

Die Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Niedersachsen aus der Public Health Perspektive

S. 32 ff.

Ampel-Chance:
Trickreich GKV-Finanzien
sanieren S. 4 ff.

Bundesversammlung der
Bundeszahnärztekammer
S. 10 ff.

Anforderungen an
eine zahnärztliche
Werbung mit der
Gebietsbezeichnung
„Kieferorthopädie“
S. 16 ff.





KZVN – Wir sind für Sie da!

➤ *Sie fragen – wir antworten*

➤ **Abrechnung**

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 08:00 bis 13:00 Uhr und 14:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 08:00 bis 15:00 Uhr

Hotline für Abrechnungsfragen Telefon: 0511 8405-390 | Fax: 59097067 | E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de

Kch-Service E-Mail: kch-service@kzvn.de | Fax: 59097060

Kfo-Service E-Mail: kfo-service@kzvn.de | Fax: 59097062

➤ **Honorar**

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 09:00 bis 15:00 Uhr

HVM-Fragen Telefon: 0511 8405-440 | Fax: 8405-362

Punktwerte Telefon: 0511 8405-460 | Fax: 8405-362

Krankenkassenstammdaten Telefon: 0511 8405-470 | Fax: 8405-362

➤ **Finanzen**

Sprechzeiten Montag bis Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-400 | E-Mail: finanzen@kzvn.de

➤ **Mitgliederportal/Telematik**

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 08:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 08:00 bis 15:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-395 | Fax: 59097063 | E-Mail: telematik@kzvn.de

➤ **Vertragsfragen**

Sprechzeiten Montag bis Donnerstag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-206 | E-Mail: service@kzvn.de

➤ **Geschäftsstelle Zulassungswesen**

Sprechzeiten Montag bis Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 15:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-455 | Fax: 59097040 | E-Mail: zulassung@kzvn.de



Spärlich

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Parteien, die nach der Bundestagswahl eine „Ampelkoalition“ auf den Weg bringen wollen, haben in ihrem Sondierungspapier zur Gesundheitspolitik eher spärlich Stellung genommen.

So sollen Vorsorge und Prävention zum Leitprinzip gemacht werden, das Gesundheitssystem krisenfest, der Zugang zu guter und verlässlicher gesundheitlicher Versorgung überall in Deutschland gewährleistet werden, das Fallpauschalensystem weiterentwickelt und eine Pflegeoffensive gestartet werden.

Schließlich soll das duale System aus privater und gesetzlicher Versicherung beibehalten werden, also eine Absage an die Bürgerversicherung, die sich Teile der Parteien nicht nur für die Kranken-, sondern auch für die Rentenversicherung auf die Fahnen geschrieben hatten. Wenn man sich die finanzielle Entwicklung der beiden Versicherungssysteme anschaut, stellt sich die Frage, ob wir die gewünschte Umverteilung nicht sowieso quasi durch die Hintertür einführen:

Um die „Friedensgrenze von 40% Sozialversicherungsabgaben bei ständiger, politisch gewollter Leistungsausweitung im Gesundheitswesen nicht zu überschreiten, muss der Bund zunehmend mit Milliarden aushelfen:

Im Jahr 2022 Jahr bereits – auch Corona-bedingt – mit 28 Milliarden für die gesetzliche Krankenversicherung! Noch schlimmer sieht es bei der Rentenversicherung aus: Derzeit zahlt der Bund rund 100 Milliarden dazu, um die politisch beschlossenen „Haltelinien“ nicht zu durchbrechen. Auf die Bedenken des wissenschaftlichen Beirats des Bundeswirtschaftsministeriums, dass diese Haltelinien nur eingehalten werden können, wenn der Bundeszuschuss von derzeit 28% des Bundeshaushaltes auf 54% im Jahr 2045 steigt, erklärte der (mutmaßliche) zukünftige Kanzler, der wissenschaftliche Beirat habe sich eben verrechnet! Folgt man aber dem Beirat, dann bleibt kaum Raum für Infrastrukturmaßnahmen, d.h., die „Babyboomer“ verfrühen in den nächsten Jahren die Zukunft der nächsten Generationen!



