzahl der zu behandelnden Zähne, die Belagsituation sowie die Auswahl der Geräte und Instrumente bestimmt. Eine UPT mit Parodontalstatus ist teurer als eine Sitzung ohne. Je mehr Zähne subgingival gereinigt werden müssen, desto teurer wird die UPT. Bei einem weitgehend vollbehandelten Patienten kostet eine UPT, die etwa eine Stunde (UPT-Stunde)⁸ dauert, mit Erhebung des Parodontalstatus und z.B. subgingivaler Reinigung von 5 Zähnen etwa € 150,- (s. Tab. 3).

GOZ-Nr.	Kurzbeschreibung	Betrag in Euro
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	12,92
1040 an 10 Zähnen	Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.	36,20
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	20,69
4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (in diesem Fall Bluten auf Sondieren; BOP)	10,35
4055* an 5 Zähnen	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn	8,40
4075* an 5 Zähnen	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkrementen und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	36,55 (1-facher Satz)
8010a	Bestimmung und Beratung hinsichtlich des individuellen Parodontitisrisikos ⁴	23,28
Summe		148,39

Tab. 3: Beispiel für die in einer Unterstützenden Parodontistherapie berechneten Gebühren nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Nutzen der UPT

Es lässt sich belegen, dass Patienten, die nach aktiver Parodontitistherapie regelmäßig durch UPT nachgesorgt werden, weniger Zähne verlieren als Patienten, die nicht oder nur unregelmäßig an der UPT teilnehmen (Abb. 5)¹³⁻¹⁶. In den ersten 10 Jahren nach Abschluss der aktiven Parodontitistherapie verloren Patienten durchschnittlich 2,7 Zähne, wenn sie nur unregelmäßig an der UPT teilgenommen hatten.

Hingegen konnte bei regelmäßiger Teilnahme an der UPT diese Zahl auf 0,5 Zähne reduziert werden¹⁴. Die regelmäßige Teilnahme an der UPT verringerte also den durchschnittlichen Zahnverlust bei Erwachsenen mit bzw. nach Parodontitis über 10 Jahre um etwa 2 Zähne. Die Erhaltung eines Zahnes über 10 Jahre bei regelmäßiger UPT kostet etwa € 100,-¹⁷. Bei 28 Zähnen würden diese 10 Jahre UPT € 2.800,- kosten (GOZ vor 2012). Wenn man jetzt davon ausgeht, dass eine UPT-Sitzung etwa € 150,- kostet und pro Jahr bei den meisten Patienten 2 UPT-Sitzungen erforderlich sind, würden 10 Jahre UPT € 3.000,- kosten (aktuelle GOZ). Für € 2.800,- bis 3.000,- wäre der Zahnersatz zum Ersatz der durchschnittlich 2 Zähne, die ohne regelmäßige UPT verloren gingen, z.B. 2 Zahnimplantate mit Suprakonstruktion, kaum bezahlbar. Der Nutzen der UPT bei Erwachsenen mit bzw. nach Parodontitis ist offensichtlich. ■

____ Prof. Dr. med. dent. Peter Eickholz

Quelle: Parodontologie 3/2013, www.quintessenz.de

Die Literaturliste können Sie unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> herunterladen oder unter www.nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.

→ Vita



PROF. DR. MED. DENT. PETER EICKHOLZ

- ▶ 1982–1987 Studium der Zahnheilkunde in Köln
- ▶ 1988–1989 Tätigkeit als Sanitätsoffizier bei der Bundeswehr
- ▶ 1989 Promotion
- ▶ 1989–1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Poliklinik für Parodontologie der Universität Münster
- ▶ 1992 Fachzahnarzt für Parodontologie
- ▶ 1992–2004 Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universität Heidelberg
- ▶ 1995–2004 Oberarzt und 2000–2004 Leiter der Sektion Parodontologie
- ▶ Habilitation 1997, außerplanmäßige Professur 2003
- ▶ seit 2004 Direktor der Poliklinik für Parodontologie am Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum), Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
- ▶ 1994 DGP-Spezialist für Parodontologie®; Mitglied in verschiedenen Editorial Boards (Journal of Clinical Periodontology), im wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift und Chefredakteur der Zeitschrift Parodontologie
- ▶ seit 2011 Präsident der DG PARO (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.)
- ▶ Hauptarbeitsgebiete: Diagnostik und Therapie der Furkationsbeteiligung, computerunterstützte Röntgendiagnostik, regenerative Parodontitistherapie, lokale Antibiotikatherapie, Langzeitergebnisse nach Parodontitistherapie und Einfluss von Risikofaktoren.

Wichtig: Änderung des Meldeverfahrens zu Vorkommnissen mit Medizinprodukten – direkte elektronische Meldung an das BfArM



Alle Anwender und Betreiber von Medizinprodukten sind verpflichtet, Vorkommnisse dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu melden (gem. § 3 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung). Die Verpflichtung galt bisher für Zahnärzte erfüllt, wenn die Meldung an die Arzneimittelkommission Zahnärzte (AKZ) erfolgte. Mit Inkrafttreten einer Gesetzesänderung am 01. Januar 2017 entfällt dieser Meldeweg. Ab dann sind alle Angehörigen der Heilberufe verpflichtet, Vorkommnisse direkt elektronisch an das BfArM zu melden. Deshalb sollte für ein unverzügliches Handeln der folgende Link zur elektronischen Meldung in jeder Praxis, z. B. im QM-System, hinterlegt werden: www.bfarm.de/DE/Service/Formulare/functions/Medizinprodukte/_node.html Die Arzneimittelkommission der Bundeszahnärztekammer ist vom Vorstand beauftragt worden, Meldungen von Zahnärzten zu Vorkommnissen, die nicht der Meldepflicht nach § 3 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung unterliegen, durch ein vereinfachtes Formular zu erfassen, auszuwerten und wenn gewünscht die Meldenden zu beraten. ■

____/r

Neue RKI- Richtlinie zur Händehygiene

Im August 2016 wurde die Richtlinie des RKI „Händehygiene“ durch eine neue Richtlinie mit dem Titel „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ ersetzt. Was ist neu an dieser Richtlinie?

Zunächst einmal ist festzustellen, dass das RKI nun offensichtlich der großen Bedeutung der Händehygiene im Gesundheitsbereich Rechnung trägt. Das aktuelle Schriftstück ist wesentlich komplexer aufgebaut, als sein Vorgänger. Sämtliche Prozesse, welche die Händehygiene tangieren, werden nun dezidierter und ausführlicher beschrieben. Zunächst wird ein deutlicher Bezug zu anderen Empfehlungen der KRINKO sowie zum Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz sowie zu den Leistungsarten hergestellt. Es wird die Bedeutung der hygienischen Händedesinfektion beim Durchbrechen von Infektionsketten deutlich gemacht. Um das Personal auf die Händehygiene zu fokussieren, ist ein gesonderter Händehygieneplan, in dem die 5 W's abgebildet sind (Wer?, Was?, Wann?, Womit?, Wie?), gefordert. In Bezug auf die hygienische Händedesinfektion wird weiterhin ausführlich auf die mikrobizide Wirksamkeit und Verträglichkeit, die Prävention nosokomialer Infektionen, die Voraussetzungen für eine funktionierende Händedesinfektion und die Indikationen einer hygienischen Händedesinfektion eingegangen.

Ebenso ausführlich wird die chirurgische Händedesinfektion besprochen, wobei dort auch ein Fokus auf der Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen und der Technik liegt. Bezüglich der Handwaschung wird in der neuen RKI-Richtlinie auf die Auswahl von Handwaschprodukten, die Ausstattung medizinischer Handwaschplätze, die Handwaschtechnik und ebenfalls auf die Indikationen von Handwäschen im medizinischen Bereich eingegangen. Eine relativ lange Passage widmet sich den Anforderungen an Spender für Händedesinfektionsmittel und Handwaschpräparate. Als große, sinnvolle Neuerung in der Empfehlung wird nun auch ausführlich auf Maßnahmen zum Schutz vor Kontaminationen und vor Chemikalien durch den Gebrauch von medizinischen Einmalhandschuhen und Schutzhandschuhen eingegangen. Dieses halten wir für wichtig, da der Umgang mit Handschuhen in medizini-



schen Berufen häufig nicht korrekt geschieht. Es wird an dieser Stelle erklärt, welche Arten von Handschuhen in medizinischen Berufen Anwendung finden, wo ihre Indikationen, Vorteile und Nachteile liegen.

Ebenfalls wird in dieser Richtlinie deutlich darauf hingewiesen, welches Verhalten medizinisches Personal im Bezug auf die Händehygiene und damit auf die Durchbrechung von Infektionsketten unbedingt unterlassen sollte. Beispielsweise wird das oft zu beobachtende lose Mitführen von Handschuhen in Kittel- und Kasaktaschen ausdrücklich verboten.

Am Schluss der überarbeiteten Richtlinie wird nun auch ausführlich die Qualitätssicherung der Händehygiene besprochen. Auch dieser Punkt ist sehr wichtig, da sich in Einrichtungen des Gesundheitswesens häufig die Frage stellt, wie man die korrekte Händehygiene beim Personal kontrollieren kann und was man tun kann, um die Händehygiene soweit in den Fokus der Mitarbeiterschaft zu rücken, dass sie ihrer enormen Bedeutung auch gerecht werden kann. Dabei spielt der Begriff der „Compliance“, also der regelgerechten Durchführung eines bestimmten Prozesses, eine große Rolle. Häufig ist die Compliance in Bezug auf die Händehygiene schlecht. Zu oft werden Technikfehler gemacht, Händedesinfektionen ausgelassen oder die Wichtigkeit dieses Prozesses nicht erkannt. Ein ganzer Abschnitt der neuen Richtlinie widmet sich diesem Themenbereich. Dabei wird nicht nur auf Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance, sondern auch auf Möglichkeiten zur Ermittlung selbiger eingegangen.

Abschließend ist besonders positiv hervorzuheben, dass am Ende der Richtlinie die Empfehlungen zu allen Unterpunkten der Händehygiene noch einmal gesondert, stichpunktartig aufgeführt sind. Das erleichtert dem Leser die essentiellen Punkte- deren Umsetzung in der Praxis gefordert wird- besser aus dem Gesamtkontext zu filtern. Somit ist dieses eine echte Arbeitserleichterung, da man alle wichtigen Forderungen auf einen Blick dargestellt hat. ■

____ Dr. Björn Friedrichs

www.friedrichs-hygiene.de

Quelle: www.brennpunkt-hygiene.de

VAH-Liste für Desinfektionsverfahren aktualisiert

Die Desinfektionsmittel-Kommission im Verbund für Angewandte Hygiene (VAH) hat ihre aktualisierte Liste für 2016 veröffentlicht und weist in der aktuellen Fassung zusätzliche Wirkspektren aus.

Die Desinfektionsmittel-Kommission im Verbund für Angewandte Hygiene (VAH) hat die aktualisierte VAH-Liste für 2016 für die prophylaktische und hygienische Desinfektion von Haut-, Flächen-, Instrumenten- und Wäschedesinfektion zur Verhütung von Infektionen im Krankenhaus, in zahnärztlichen Praxen und ärztlichen Praxen und in öffentlichen Bereichen veröffentlicht. Sie soll als Grundlage für die Auswahl geeigneter Desinfektionsverfahren dienen. Alle 1.242 zertifizierten Verfahren sind wirksam gegen Bakterien sowie Hefen, wie etwa Sprosspilze. In der aktualisierten Liste sind zusätzliche Wirkspektren zertifiziert und ausgewiesen, wenn diese vom Hersteller beantragt werden. Dazu gehören: Mykobakterizidie, Tuberkulozidie, Fungizidie sowie die begrenzte Viruzidie und die Viruzidie (wirksam gegen behüllte und unbehüllte Viren).

Methoden erfüllen geforderte Standards

Die Desinfektionsverfahren sind von unabhängigen Experten auf Wirksamkeit und Konformität mit den aktuellen wissenschaftlichen Methoden und Standards überprüft worden und erfüllen damit die geltenden Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (KRINKO), des AWMF-Arbeitskreises für Krankenhaus- und Praxishygiene sowie der führenden medizinischen Fachgesellschaften im Hinblick auf die Qualitätssicherung in der prophylaktischen Desinfektion. Durch die Anwendung VAH-gelisteter Verfahren ist demnach sichergestellt, dass ein behördlich anerkannter Nachweis für die Wirksamkeit vorliegt.



WASCH- UND DESINFIZIERUNGSVERFAHREN

Unterteilung entsprechend den Erfordernissen

- ▶ hygienische Händewaschung
- ▶ Händedesinfektion
- ▶ Hautantiseptik
- ▶ Flächendesinfektion
- ▶ Instrumentendesinfektion
- ▶ Wäschedesinfektion

Die Desinfektionsmittel-Liste des VAH mit Zertifikatsstand vom 1. Juni 2016 enthält die Desinfektionsverfahren, die auf der Basis der aktuellen Anforderungen und Methoden zur VAH-Zertifizierung geprüft und als wirksam befunden wurden. Sie stellt die hygienischen Händewaschprodukte und Desinfektionsverfahren mit gesicherter bakterizider und levurozider Wirksamkeit vor und deckt außerdem die zehn wichtigsten Erreger nosokomialer Infektionen – inklusive MRSA – ab. Die VAH-Liste ist über den mhp-Verlag zu beziehen. ■

Quelle: Pressemitteilung vom Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Bonn

Besorgnisse bezüglich HIV-Patienten entbehren der Fakten

BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER UND DEUTSCHE AIDS-HILFE ZUM WELT-AIDS-TAG

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) rufen anlässlich des Welt-AIDS-Tages gemeinsam zu einem vorurteilsfreien Umgang mit HIV-Infizierten auf. Viele Sorgen vor einer HIV-Übertragung sind bei Berücksichtigung der geltenden Hygienestandards im Alltag, z.B. in einer Praxis, unbegründet. Um dies noch einmal zu verdeutlichen, haben beide Organisationen gemeinsam eine Broschüre veröffentlicht, die Informationen – auch für den Umgang mit Hepatitis – sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen gibt. Die Broschüre richtet sich primär an das Praxisteam, denn die Praxismitarbeiter sind oftmals erste Ansprechpartner bei Patientenfragen.

„In Praxen und Zahnarztpraxen gelten in Deutschland außerordentlich hohe Hygienestandards. Diese gelten immer



Deshalb spielt es keine Rolle, ob ein Patient HIV hat oder nicht – die Angst vor Ansteckung ist unbegründet“, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. „Die Fakten in der Broschüre sollen unbegründete Infektionsängste abbauen und so einen diskriminierungsfreien Umgang mit HIV-positiven Menschen gewährleisten“, so Kerstin Mörsch, Kontaktstelle zu HIV-bezogener Diskriminierung in der Deutschen AIDS-Hilfe.

Die Broschüre „Keine Angst vor HIV, HBV und HCV! Informationen für das zahnärztliche Behandlungsteam“ steht online auf den Seiten von BZÄK und DAH zum Abruf: www.bzaek.de/hiv sowie <http://bit.ly/2gDb570> ■

Quelle: BZÄK, Presseinformation vom 30.11.2016

Antibiotika war gestern! Wissenschaftler setzen auf Phagen

Es gibt Viren, die krankmachende Bakterien fressen können. Damit öffnen sich ganz neue Möglichkeiten beim Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen.

Die Entwicklung von Antibiotika ist ein Wettrennen mit der Zeit. Immer schneller lernen Bakterien hinzu und entwickeln in kürzester Zeit Resistenzen gegen bisher wirksame Antibiotika. Sicherlich, Vergabep Praxis und Patientenverhalten fördern dies, doch trotz vieler gesundheitspolitischer Maßnahmenpläne scheint der Kampf aussichtslos. In der Zeitschrift *Technology Review* wird mit der Therapie mit

Phagen eine hoffnungsvolle Alternative zur bisherigen Antibiotikabehandlung vorgestellt. Die Forscher müssen lediglich die richtigen Viren gegen den konkret diagnostizierten Erreger einsetzen und eine erfolgreiche Therapie z. B. gegen Cholera kann durchgeführt werden. Natürlich ist das in der Praxis nicht ganz so einfach, doch scheinen die Forscher aus Tiflis relativ weit zu sein.

Ganz neu ist der Ansatz auch nicht. So wurde in der ehemaligen Sowjetunion an dieser Technologie als Alternative zu Antibiotika geforscht, um eine Abhängigkeit von westlichen Medikamenten einzudämmen. Tatsächlich gab es bereits entsprechende Medikamente. Mit dem Ende des kalten Krieges schief die Forschung dann erstmal ein. Erst durch das zunehmende Problem der Resistenzbildung bei Bakterien scheint man sich an die vergessene Therapie erinnern zu haben. Während das Braunschweiger Leibniz-Institut DSMZ (Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen) inzwischen eine Phagensammlung aufbaut, wird an der Technologie international intensiv geforscht. ■

Jan Wachendorff

Quelle: www.brennpunkt-hygiene.de

Infalino 2016: Blick über eigene Fachdisziplin hinaus



Foto: R. Limanetz

Dr. Markus Braun führte viele fröhliche Gespräche.

Am 22./23. Oktober 2016, öffnete in Hannover die Messe Infalino für Interessierte wieder ihre Türen. Den Kindern wurde manches Highlight geboten: Bike-Parcours, Hüpfburgen und Kinderanimateure sorgten für laute Begeisterungsschreie aus ihren Kehlen. Baby-Mode, Pflegeprodukte, Kindermöbel und weiterer Säuglings- bzw. Kleinkindbedarf erwartete hingegen die (werdenden) Eltern.

Um den Informationsbedarf rund um das Thema Mund- und Zahngesundheit zu bedienen, waren auch zahnärztliche Kollegen und Mitarbeiter der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAGJ), des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) an einem Messestand erneut vertreten.

Zahnfreundliche Kaugummis, Bonbons und diverse Mund- und Zahnputzartikel usw. wurden wieder umfangreich an junge Messebesucher verteilt. Diesjährige Themenschwerpunkte der Standbesucher erstreckten sich über Fragen zu Babys ersten Zähnen, Formen von Schnullern und deren Entwöhnung, frühestmöglicher Einsatz von elektrischen Zahnbürsten bis hin zum „Dauerbrenner“ Fluoride und deren Verwendungs-/Einsatzmöglichkeiten. Erfreulicherweise war aus den elterlichen Rückmeldungen zu entnehmen, dass der zahnärztliche Kinderpass einen spürbaren Bekanntheitsgrad erfährt. Dieser wird über die Zahnärzteschaft, Hebammen und Geburtskliniken in Umlauf gebracht; vereinzelt wurden sogar als Verteiler pädiatrische Praxen (!!) genannt.

Die zuletzt aufgezeigte Aussage hat zunehmend Brisanz, allein schon durch den sich seit dem 01. September 2016 im gelben Kinderuntersuchungsheft neu befindenden Verweis zur Zahnarztpraxis. Mit diesem zeigt der Gesetzgeber (nach ausführlichen Erörterungen im Gemeinsamen Bundesausschuss) den Blick über die eigene Fachdisziplin hinaus auf – richtigerweise als Prophylaxe orientierte Maßnahme zur Förderung der Zahn- und damit auch der Allgemeingesundheit unserer Kinder. ■

____ Dr. Markus Braun, Celle

Vorsitzender des Ausschusses für Jugendzahnpflege der ZKN

Neue Termine für 2017

BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?
Wir helfen Ihnen gern!

Ansprechpartnerin:
Daniela Schmöe
Tel.: 0511 83391-319
Fax: 0511 83391-306
E-Mail: dschmoe@zkn.de

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



<http://tinyurl.com/zkn-bus01>





Foto: Sunny studio/fotolia.com

Was Arbeitgeber über den Erholungsurlaub wissen sollten ...

Die schönste Zeit des Jahres ist ja bekanntlich die Urlaubszeit. Neben Vergnügen und Entspannung beinhaltet das Thema Urlaub jedoch manchmal auch ein beträchtliches Konfliktpotential für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Oft hilft allerdings bereits eine Grundkenntnis der Vorgaben von Gesetzgebung und Rechtsprechung, um mögliche Probleme gar nicht erst entstehen zu lassen.