Dr. Thomas Nels

Zurück zur Umverteilung. Die Zuschüsse zu den Sozialversicherungen stammen natürlich aus Steueraufkommen, und da leisten die „Besserverdienenden“ bei einem progressiven Steuertarif doch sowieso schon einen überproportionalen Anteil.

Wer also über der Pflichtversicherungsgrenze liegt, zahlt nicht nur in seine Privatversicherung ein, er leistet auch einen Beitrag dazu, die Friedensgrenze zu halten. ■

Dr. Thomas Nels

Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

56. 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

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

Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

MQ.Design Werbeagentur
An der Alten Fabrik 4, 30629 Hannover
Tel.: 0511 5693790; E-Mail: info@mqdesign-werbeagentur.de
Internet: www.mqdesign-werbeagentur.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 01/22: 03. Dezember 2021

Heft 02/22: 11. Januar 2022

Heft 03/22: 8. Februar 2022

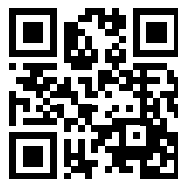
Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für den
► 69. Winterfortbildungskongress der
Zahnärztekammer Niedersachsen
bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>



LEITARTIKEL

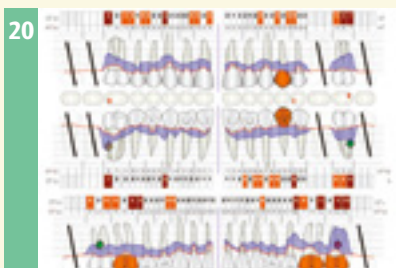
- 1 Dr. Thomas Nels:
Spärlich

POLITISCHES

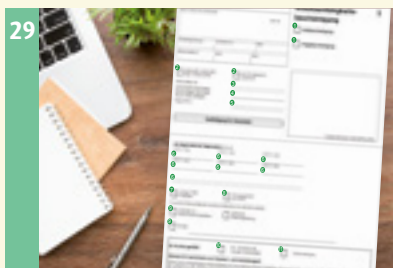
- 4 Ampel-Chance:
Trickreich GKV-Finzen sanieren
- 7 Präsenztagung der W-Vorsitzenden
am 17. und 18.09.2021 in Frankfurt
am Main
- 8 Zukunftsfester Staat – weniger
Bürokratie, praxistaugliche Gesetze
und leistungsfähige Verwaltung:
Nationaler Normenkontrollrat
veröffentlicht Jahresbericht 2021
- 10 Bundesversammlung der
Bundeszahnärztekammer
- 14 Abschied von der Datensparsamkeit
- 16 Anforderungen an eine zahnärztliche
Werbung mit der Gebietsbezeichnung
„Kieferorthopädie“: BGH-Urteil
vom 29.07.2021 – I ZR 114/20 –
Kieferorthopädie

FACHLICHES

- 20 Neue PAR-Klassifikation, neue
PAR-Leitlinie, neue PAR-Richtlinie:
Teil 4 – „Anwendung der neuen
S3-Leitlinie „Die Behandlung von
Parodontitis Stadium I bis III“ an
Patientenfällen



- 28 Videosprechstunde für alle Versicherten!
Neue kostenfreie Patienteninformation
für die Auslage in der Zahnarztpraxis
- 29 Elektronische Arbeitsunfähigkeits-
bescheinigung: Ausfüllhinweise
- 32 Die Zahnmedizinische Gruppen-
prophylaxe in Niedersachsen aus
der Public Health Perspektive
- 38 Das BRSG – Betriebsrente jetzt noch
attraktiver!
- 39 Neufassung der
Praxisausweis-Regelungen
- 40 GOZ:
- ZKN-Relevante Rechtsprechung
- ZKN-Berechnungsempfehlung
- 41 Rechtstipp(s):
- Zahnarzt und private Krankenversi-
cherung im Wettbewerbsverhältnis:
unlautere Mitbewerberbehinderung
durch Zuweisung des Patienten an
ein Praxisnetz
- Arbeitsrecht in der Zahnarztpraxis:
Ab wann spricht man von
Überstunden?
- 44 Zahnärztliche Behandlung ist
unabhängig von 3G-Regel:
Rechtsauffassung von BZÄK und KZBV