Was ist Urlaub?

Urlaub ist die zeitweise Freistellung der Arbeitnehmer von ihrer arbeitsvertraglichen Arbeitspflicht zum Zwecke der Erholung. Die Freistellung erfolgt dabei unter Fortzahlung der Vergütung. Im Urlaub sollen sich die Arbeitnehmer erholen und ihre Leistungsfähigkeit wiederherstellen. Nach § 8 Bundesurlaubsgesetz darf daher der Arbeitnehmer während seines Erholungsurlaubes keine dem Urlaubszweck widersprechende Erwerbstätigkeit ausüben. Folglich dürfte eine Praxismitarbeiterin z.B. nicht in ihrem Urlaub in der Gastronomie arbeiten.

Welches Gesetz regelt den Urlaubsanspruch?

Primäre Rechtsquelle zur Regelung des Urlaubsanspruches ist das Bundesurlaubsgesetz (BUrlG). Für bestimmte Zielgruppen kommen ferner das Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG), das Mutterschutzgesetz (MuSchG), das Bundeselterngeld und Elternzeitgesetz (BEEG) sowie das neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) in Betracht.

Selbstverständlich kann der Urlaubsanspruch auch in Tarif- oder Arbeitsverträgen geregelt werden. Hierbei sind jedoch die gesetzlich festgelegten Ansprüche als Mindestvorgaben zu berücksichtigen. So darf z.B. der arbeitsvertraglich vereinbarte Urlaubsanspruch nicht unterhalb des gesetzlichen Mindesturlaubsanspruches liegen.

Wer hat Anspruch auf Urlaub?

Gemäß § 1 BUrlG hat jeder Arbeitnehmer in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub. Dieser Anspruch entsteht erstmalig in voller Höhe nach dem 6-monatigen Bestehen des Arbeitsverhältnisses (§ 4 BUrlG). Vor Ablauf dieser Wartezeit hat der Arbeitnehmer noch keinen Anspruch auf Urlaubsgewährung. Auf freiwilliger Basis kann ihm dieser jedoch vom Arbeitgeber gewährt werden.

Als Arbeitnehmer im Sinne dieses Gesetzes gelten Angestellte, Arbeiter und Auszubildende. An dieser Stelle sei ausdrücklich erwähnt, dass somit auch geringfügig Beschäftigte und Teilzeitarbeitnehmer Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub haben.

Wie viel Urlaub steht dem Arbeitnehmer zu?

Wie hoch der Mindesturlaubsanspruch des einzelnen Mitarbeiters ist, hängt davon ab, welche Rechtsquellen für ihn gelten. Das folgende Schaubild gibt einen kurzen Überblick über den Anspruchsumfang der am häufigsten in Zahnarztpraxen anzutreffenden Mitarbeitergruppen.

Tabellarische Übersicht gesetzlicher Mindesturlaubsansprüche

Arbeitnehmergruppe	Jährlicher Urlaubsanspruch	Rechtsquelle
Beschäftigte (auch Auszubildende) nach Vollendung des 18. Lebensjahres	24 Werktage (6-Tage-Woche) 20 Arbeitstage (5-Tage-Woche) 16 Arbeitstage (4-Tage-Woche) 12 Arbeitstage (3-Tage-Woche) 8 Arbeitstage (2-Tage-Woche) 4 Arbeitstage (1-Tage-Woche)	§ 3 Abs. 1 BUrlG
Teilzeitbeschäftigte bzw. geringfügig Beschäftigte nach Vollendung des 18. Lebensjahres	Ausschlaggebend für den Mindesturlaubsanspruch ist nicht die wöchentliche Arbeitszeit, sondern die Anzahl der Tage, an denen gearbeitet wird (siehe oben)	§ 3 Abs. 1 BUrlG, BAG-Urteil vom 4.02.1991, DB 91, 1987
Beschäftigte und Auszubildende vor Vollendung des 18. Lebensjahres	Maßgebend ist das Alter des Jugendlichen zu Beginn des Kalenderjahres: unter 16 Jahre = 30 Werktage unter 17 Jahre = 27 Werktage unter 18 Jahre = 25 Werktage	§ 19 ArbSchG
Schwerbehinderte (ab einem festgestellten Grad der Behinderung von mind. 50%)	5 Tage Zusatzurlaub zusätzlich zum vereinbarten Urlaubsanspruch, wenn der Schwerbehinderte an 5 Tagen in der Woche beschäftigt wird. Arbeitet er an mehr oder weniger Tagen, ist der Zusatzurlaub entsprechend anzupassen (z. B. 3 Tage Zusatzurlaub bei einer 3-Tage-Arbeitswoche)	§ 125 SGB IX

In der obigen Tabelle wird teilweise der Begriff Werktage benutzt. Als Werktage gelten gemäß § 3 Abs. 2 BUrlG alle Kalendertage, die nicht Sonn- oder gesetzliche Feiertage sind. Der Gesetzgeber ist bei seiner Bemessung des gesetzlichen Mindesturlaubsanspruches von einer 6-Tage-Woche ausgegangen. Dies ist erklärlich, wenn man berücksichtigt, dass das BUrlG bereits 1963 entstanden ist. In den sechziger Jahren war die 6-Tage-Woche durchaus noch üblich. Wird in einer Praxis aber an weniger Tagen in der Woche gearbeitet, muss der gesetzliche Urlaubsanspruch, der in Werktagen bemessen ist, in Arbeitstage umgerechnet werden. Hierfür kann die folgende Umrechnungsformel verwendet werden:

$$\frac{24 \text{ Werktage Urlaubsanspruch nach BUrlG} \times \text{Anzahl der Arbeitstage pro Woche}}{6} = \text{Urlaubsanspruch in Arbeitstagen}$$

Wer nicht so gerne selber rechnet, kann der obigen Tabelle eine Auflistung des gesetzlichen Mindesturlaubs für Personen, die weniger als 6 Tage pro Woche arbeiten, entnehmen.

Die in der Tabelle angegebenen Ansprüche sind gesetzliche Mindestansprüche. Es steht den Beteiligten selbstverständlich frei, einzelvertraglich auch einen höheren Urlaubsanspruch zu vereinbaren. Enthält der Arbeitsvertrag keine Angaben über den Urlaubsanspruch, so gelten automatisch die Vorgaben des Gesetzgebers. Gleiches gilt, wenn ein Ar-

beitsvertrag einen geringeren als den gesetzlichen Urlaubsanspruch enthält.

Wird einzelvertraglich ein Urlaubsanspruch in Werktagen bemessen, obwohl an weniger als 6 Tagen pro Woche gearbeitet wird, so ist der Urlaubsanspruch in Arbeitstage umzurechnen. Hierfür kann die folgende Formel benutzt werden:

$$\frac{\text{Vertraglicher Urlaubsanspruch in Werktagen} \times \text{Arbeitstage pro Woche}}{6}$$

Zur Verdeutlichung ein Beispiel. Eine Mitarbeiterin arbeitet an 5 Tagen in der Woche. Arbeitsvertraglich wurden 30 Werktage Urlaub vereinbart. Wie viele Arbeitstage Urlaub kann sie beanspruchen?

$$\frac{30 \times 5}{6} = 25$$

Der arbeitsvertragliche Urlaubsanspruch in Höhe von 30 Werktagen entspricht einem Urlaubsanspruch in Höhe von 25 Arbeitstagen bei einer 5-Tage-Woche.

Um sich die Umrechnung und evtl. auch Diskussionen zu ersparen, empfiehlt es sich, bei einer Verteilung der Arbeitszeit auf weniger als 6 Tage pro Woche den Urlaubsanspruch im Arbeitsvertrag gleich in Arbeitstagen auszudrücken. ►►

► Welche Vorgaben gelten für Teilzeitkräfte?

Bei Teilzeitbeschäftigten ist für die Höhe des Mindesturlaubsanspruches nicht die wöchentliche Arbeitszeit in Stunden entscheidend, sondern die Anzahl der Tage, an denen pro Woche gearbeitet wird. So hat z. B. eine Teilzeitkraft mit 20 Wochenstunden, die sich auf 5 Tage verteilen, den gleichen Mindesturlaubsanspruch wie eine Vollzeitkraft, die ebenfalls 5 Tage in der Woche arbeitet. Dies mag auf den ersten Blick ungerecht erscheinen, jedoch hat ein Urlaubstag für die Teilzeitkraft nur einen Gegenwert von 4 Stunden, während es bei der Vollzeitkraft 8 Stunden sind. Angenommen, eine Teilzeitkraft arbeitet an 3 Tagen in der Woche, so steht ihr ein gesetzlicher Mindesturlaubsanspruch in Höhe von 12 Arbeitstagen¹ zu. Möchte diese Mitarbeiterin 2 Wochen Urlaub nehmen, so reduziert sich ihr Urlaubskonto um 6 Tage, denn Urlaub muss sie nur für die Tage nehmen, an denen sie auch zur Arbeitsleistung verpflichtet ist.

Wer bestimmt die zeitliche Lage des Urlaubs?

Urlaub soll grundsätzlich zusammenhängend gewährt werden, es sei denn, dringende betriebliche oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe sprechen dagegen (§ 7 Abs. 2 BUrlG). Dies dürfte regelmäßig der Fall sein, da die wenigsten Arbeitnehmer ihren Urlaub an einem Stück nehmen wollen. Häufig wird der Urlaub über das Jahr verteilt genommen. Hat in diesen Fällen der Arbeitnehmer einen jährlichen Urlaubsanspruch von mehr als zwölf Werktagen, so muss einer seiner Urlaubsteile mindestens zwölf aufeinanderfolgende Werktage (bzw. 10 Arbeitstage) umfassen.



Was die zeitliche Lage des Urlaubs angeht, so sind gemäß § 7 Abs. 1 BUrlG grundsätzlich die Wünsche des Arbeitnehmers zu berücksichtigen. Der Arbeitnehmer soll seinen Urlaub eigeninitiativ bestimmen. Etwas anderes gilt jedoch, wenn diesem Wunsch dringende betriebliche Belange oder Urlaubswünsche anderer Arbeitnehmer, die unter sozialen Gesichtspunkten den Vorrang verdienen, entgegenstehen.

Die dringenden betrieblichen Belange können hier insbesondere betriebsorganisatorischer Natur sein, z. B. wenn infolge der urlaubsbedingten Abwesenheit des einzigen Behandlers keine Patientenbehandlung erfolgen kann. In diesen Fällen kann ein Zahnarzt z.B. für seine Praxis Betriebsferien festlegen und seine Mitarbeiter somit „zwangsbeurlauben“. Er hat jedoch zu beachten, dass er bei der Festlegung der Praxisferien die berechtigten Interessen seiner Arbeitnehmer angemessen berücksichtigen muss. Dies bedeutet, dass er nicht den kompletten Urlaubsanspruch seiner Mitarbeiter verplanen darf. Maximal 3/5 des jährlichen Urlaubsanspruches des Personals darf nach einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichtes verplant werden (Beschluss v. 28.7.1981, 1 ABR 79/79). Die verbleibenden 2/5 des jährlichen Urlaubsanspruches müssen den Mitarbeiter/innen zur freien Disposition verbleiben.

In diesem Zusammenhang ist es unzulässig, Arbeitnehmern, die im ablaufenden Jahr keinen Urlaubsanspruch mehr haben, Betriebsferien „im Vorgriff“ auf den Urlaubsanspruch des kommenden Jahres zu gewähren. Der Anspruch ist an das jeweilige Urlaubsjahr gebunden (§ 7 Abs. 3 Satz 1 BUrlG).

Wie bereits erwähnt, geht der Urlaubsgewährung ein Abstimmungsprozess zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber voraus. Der Urlaubswunsch des Arbeitnehmers bedarf der Genehmigung durch den Arbeitgeber. Jede Form der Selbstbeurlaubung ist den Arbeitnehmern untersagt. Eine Selbstbeurlaubung berechtigt den Arbeitgeber grundsätzlich zur fristlosen Kündigung².

Kann man Urlaub übertragen? Wann verfällt er?

Grundsätzlich soll der dem Mitarbeiter zustehende Jahresurlaub komplett im laufenden Kalenderjahr gewährt werden. Ist dies aus persönlichen Gründen des Arbeitnehmers (z. B. Krankheit) oder aus dringenden betrieblichen Gründen nicht möglich, kann der Resturlaub auch ausnahmsweise in das nächste Kalenderjahr übertragen werden. In diesem Fall muss der Resturlaub innerhalb der ersten drei Monate gewährt und genommen werden, da er sonst verfällt (§ 7 Abs. 3 BUrlG).

Und wie so oft im deutschen Recht gilt auch hier die Maxime: „Keine Regel ohne Ausnahme“. Wechselt ein Arbeitnehmer in der zweiten Jahreshälfte seinen Arbeitsplatz, so erwirbt er zwar beim neuen Arbeitgeber nur



Michael Behring, LLM.,
Geschäftsführer der ZKN

einen Teilurlaubsanspruch für das restliche Jahr. Infolge der sechsmonatigen Wartezeit kann der Arbeitgeber jedoch die Urlaubsgewährung im laufenden Jahr verweigern. In diesen Fällen hat der Arbeitnehmer gemäß § 7 Abs. 3 Satz 4 BUrlG einen Anspruch darauf, dass auf sein Verlangen hin, sein alter Urlaub in das neue Kalenderjahr übertragen wird. In diesem speziellen Falle verfällt der Urlaub nicht mit Ablauf des 31.03., sondern besteht bis Ende des Kalenderjahres fort.

Für Langzeitkranke gibt es eine weitere Ausnahmeregelung. Bei ihnen verfallen die gesetzlichen Mindesturlaubsansprüche nicht mehr spätestens mit Ablauf des 31.03. des auf das Urlaubsjahr folgenden Jahres, wie es eigentlich in § 7 Abs. 3 BUrlG geregelt ist. Der Europäische Gerichtshof hatte dies im Januar 2009 entschieden und gefordert, dass § 7 Abs. 3 BUrlG unionsrechtskonform auszulegen ist. Deshalb könne bei Langzeitkranken der gesetzliche Mindesturlaub nicht bereits drei Monate nach Ende des jeweiligen Urlaubsjahres verfallen. Diese Vorgaben wurden anschließend vom Bundesarbeitsgericht im September 2009 umgesetzt. Die höchsten deutschen Arbeitsrichter entschieden, dass bei Langzeitkranken der gesetzliche Mindesturlaubsanspruch generell 15 Monate nach dem Ende des Urlaubsjahres verfällt. Dies gilt auch, wenn die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers über diesen Zeitraum hinaus ununterbrochen andauert (BAG v. 18.09.2012, 9 AZR 623/10).

1 (24 Werktage gem. BUrlG x 3 Arbeitstage/Woche) / 6 Werktage = 12 Arbeitstage Urlaub

2 Urteil des LAG Köln vom 16.03.2001, 11 Sa 1479/00

Zur Verdeutlichung ein Beispiel. Die ZMP Müller hat das ganze Jahr 2015 krankheitsbedingt gefehlt, sie kehrt erst am 01.06.2016 an ihren Arbeitsplatz zurück. Ihr jährlicher Urlaubsanspruch beträgt 20 Arbeitstage. Ihr Urlaubsanspruch aus dem Jahr 2015 ist nicht am 31.03.2016 verfallen. Dies würde erst mit Ablauf des 31.03.2017 passieren. Wäre die Mitarbeiterin nicht an den Arbeitsplatz zurückgekehrt, sondern im Juni 2016 ausgeschieden, hätte der Arbeitgeber den nichtgewährten Urlaub auszahlen müssen.

Was passiert mit dem Urlaubsanspruch im Falle einer Kündigung?

Bei einem Arbeitgeberwechsel innerhalb eines Kalenderjahres ist der Urlaubsanspruch des Mitarbeiters vom Zeitpunkt des Ausscheidens abhängig. Scheidet er im ersten Halbjahr aus, so beträgt der Urlaubsanspruch gem. § 5 Abs. 1 c) BUrlG 1/12 des Jahresurlaubs für jeden vollen Monat, den er gearbeitet hat. Ergibt sich bei dieser Berechnung ein Bruchteil von mindestens einem halben Tag, so ist auf volle Tage aufzurunden.

Hierzu ein Beispiel. Einem Arbeitnehmer stehen vertraglich 24 Arbeitstage Urlaub pro Jahr zu und er scheidet mit Ablauf des 31.03. aus. Sein Urlaubsanspruch berechnet sich wie folgt:

24 Urlaubstage pro Jahr / 12 Monate = 2 Urlaubstage pro Monat.

2 Urlaubstage pro Monat x 3 komplett gearbeitete Monate = 6 Urlaubstage

Der Arbeitnehmer kann also 6 Urlaubstage bei seinem bisherigen Arbeitgeber verlangen.

Wie sähe es aus, wenn der Mitarbeiter jedoch im Januar und Februar bereits seinen kompletten Jahresurlaub (24 Arbeitstage) genommen hätte?

Hat ein Arbeitnehmer vor dem Wechsel mehr Urlaub beansprucht, als ihm eigentlich bedingt durch den Wechsel zusteht, so ist der bisherige Arbeitgeber nicht berechtigt, das dafür gezahlte Urlaubsentgelt (=Gehalt während des Urlaubs) zurückzufordern (§ 5 Abs. 3 BUrlG). Er hat vielmehr den bereits gewährten Urlaub in der (gem. § 6 Abs. 2 BUrlG) zwingend vorgeschriebenen Urlaubsbescheinigung zu vermerken. In einer Urlaubsbescheinigung hat der Arbeitgeber anzugeben, wie viel Urlaub dem Arbeitnehmer gewährt bzw. ausgezahlt wurde.

Ist es nicht möglich, dass ein Arbeitnehmer den gesamten ihm zustehenden Urlaub noch beim alten Arbeitgeber nimmt, so ist der Resturlaubsanspruch finanziell abzugelten. Eine Abgeltung von Urlaubsansprüchen ist jedoch nur möglich, wenn das Arbeitsverhältnis beendet wird und der Urlaub ganz oder teilweise nicht mehr genommen werden kann. In laufenden Arbeitsverhältnissen gibt es diese Möglichkeit nicht. ►►



Foto: LuckyImages/Photoaram

► Scheidet ein Mitarbeiter im zweiten Halbjahr aus (letzter Arbeitstag 01.07. oder später), so kann er seinen gesamten Jahresurlaub beim bisherigen Arbeitgeber beanspruchen. Kann dieser nicht vollständig genommen werden, ist der verbleibende Resturlaub abzugelten. Abschließend sei erwähnt, dass gemäß § 6 Abs. 1 BUrlG jeder Arbeitnehmer nur einen Urlaubsanspruch pro Jahr erwirbt (Ausschluss von Doppelansprüchen!). Wurde beim alten Arbeitgeber der komplette Jahresurlaub bereits genommen oder abgegolten, so erwirbt der Arbeitnehmer beim neuen Arbeitgeber erst im nächsten Kalenderjahr wieder einen Urlaubsanspruch. Arbeitgeber sind daher gut beraten, sich bei Einstellungen die Urlaubsbescheinigung vorlegen zu lassen.

Was passiert bei Krankheit während des Urlaubs?

Erkrankt z.B. eine Mitarbeiterin während ihres Erholungsurlaubes und bringt sie über die bestehende Arbeitsunfähigkeit ein ärztliches Attest bei, so wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht auf den Jahresurlaub angerechnet (§ 9 BUrlG). Die Beibringung des ärztlichen Attestes ist hierbei jedoch eine zwingende Voraussetzung. Ferner muss sie schon für den ersten Tag der Krankheit ein Attest vorlegen, auch wenn sie ansonsten laut Vertrag vielleicht erst am dritten Krankheitstag ihrem Arbeitgeber den Nachweis vorlegen muss.

Eine automatische Verlängerung des gewährten Urlaubes findet nicht statt.

Erkrankt eine Mitarbeiterin während des Freizeitausgleiches (also im Überstundenfrei), hat sie keinen Ausgleichsanspruch, auch wenn sie ein Attest vorlegt (BAG, Urteil vom 31. Mai 1989, Az. 5 AZR 344/88).