TERMINLICHES

- 45 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 45 Termine
- 46 ZAN-Seminarprogramm

PERSÖNLICHES

- 48 Dr. Hans-Jürgen König zum 80.
- 48 Herzliche Glückwünsche
zum Geburtstag!
- 49 Dr. Wolfhard Ross –
wirklich schon 80?
- 49 Wir trauern um unsere Kolleginnen
und unseren Kollegen

AMTLICHES

- 50 Mitteilungen des
Zulassungsausschusses
- 51 Ungültige Zahnarzttausweise
- 52 Öffentliche Zustellungen



Ampel-Chance: Trickreich GKV-Finanzien sanieren



Foto: stock.adobe.com - Andreas Prött

Es ist kein Geheimnis mehr: Gewähren die politisch Verantwortlichen in der Hauptstadt der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) keinen weiteren finanziellen „Nachschlag“, dann steuern die Krankenkassen im Jahr 2022 auf ein gewaltiges Defizit zu. Das die Körperschaften nur mit entsprechenden, auf breiter Front vorgenommenen Erhöhungen der kassenindividuellen Zusatzbeiträge decken können. Letztendlich zahlen dann die Beitragszahler und Beitragszahlerinnen in Deutschland die Zeche für acht lange Jahre schwarzer (Fehl-)Strategien und -Entscheidungen in der Gesundheitspolitik. Der so darauf folgende Volksunmut ist absehbar. Dabei böte sich den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen in Berlin sogar eine trickreiche Alternative: Durch einen einmaligen, leicht vorzunehmenden „Strich des Gesetzgebers“ könnten allein die Kassen in 2022 Ausgaben von über zehn Mrd. € einsparen. Neben den PKV-Unternehmen würden darüber hinaus Verbraucher und Verbraucherinnen von dem Trick profitieren. Und dieser einer neuen (Ampel-) Bundesregierung die notwendige zeitliche Verschnaufpause einräumen, über effektive Wege zur Sanierung der GKV-Finanzien zu sinnieren.

Was passiert, wenn man in Berlin nicht handelt? Der Weg in das finanzielle Chaos ist leicht vorgezeichnet. Am 12. und 13. Oktober 2021 trifft sich auf digitale Weise der so genannte „GKV-Schätzerkreis“. Die Experten und Expertinnen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) auf der einen Seite sollen sich mit denen des Bonner Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) sowie des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) auf der anderen eigentlich einvernehmlich auf die Schätzungen der Einnahmen und Ausgaben der GKV für 2021 und 2022 einigen. Die Runde wird ihre umfangreichen Finanztableaus

wälzen, interpretieren und debattieren. Aber es ist zu erwarten, dass etwas passiert, was in den letzten Jahren mehr als einmal vorkam: Beide Seiten werden inhaltlich unterschiedliche Einschätzungen abgeben und daraus folgende Empfehlungen aussprechen. Die Finanz-Schere, die zwischen den beiden Zahlenkonvoluten klafft, wird je nach Meinung Befragter irgendwo zwischen sechs und neun Mrd. € weit geöffnet sein.