Sonderfall Schwangerschaft und Elternzeit

Auch in Zeiten, in denen eine schwangere Angestellte einem mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbot unterliegt, erwirbt sie einen Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub. Kann die Schwangere ihren Erholungsurlaub nicht vor Beginn des Beschäftigungsverbotes nehmen, so ist der (Rest-)Urlaubsanspruch auf die Zeit nach Ablauf

des Beschäftigungsverbotes zu übertragen (§17 MuSchG). Auch wenn bei Eintritt des mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbotes die Urlaubsplanung der werdenden Mutter bereits abgeschlossen war, also konkrete Urlaubszeiten bereits festgelegt wurden, die wegen des Beschäftigungsverbotes aber nicht angetreten werden können, führt dies nicht zum Verlust des Urlaubsanspruches. In der Vergangenheit sahen die Gerichte hier einen Fall der Unmöglichkeit, was zum Verlust des Urlaubsanspruches der werdenden Mutter führte (BAG vom 09.08.2004 – 9 AZR 384/92). Gemäß einer Entscheidung des BAG vom 09.08.2016 (9 AZR 575/15) ist dies jedoch nicht mehr der Fall. Der Urlaubsanspruch bleibt nunmehr erhalten und kann nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz beansprucht werden.

Befindet sich eine Mitarbeiterin in der Elternzeit, kann der Arbeitgeber den jährlichen Urlaubsanspruch für jeden vollen Kalendermonat der Elternzeit um ein Zwölftel kürzen (§ 17 (1) BEEG). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass es sich bei der Kürzung um eine Option des Arbeitgebers handelt. Eine automatische Kürzung des Urlaubsanspruches findet nicht statt, vielmehr muss die Kürzung vom Arbeitgeber erklärt bzw. vorgenommen werden. In der Vergangenheit konnte der Arbeitgeber diese Kürzung auch noch vornehmen, wenn das Arbeitsverhältnis bereits beendet war. Mit seinem Urteil vom 19.05.2015 (AZ: 9 AZR 725/13) hat das Bundesarbeitsgericht diese für den Arbeitgeber günstige Praxis jedoch beendet. Gemäß der Entscheidung der höchsten Arbeitsrichter im Staate kann die Kürzung nicht mehr nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses erklärt werden. Arbeitgeber sind daher gut beraten, die Kürzungserklärung bereits mit der Bestätigung der Elternzeit abzugeben. Eine solche Erklärung könnte wie folgt aussehen:

*„Sehr geehrte Frau Mustermann,
hiermit bestätigen wir die von Ihnen beantragte Elternzeit für den Zeitraum vom TT.MM.JJJJ bis zum TT.MM.JJJJ.
In diesem Zusammenhang teilen wir Ihnen mit, dass wir von der Möglichkeit des § 17 Abs. 1 Satz 1 BEEG Gebrauch machen. Ihr jährlicher Urlaubsanspruch verkürzt sich daher für jeden vollen Kalendermonat der Elternzeit um ein Zwölftel.“*

Welche Regeln gelten für Schwerbehinderte?

Schwerbehinderte haben gemäß § 125 SGB IX Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von 5 Arbeitstagen pro Urlaubsjahr. Dies gilt jedoch nur, wenn sie auch 5 Tage pro Woche arbeiten. Arbeitet ein Schwerbehinderter mehr oder weniger, erhöht oder vermindert sich der Anspruch auf Zusatzurlaub. So stehen z.B. einem Schwerbehinderten, der 4 Tage pro Woche arbeitet, auch nur 4 zusätzliche Urlaubstage zur Verfügung.

Wie bemisst sich der Urlaubsanspruch bei Minderjährigen?

Der Mindesturlaub für jugendliche Arbeitnehmer ist in § 19 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG) geregelt. Der Mindesturlaubsanspruch hängt dabei vom Alter des Jugendlichen am 01. Januar eines Jahres ab. Danach beträgt der Urlaub jährlich mindestens 30 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 16 Jahre alt ist, mindestens 27 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 17 Jahre alt ist und mindestens 25 Werktage, wenn der Jugendliche zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 18 Jahre alt ist. Auszubildenden soll der Urlaub grundsätzlich in den Schulferien gegeben werden. Wird der Urlaub nicht in den Schulferien gegeben, ist für jeden Berufsschultag,

an dem die Berufsschule während des Urlaubs besucht wird, ein weiterer Urlaubstag zu gewähren. Diese Regelung gilt auch für volljährige Auszubildende.

Kann ein bereits bewilligter Urlaub widerrufen werden?

Besondere Vorsicht sollte jeder Arbeitgeber walten lassen, wenn er einen bereits bewilligten Urlaub seines Mitarbeiters kurzfristig absagt. Gleiches gilt auch für den Rückruf eines Mitarbeiters aus einem bereits angetretenen Urlaub. In diesen Fällen hat der Arbeitgeber sämtliche durch sein Verhalten verursachten Kosten zu tragen (z. B. Stornogebühren oder Kosten für den gebuchten Urlaub). ■

_____ Michael Behring, LL.M.
Geschäftsführer der ZKN

Die Welt ist um 25 ZMVs reicher ...

Am 19.11.2016 fand in der Zahnärztlichen Akademie Niedersachsen die Abschlussfeier des diesjährigen ZMV-Lehrganges statt. Nach fast einem Jahr nebenberuflichen Lernens konnten die erfolgreichen Absolventinnen den Lohn ihrer Arbeit in Form eines Zeugnisses in Empfang nehmen. Der Prüfungsausschuss-Vorsitzende und Geschäftsführer der ZKN, Michael Behring, zeigte sich erfreut über den hohen Leistungsstand der Prüflinge und zollte in seiner Abschlussrede dem Engagement der Absolventinnen höchsten Respekt. Als Jahrgangsbeste mit der Traumnote „sehr gut“ schloss Armelle Konya den Lehrgang ab. Wie es mittlerweile schon eine liebgewonnene Tradition ist, erhielten die Jahrgangsbesten einen Seminargutschein. Als besondere Erinnerung an die Aufstiegsfortbildung wurde allen Absolventinnen ein speziell gravierter Kugelschreiber überreicht. Diese „limited Edition“ wird ausschließlich für die Absolventinnen des Kurses angefertigt. Auch die Lehrgangsteilneh-



ZMV-Absolventinnen 2016 v.l.n.r.: hintere Reihe: Madeleine Engelke, Denise Franke, Tamara Lindhorst, Sonja Haack, Jana Eichmeier, Catharina Mai, Claudia Krüger, Sarah Saathoff, Christine Müller-Wesemann, mittlere Reihe: Stefanie Cording, Simone Pollmann, Sandra Hedemann, Jennifer Maruhn, Anja Wohlgemuth, Ayse Duran, Armelle Konya, Patricia De Antonellis, Melanie Bentoulis, Seda Kaykil, Nadine Bibritzki, Kirstin Freytag, vordere Reihe: Elisabeth Carmen Moritz, Sara Reichelt, Miriam Trittin, Aileen Goecke und Anke Wöhl (nicht mit auf dem Bild)

merinnen ließen es sich nicht nehmen, den anwesenden Referenten ein Präsent zu überreichen. In einer sehr emotionalen Rede bedankte sich die Kursprecherin, Sarah Saathoff, bei der ZKN und den Referenten. Abschließend gratulieren wir nochmals

allen Absolventinnen und würden uns freuen, sie auch zukünftig bei der einen oder anderen Fortbildung begrüßen zu dürfen. ■

_____ Dr. Karl-Heinz Düvelsdorf
Referent im ZKN-Vorstand für das Fachpersonal

IDZ-Aufruf zur Folgebefragung „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“



Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) startet ab Mitte Januar 2017 mit der ersten Folgebefragung im Projekt „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“.

Vor zwei Jahren hat das IDZ Studierende der letzten Semester in ganz Deutschland zu ihren Vorstellungen und Wünschen im Bezug auf die zahnärztliche Berufsausübung befragt. Im Oktober 2014 stellten wir vor allem Fragen zu den Anforderungen, die junge Kolleginnen und Kollegen an ihren Beruf stellen, welche Pläne sie haben und wie das Studium erlebt wird. Inzwischen ist viel passiert, denn in der Regel wurden die ersten Schritte im Berufsleben zwischenzeitlich gemacht. Auf diesem Weg wollen wir die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte weiter begleiten. Daher werden im Januar 2017 alle Studienteilnehmer, die sich damals zu einer Wiederbefragung bereit erklärt hatten, per E-Mail angeschrieben und um erneute Teilnahme gebeten. Dabei hofft das IDZ auch in der ersten Folgebefragung



auf eine rege Teilnahme der Studienteilnehmer! Die Online-Befragung im Januar 2017 erfolgt in Zusammenarbeit mit Kantar Health. Die Auswertung der Befragung wird im IDZ pseudonymisiert und ohne jeglichen Namensbezug durchgeführt. Der Datenschutz ist also auch weiterhin gewährleistet. Die Erkenntnisse aus dem Projekt sollen zur zukünftigen Gestaltung der Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Berufsausübung beitragen.

Falls Sie Fragen zum Projekt haben, können Sie sich gerne an die Projektleiterin wenden:
Dr. Nele Kettler; Telefon: 0221 4001-141;
E-Mail: n.kettler@idz-koeln.de ■

_____ Quelle: Pressemitteilung des IDZ

Seniorenachmittag in der Bezirksstelle Braunschweig






Am 07.12.2016 folgten über 30 Seniorinnen und Senioren der Einladung des Vorsitzenden der Bezirksstelle Braunschweig, Dr. Jörg Thomas, zum traditionellen Seniorenachmittag in der Vorweihnachtszeit. Nach einleitenden Worten des Kollegen Thomas lauschten sie gebannt den Ausführungen von Prof. Dr. Steinbach zum Thema „Wilhelm II., der unbekannte Wissenschaftler“. Prof. Steinbach beleuchtete intensiv diese unbekannte Seite des ehemaligen Monarchen und konnte viele interessante Details berichten.

Bei Kaffee und Kuchen ergaben sich angeregte Diskussionen und Gespräche. Eine kurze Weihnachtsgeschichte, präsentiert durch die Sekretärin der Bezirksstelle, Heike Löffler, rundete die gelungene Veranstaltung vor der malerischen Kulisse des Braunschweiger Weihnachtsmarktes ab.

Alle Beteiligten freuen sich schon auf eine Wiederholung im nächsten Jahr. ■

_____ Dr. Karl-Heinz Zunk
Stellvert. Vorsitzender ZKN-Bezirksstelle Braunschweig

Terminliches

 21.01.2017	Hannover	XXXVIII. Klinische Demonstration der Klinik und Poliklinik für MKG-Chir. Zahnklinik der MHH, Infos: www.mh-hannover.de
 25. – 28.01.2017	Braunlage	64. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen, Thema: „Funktionstherapie und weitere Spezialfelder der Zahnmedizin“, Infos: www.zkn.de
 04.03.2017	Hannover	4. Tag der Qualitätszirkel in der Zahnklinik der MHH, Infos: Landesverband Niedersachsen der DGI, Dr. Dr. Gerhard Neumann, Tel. 0511 9781170
 24.03.2017	Köln	Koordinierungskonferenz Hilfsorganisationen im Rahmen der IDS
 29.03. – 01.04.2017	Gütersloh	63. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Infos: http://www.zahnaerztetag-wl.de/
 01.04.2017	Norden	2. Ostfriesischer Zahnärztetag, Infos: www.g-o-z.de
 01.04.2017	Kiel	24. Schleswig-Holsteiner Zahnärztetag 2017, Infos: zaet.kzv.sh
 01.04.2017	Hamburg	Sonderfortbildung ZahnMedizin für Pflegebedürftige, Infos: Zahnärztekammer Hamburg, http://tinyurl.com/ku9113

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

15.03.2017,
16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr

Thema: Doppelkronen – Multitalente in der herausnehmbaren Prothetik?

Referent:
Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel

Ort: Uni Hildesheim, Hörsaal 2, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim

Fortbildungsreferent:
Dr. Ulrich Niemann, Almsstr. 1, 31134 Hildesheim, Tel. 05121 37676

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

11.02.2017,
09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr

Thema: Parodontologie 2017
Referentin: Dr. Valentina Hrasky, Göttingen

18.03.2017,
09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr

Thema: Mundhöhlenkarzinom – Diagnose und Therapie

Referentin:
Dr. Dr. Susanne Jung, Münster

10.05.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema: MiniMax-Interventionen – minimale Interventionen mit maximaler Wirkung

Referent: Dr. Manfred Prior, Kriftl bei Frankfurt

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstr. 114-118, 26129 Oldenburg

Fortbildungsreferent:
Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel. 04244 1671

BEZIRKSSTELLE VERDEN

01.03.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema: Die Halswirbelsäule im Berufsalltag des Zahnarztes

Referentin: Dr. Petra Kramme, Hannover

05.04.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema: Management endodontischer Notfälle

Referent: Dr. Johannes Cujé, Hamburg

03.05.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema: Zähne schreiben Geschichte(n) – Dentale Archäologie und Anthropologie

Referent: Prof. Dr. Kurt W. Alt, Bad Krozingen

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Str. 297, 27283 Verden

Fortbildungsreferent:
Dr. Walter Schulze, Nordstr. 5, 27356 Rotenburg/W., Tel. 04261 3665

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Marlis Grothe
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mgrothe@zkn.de



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Okklusale Therapie Was ist möglich – was ist nötig? **NEU!**



Dr. Daniel
Hellmann

Bis heute ist die Einstellung einer therapeutischen Kieferposition sowie deren Umsetzung in eine irreversible prothetische Restauration integraler Bestandteil vieler funktioneller Therapiekonzepte. Auf der Basis des aktuellen Standes des Wissens ist ein solches Vorgehen allerdings nicht mehr gerechtfertigt und zusätzlich für einen Großteil unserer Patienten wirtschaftlich nicht tragbar.

In diesem Kurs werden individuelle funktionelle Therapiekonzepte anhand von Patientenfällen vorgestellt und vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz und der klinischen Erfahrungen des Referenten diskutiert. Die Konzepte reichen von koordinativem Training und reversiblen Maßnahmen in Form verschiedener Schienentypen und Provisorien, über minimalinvasive okklusale Korrekturen mittels Einschleifen und dem Einsatz von Kompositen, bis hin zur Umsetzung einer therapeutischen Schienenposition in definitiven Zahnersatz.

Referent: Dr. Daniel Hellmann, Würzburg

**Freitag, 03.02.2017 von 09:00 – 18:00 Uhr/
Samstag, 04.02.2017 von 09:00 – 13:00 Uhr**

Kursgebühr: 517,- €

Max. 21 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 1705

15 Fortbildungspunkte nach BZÄK

11.02.2017 Z 1708 9 Fortbildungspunkte

Atraumatische Zahnentfernung und modernes Alveolenmanagement – Zahnärztliche Chirurgie für die tägliche Praxis **NEU!**

Dr. Jan Behring, M. Sc., Hamburg
Samstag, 11.02.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 418,- €

11.02.2017 Z 1709 9 Fortbildungspunkte

Aktuelle Komposite – Möglichkeiten und Grenzen – Intensivseminar mit praktischen Übungen **NEU!**

Prof. Dr. Jürgen Manhart, München
Samstag, 11.02.2017 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 561,- €

18.02.2017 Z 1710 9 Fortbildungspunkte

Minimal-invasive plastische und prä-prothetische Parodontalchirurgie step-by-step am Schweinekiefer **NEU!**

PD Dr. Moritz Keschull, Bonn
Samstag, 18.02.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 341,- €

25.02.2017 Z 1713 8 Fortbildungspunkte

Erfolge und Misserfolge in der Kinderzahnheilkunde

Dr. Curtis Goho, Schnaittenbach
Samstag, 25.02.2017 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 242,- €

08.03.2017 Z 1715 4 Fortbildungspunkte

Stimmt's oder habe ich Recht? 100 Rechtsfragen in der Zahnarztpraxis – von A(rbeitsrecht) bis Z(ulassung) – erkennen, vorbeugen, handeln **NEU!**

Dr. Ralf Großbölting, Berlin
Mittwoch, 08.03.2017 von 14:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 84,- €

10.03.2017 Z 1717 6 Fortbildungspunkte

Aufbaukurs zahnärztliche Chirurgie – Tipps und Tricks zur Erkennung, Vermeidung und Lösung von Komplikationen in der zahnärztlichen Chirurgie **NEU!**

Prof. Dr. Thomas Weischer, Witten
Freitag, 10.03.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 253,- €

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

15.02.2017 F 1706

Intensivprophylaxe während der KFO-Therapie

Solveyg Hesse, Otter
Mittwoch, 15.02.2017 von 14:00 bis 18:30 Uhr
Seminargebühr: 108,- €

22.02.2017 Z/F 1711

NEU!

„Fragen über Fragen“

Die Kunst der guten Gesprächsführung

Psychologische Aspekte der richtigen Fragestellung
Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Wasserburg
Mittwoch, 22.02.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 297,- €

22.02.2017 Z/F 1712

NEU!

Basic 2017 – Mit einer soliden Grundlage in die zahntechnische Abrechnung

Stefan Sander, Hannover
Mittwoch, 22.02.2017 von 13:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 132,- €

03.03.2017 F 1715

Learning by doing – „Fit für die Kids- und Junior-Prophylaxe praktisch“, Bema-Positionen FU, IP1, IP2 und IP4

Sabine Sandvoß, Hannover
Freitag, 03.03.2017 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 219,- €

03.03.2017 F 1717

„Dreierlei“ Fissurenversiegelungen praktisch – Arbeiten Sie mit unterschiedlichen Materialien, testen Sie, finden Sie Ihre Meinung!

Solveyg Hesse, Otter
Freitag, 03.03.2017 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 247,- €

11.03.2017 F 1722

Gekonnte Psychologie in der Prophylaxe – Wie Sie noch eleganter und raffinierter kommunizieren

Herbert Prange, Mallorca
Samstag, 11.03.2017 von 09:00 bis 16:00 Uhr
Seminargebühr: 231,- €

Exklusiv für Auszubildende

NEU!

Wie wirke ich? Was wird von mir erwartet und was „lebe“ ich? Das 1 x 1 der Umgangsformen am Telefon, im Patientenkontakt und Miteinander



Katrin Suhle

... denn wir sind nicht nur im Wettbewerb unserer Leistungen und Kompetenzen, sondern auch im Wettbewerb unserer Dienstleistung, unserer Patientenorientierung und unserem Service.

Was ist „eigentlich“ guter Umgang? Freundlichkeit und Souveränität? Was erwarten unsere Patienten, Angehörigen und was erwartet die Praxis? Wie lebe ich Höflichkeit,

Akzeptanz, das Miteinander und Achtung? Was macht man – und was besser nicht? Und warum nicht? Wo ist Fingerspitzengefühl angesagt?

Wir wollen uns in diesem Seminar unser „Verhalten“ bewusst machen und an unseren Umgangsformen und unserer Wirkung auf andere gemeinsam arbeiten.

... vom Blickkontakt, der Höflichkeit, Respekt, Distanz, Hilfe, Ordnung, dem „guten Benehmen“ bis zu Kommentaren und der Verabschiedung. Gemeinsam erarbeiten wir uns Wissenswertes für den Alltag und wenden Gelerntes an.

Ziele:

- ▶ Bewusstsein schaffen für Verhalten, gutes Benehmen und die Wirkung.
- ▶ Die Klassiker im Praxisalltag: Was macht man und was nicht! Sinn und Hintergrund.
- ▶ Business-Etikette: Regeln kennen und leben.
- ▶ Optimierung und Sensibilität für „richtiges“ Verhalten.
- ▶ Praxiswissen sammeln und anwenden.

Referentin: Katrin Suhle, Eicklingen

Mittwoch, 01.03.2017, 09:00 – 17:30 Uhr

Kursgebühr: 209,- €

Max. 12 Auszubildende

Kurs-Nr.: F 1714

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

16.12.2016 Hubertus Kreuzkamp (87)

Ohlkenbergsweg 18, 49401 Damme

16.12.2016 Dr. Barbara Knigge-Venema (80)

Eulenring 49, 31224 Peine

16.12.2016 Dr./IMF Bukarest Mariana Kanterian (75)

Storkmannstraße 13, 49356 Diepholz

16.12.2016 Dr. Lutz Siegmann (70)

Wilhelm-Busch-Straße 3 A, 30938 Burgwedel

18.12.2016 Hans-Ullrich Peters (70)

Schafmeistertal 11, 37520 Osterode

18.12.2016 Csaba Megyery (80)

Waldring 20, 21376 Salzhausen

19.12.2016 Karl-Heinz Jäger (70)

Mühlentor 4, 29451 Dannenberg

19.12.2016 Solomon Tilipmann (70)

Bahnhofstraße 48, 26954 Nordenham

22.12.2016 Mathias Berstermann (89)

Masurenstraße 4, 49078 Osnabrück

24.12.2016 Dr. Gerhard Hoffmann (75)

Robert-Roloff-Straße 34, 38700 Braunlage

25.12.2016 Dr. Christa Feseker (75)

Altklosterbergstraße 8, 21614 Buxtehude

26.12.2016 Ursula Pfütze (70)

Lerchengasse 1, 38122 Braunschweig

27.12.2016 Dr. Bernhard Leussink (86)

Bentheimer Straße 24, 48529 Nordhorn

01.01.2017 Dr. med.dent. (Rumänien) Stefan Szava (75)

Kantstraße 5, 27367 Sottrum

02.01.2017 Dr. Rolf-Peter Ahrberg (70)

Knechtsand 9, 27476 Cuxhaven

03.01.2017 Dr. Csilla Rohlf's (75)

Amtsfreiheit 2, 27243 Harpstedt

03.01.2017 Dr. Reiner Glauer (75)

Von-Droste-Hülshoff-Straße 37, 38446 Wolfsburg

04.01.2017 Hans-Dieter Fischer (86)

Broeksgaste 2 B, 26826 Weener

06.01.2017 Dr. Ulrike Schwendowius (70)

Amtsweg 29, 29386 Hankensbüttel

07.01.2017 Dr. Walter Sturm (80)

Amselweg 4, 31249 Hohenhameln

08.01.2017 Dr. Hans Joachim Hoeschen (89)

Wörde 24, 26789 Leer

08.01.2017 Dr. Norbert Walter (70)

Hennebergstraße 5, 37077 Göttingen

13.01.2017 Dr. Heike Graß (75)

Berliner Straße 31 A, 31789 Hameln

14.01.2017 Joachim Stürmer (88)

Eichenort 2 c, 21227 Bendestorf

14.01.2017 Dr. Helge Krause (75)

Bürenstraße 15, 31785 Hameln



Foto: © iStock.com

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. Dr. phil. Rolf-Dieter Casjens

Goethestraße 4, 26316 Varel

geboren am 31.01.1946, verstorben am 27.11.2016

Die Vorstände

Zahnärztekammer Niedersachsen

KZV Niedersachsen



Beitragszahlung I. Quartal 2017

Der Kammerbeitrag für das I. Quartal 2017 ist fällig geworden.

Kammerangehörige, die keine Abtretungserklärung unterschrieben haben bzw. nicht am Lastschriftinzugsverfahren teilnehmen, werden gebeten, den Kammerbeitrag einschließlich eventuell noch vorhandener Rückstände zu überweisen.

Hannover, im Januar 2017

ZKN AMTLICH

Bitte
beachten!

Wichtige Information zur Zahlung des Kammerbeitrages

Sicher kennen Sie das auch: Wie schnell vergisst man in der Hektik des Praxisalltags einen Termin oder eine Überweisung. Die Konsequenzen sind zumeist unangenehm. Auch bei den vierteljährlich zu leistenden Kammerbeiträgen kann es passieren, dass die Zahlungsfristen versäumt werden, und dann sieht man sich einem unangenehmen Mahnverfahren gegenüber.

Das muss nicht sein. Wir können Ihnen helfen, damit genau das nicht geschieht.

Ihren Kammerbeitrag, den die Zahnärztekammer Niedersachsen zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Aufrechterhaltung ihres Geschäftsbetriebes aufgrund der Beitragsordnung erhebt, zahlen Sie bisher durch Einzelüberweisung. Einfacher für Sie wäre es, wenn der Beitrag künftig – wie bisher pro Quartal – von der Kammer im Abbuchungsverfahren eingezogen werden könnte.

Hierbei können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

- Entweder erteilen Sie der ZKN die Genehmigung zum Lastschriftverfahren. Das hat für Sie den Vorteil, dass keine Kosten mehr für Einzelüberweisungen anfallen.
- Oder Sie geben uns eine Abtretungserklärung für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen. Dann ziehen wir die Mitgliederbeiträge von Ihrem KZVN-Honorarkonto ein, ohne dass Sie sich darum kümmern müssen.

Die Formulare finden Sie auch auf der ZKN-Homepage oder über den untenstehenden QR-Code. Sie können diese selbstverständlich auch telefonisch oder per Fax anfordern. Bitte senden Sie die Formulare unterschrieben an die ZKN zurück – auch per Fax 0511 83391-116 möglich. Ihre Erklärung können Sie jederzeit widerrufen.

Als positiver Nebeneffekt werden die Kosten für den Verwaltungsaufwand bei der ZKN und damit für die gesamte niedersächsische Kollegenschaft minimiert.



Rufen Sie gern an, wenn Sie noch Fragen dazu haben.

Ansprechpartnerin:

Anne Reddehase,
Tel. 0511 83391-193

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Mitteilung des Altersversorgungswerkes



Gemäß den gültigen Rechnungslegungsvorschriften ist das Altersversorgungswerk verpflichtet, die Bilanz und die Gewinn- und Verlustrechnung öffentlich bekannt zu machen. Für das Jahr 2015 erfolgt die Veröffentlichung nachdem die Kammerversammlung am 21. Oktober 2016 den Jahresabschluss entgegengenommen und dem Vorstand der Zahnärztekammer Niedersachsen als Aufsichtsorgan und dem Leitenden Ausschuss des Altersversorgungswerkes als Geschäftsführungsorgan die Entlastung erteilt hat.

Das Altersversorgungswerk (AVW) der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) erzielte im Geschäftsjahr 2015 erneut ein positives Ergebnis. Im Jahr 2015 stieg die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung auf Euro 72.600 p.a. sowie der Regelbeitrag auf Euro 1.131,36 an. Die Beitragseinnahmen betragen im AVW insgesamt Euro 70,66 Mio. gegenüber Euro 67,32 Mio. im Vorjahr. Der Aufwand für die Grundrenten erhöhte sich durch neu hinzugekommene Rentenempfänger, welche aufgrund höherer geleisteter Beitragssummen im Durchschnitt höhere Rentenansprüche haben als die Neurentner des Vorjahres. Die Aufwendungen für Versicherungsfälle erhöhten sich

insgesamt von Euro 39,60 Mio. auf Euro 41,30 Mio. Die laufenden Altersrentenzahlungen erhöhten sich von Euro 26,83 Mio. auf Euro 28,02 Mio. Die Aufwendungen für Rentenabfindungen stiegen von Euro 2,29 Mio. auf Euro 3,13 Mio.

Der Kapitalmarktzins für 10-jährige Pfandbriefe lag zu Beginn des Jahres 2015 bei ca. 0,85 % und stieg im Laufe des Jahres bis auf ca. 1,09 %.

Bei den im Jahre 2015 fälligen Wertpapieren erzielte das AVW eine Durchschnittsverzinsung von rund 3,16 %. Die Erträge aus den Kapitalanlagen betragen insgesamt Euro 67,74 Mio. nach Euro 73,09 Mio. im Vorjahr. Die Nettoverzinsung betrug 3,68 % (Vorjahr: 4,09 %). ■

Dr. Reinhard Urbach
Vorsitzender des Leitenden Ausschusses

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG FÜR DIE ZEIT VOM 1. JANUAR 2015 BIS 31. DEZEMBER 2015 DES ALTERSVERSORGUNGSWERK DER ZAHNÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN - KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS -, HANNOVER

	EUR	EUR	Vorjahr TEUR
I. Versicherungstechnische Rechnung			
1. Verdiente Beiträge / Gebuchte Bruttobeiträge		70.663.255,15	67.316
2. Erträge aus Kapitalanlagen			
a) Erträge aus Beteiligungen	71.774,89		68
b) Erträge aus anderen Kapitalanlagen	63.154.278,38		70.423
c) Gewinne aus dem Abgang von Kapitalanlagen	<u>4.512.851,50</u>		2.597
		67.738.904,77	73.088
3. Sonstige versicherungstechnische Erträge für eigene Rechnung		57.809,49	47
4. Aufwendungen für Versicherungsfälle für eigene Rechnung			
a) Zahlungen für Versicherungsfälle	40.154.227,66		38.684
b) Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	<u>1.143.880,17</u>		916
		41.298.107,83	39.600
5. Veränderung der übrigen versicherungstechnischen Rückstellungen		86.888.974,02	85.149
6. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb für eigene Rechnung			
Verwaltungsaufwendungen		1.054.177,10	643
7. Aufwendungen für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung		0,00	0
8. Aufwendungen für Kapitalanlagen			
a) Aufwendungen für die Verwaltung von Kapitalanlagen, Zinsaufwendungen und sonstige Aufwendungen für die Kapitalanlagen			
aa) Aufwendungen für die Verwaltung der Kapitalanlagen	485.359,31		272
ab) Sonstige Aufwendungen für Kapitalanlagen	0,00		9
b) Abschreibungen auf Kapitalanlagen	<u>101.000,00</u>		2.020
		<u>586.359,31</u>	2.301
9. Versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung		8.632.351,15	12.758
II. Nichtversicherungstechnische Rechnung			
1. Sonstige Erträge	377.253,70		581
2. Sonstige Aufwendungen	<u>1.167.661,11</u>		1.166
3. Ergebnis der normalen Geschäftstätigkeit		<u>-790.407,41</u>	-585
4. Jahresüberschuss		7.841.943,74	12.173
5. Einstellung in die Verlustrücklage		<u>7.841.943,74</u>	12.173
6. Bilanzgewinn		<u>0,00</u>	0

BI LANZ ZUM 31. DEZEMBER 2015
 DES ALTERSVERSORGUNGSWERK DER ZAHNÄRZTEKAMMER NI EDERSACHSEN
 - KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS -

AKTIVA

	EUR	Vorjahr TEUR
A. IMMATERIELLE VERMÖGENSGEGENSTÄNDE		
Sonstige immaterielle Vermögensgegenstände	414.490,35	191
B. KAPITALANLAGEN		
I. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen		
Beteiligungen	2.220.377,66	192
II. Sonstige Kapitalanlagen		
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	610.434.362,80	517.554
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	62.233.000,00	56.233
3. Sonstige Ausleihungen		
a) Namensschuldverschreibungen	607.491.547,97	542.500
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	516.880.000,00	624.500
4. Einlagen bei Kreditinstituten	70.000.000,00	30.948
5. Andere Kapitalanlagen	<u>5.000.133,89</u>	5.000
	<u>1.872.039.044,66</u>	1.776.735
	1.874.259.422,32	1.776.927
C. FORDERUNGEN		
I. Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft an Versicherungsnehmer	2.438.911,79	2.153
II. Sonstige Forderungen	<u>220.949,29</u>	182
	2.659.861,08	2.335
D. SONSTIGE VERMÖGENSGEGENSTÄNDE		
I. Sachanlagen und Vorräte	152.757,75	33
II. Laufende Guthaben bei Kreditinstituten und Kassenbestand	9.672.930,20	7.078
III. Andere Vermögensgegenstände	<u>3.115.389,01</u>	8.877
	12.941.076,96	15.988
E. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		
Abgegrenzte Zinsen und Mieten	18.718.804,58	20.052
	<u>1.908.993.655,29</u>	<u>1.815.493</u>

PASSIVA

	EUR	Vorjahr TEUR
A. EIGENKAPITAL		
Gewinnrücklagen		
Verlustrücklage	53.790.369,55	45.949
B. VERSICHERUNGSTECHNISCHE RÜCKSTELLUNGEN		
I. Deckungsrückstellung	1.839.816.421,98	1.752.927
II. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	4.231.078,73	4.487
III. Rückstellung für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung	<u>7.933.649,58</u>	7.934
	1.851.981.150,29	1.765.348
C. ANDERE RÜCKSTELLUNGEN		
I. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	1.030.468,00	1.030
II. Sonstige Rückstellungen	<u>1.003.806,14</u>	113
	2.034.274,14	1.143
D. ANDERE VERBINDLICHKEITEN		
I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber Versicherungsnehmern	842.684,63	2.860
II. Sonstige Verbindlichkeiten	<u>331.612,21</u>	192
	1.174.296,84	3.052
E. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		
	13.564,47	1
	<u>1.908.993.655,29</u>	<u>1.815.493</u>



© diego cervo / iStockphoto.com

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 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
 - a) 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,
 - b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten,
 - c) 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:
 1. ein Lebenslauf,
 2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
 3. 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,
 4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
 5. eine Erklärung des Zahnarztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit 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.

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

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen, Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses Niedersachsen,
Zeißstraße 11, 30519 Hannover,
Tel. 0511 8405-323/361,
E-Mail: info@kzvn.de**

Antragsformulare können entweder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen angefordert oder unter www.kzvn.de als PDF-Dokument heruntergeladen werden. Bitte achten Sie darauf, bei der Einreichung der Anträge zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit sämtliche in § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) aufgeführten Unterlagen beizufügen.

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist 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

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

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

Abgabe bis	06.02.2017
Sitzungstermin	08.03.2017
Abgabe bis	05.05.2017
Sitzungstermin	07.06.2017
Abgabe bis	14.08.2017
Sitzungstermin	13.09.2017
Abgabe bis	16.10.2017
Sitzungstermin	15.11.2017

Alle Anträge an den Zulassungsausschuss Niedersachsen sind unter Beifügung sämtlicher erforderlicher Unterlagen rechtzeitig bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover, in Urschrift und eigenhändig unterschrieben einzureichen.

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Planungsbereich Landkreis Aurich: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf der Insel Norderney ein Vertragszahnarztsitz vakant.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Jörg Hendriks, Julianenburger Straße 15, 26603 Aurich, Tel.: 04941 2655, Fax: 04941 68633, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

- Planungsbereich Landkreis Holzminden: Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.907 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 36,7% versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Göttingen der KZVN, Vorsitzender: Dr. Jürgen Hadenfeldt, Südring 8 a, 37120 Bovenden, Tel.: 0551 83344, Fax: 0551 81139, E-Mail: goettingen@kzvn.de

Verwaltungsstelle Oldenburg

- Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.431 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,7% versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Oldenburg der KZVN, Vorsitzende: Zahnärztin Silke Lange, Bloher Landstraße 24, 26160 Bad Zwischenahn, Tel.: 0441 6990288, Fax: 0441 691650, E-Mail: oldenburg@kzvn.de

_____ Stand 16.11.2016

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGER ZAHNARZTAUSWEIS

Der Ausweis von

Maika Bernhardt Nr. 7498

wurde verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und wird für ungültig erklärt.

_____ ZKN

FESTSTELLUNG DES HAUSHALTSPLANS DES NIEDERSÄCHSISCHEN ZWECKVERBANDS ZUR APPROBATIONSERTEILUNG FÜR DAS HAUSHALTSJAHR 2017

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung am 29.11.2016 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2017 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.09.2016 (Nds. GVBl. S. 192), i.V.m. § 25 Nr. 7 HKG i.V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i.V.m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbations-

erteilung (NiZZA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 21.10.2014 (niedersächsisches ärzteblatt 12/2014 S. 34, Psychotherapeutenjournal 4/2014, Einhefter S. 3, ZKN Mitteilungen 11/2014 S. 512), bekannt gemacht.

Hannover, den 13.12.2016

Dr. med. Martina Wenker

Vorsitzende der Verbandsversammlung

STELLENMARKT

KFO Landkreis Hannover

Etablierte Praxis sucht Sozietät mit Kollegen/in. Gerne Teilzeit, Spätere Übernahme möglich.
dr.chr.rugenstein@t-online.de

Region Hannover/Kreis Celle

Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams zum 1.1.17 oder später für langfristige Zusammenarbeit gesucht!
Bewerb./Infos: suche.ZA@gmx.info

Oldenburg

Wir suchen angestellten Zahnarzt (m/w) oder Assistenz Zahnarzt für unsere Gemeinschaftspraxis.
E-Mail:
info@zahnaerzte-ofenerdiek.de

Osnabrück-KFO

Zahnarzt (m/w) zur Anstellung in KFO-Praxis gesucht.
Tel.: 0541 801185

Hilfe zum Helfen gesucht

HANNOVERSCHES ZAHNMobil UND SEINE PATIENTEN BRAUCHEN HILFE

Das Team des Zahnmobils braucht Verstärkung

Gesucht werden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie ZFA und gleichwertig qualifiziertes Fachpersonal als „Springer“ für Urlaubs- und/oder Krankheitszeiten; halb- oder ganztätig. Für ZFA kann eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden.

Kontakt:

Mobil: 0170 8145673,
Festnetz: 0511 451031
E-Mail: ingeburg@mannherz.com,
werner@mannherz.com

Spendenkonto des Diakonischen Werkes

IBAN: DE76 5206 0410 0200 6012 33,
BIC-Swift: GENODEF1EK1
Verwendungszweck: Zahnmobil

Lassen Sie uns im Kontakt bleiben:

ABONNIEREN SIE IHREN ZKN-NEWSLETTER

Kennen und nutzen Sie schon den Newsletter Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen? Mit dem Newsletter bekommen Sie zeitnah die Informationen, die Ihnen in Ihrer Praxis nutzen.

Und Ihre Zahnärztekammer hat damit die aktuell schnellste und zudem wirtschaftlichste Möglichkeit, um Sie und Ihre Praxisteams zu informieren.

Und zwar mit Informationen wie:

- ▶ Aktuelles aus Praxisbegehung & Co.
- ▶ Geldwerte Tipps und interessante Seiten im Internet
- ▶ Aktuelle Fortbildungs- / Schulungsangebote
- ▶ Aktuelle Rechtsprechung mit sofortiger Praxisrelevanz
- ▶ Wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen u. v. m.

Ihre Anmeldung zum Newsletter ist ruck-zuck erledigt:

<https://zkn.de/publikationen/zkn-newsletter.html>

Wir sind gerne für Sie da und mit dem Newsletter so schnell wie möglich!

Einreichungs- und Zahlungstermine

2017

Februar / März / April / Mai

Februar		März		April		Mai	
1 Mi	5	1 Mi	9	1 Sa	13	1 Mo	18
2 Do		2 Do		2 So		2 Di	
3 Fr		3 Fr		3 Mo	14	3 Mi	
4 Sa		4 Sa		4 Di		4 Do	
5 So		5 So		5 Mi		5 Fr	
6 Mo	6	6 Mo	10	6 Do		6 Sa	
7 Di		7 Di		7 Fr		7 So	
8 Mi		8 Mi		8 Sa		8 Mo	19
9 Do		9 Do		9 So		9 Di	
10 Fr		10 Fr		10 Mo	15	10 Mi	
11 Sa		11 Sa		11 Di		11 Do	
12 So		12 So		12 Mi		12 Fr	
13 Mo	7	13 Mo	11	13 Do		13 Sa	
14 Di		14 Di		14 Fr		14 So	
15 Mi		15 Mi		15 Sa		15 Mo	20
16 Do		16 Do		16 So		16 Di	
17 Fr		17 Fr		17 Mo	16	17 Mi	
18 Sa		18 Sa		18 Di		18 Do	
19 So		19 So		19 Mi		19 Fr	
20 Mo	8	20 Mo	12	20 Do		20 Sa	
21 Di		21 Di		21 Fr		21 So	
22 Mi		22 Mi		22 Sa		22 Mo	21
23 Do		23 Do		23 So		23 Di	
24 Fr		24 Fr		24 Mo	17	24 Mi	
25 Sa		25 Sa		25 Di		25 Do	
26 So		26 So		26 Mi		26 Fr	
27 Mo	9	27 Mo	13	27 Do		27 Sa	
28 Di		28 Di		28 Fr		28 So	
		29 Mi		29 Sa		29 Mo	22
		30 Do		30 So		30 Di	
		31 Fr				31 Mi	