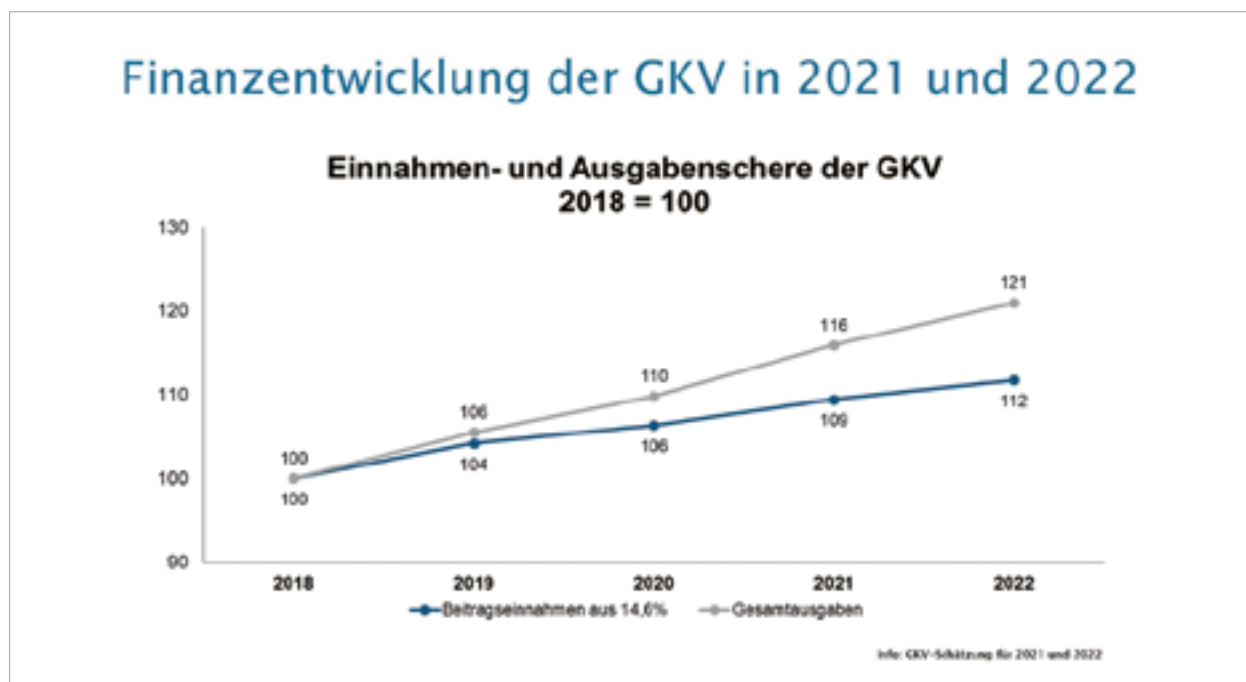
Insofern arbeitet man in dem Gremium artig und treu im Sinne der jeweiligen Arbeitgeber. Die noch CDU-geführte Leitung des BMG dürfte – natürlich – auf die Aussagen der Staatsdiener und Staatsdienerinnen bauen. Und die könnte dahingehend lauten, dass man in 2022 weiterhin einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der GKV von 1,3 Prozent für auskömmlich hält. Damit läge im kommenden Jahr der offizielle Gesamtsozialversicherungsbeitrag bei 39,95 Prozent. Also knapp unter der politisch so sensiblen wie magischen Schwelle von 40 Prozent. Der noch amtierende CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (41) lässt sich daraufhin von seinen eifertigen Beamten und Beamtinnen die vermutlich schon längst vorbereitete wie gesetzlich notwendige Rechtsverordnung vorlegen. Und unterzeichnet diese flugs. Noch ein paar Hürden genommen und aus ist die Maus. Ab 2022 würde ein Satz von 1,3 Prozent gelten – und für jede GKV-Körperschaft, die damit nicht auskommt bzw. nicht mehr über ausreichende Rücklagen verfügt, käme nur als erster Ausweg das „Richtschwert der Erhöhung des Zusatzbeitrages“ in Frage. Diese Maßnahme dürfte aller Voraussicht auf breiter Front erfolgen – je nach Lage der Finanzen einer Kasse massiv oder in homöopathischen Dosen. In GKV-Kreisen hat man bereits berechnet, dass der schon vorher nicht auskömmliche, durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in 2022 eine Höhe von 1,74 Prozent erreichen könnte.

Das war der Sachstand bis zum 8. Oktober 2021. An diesem Tag plopten bei der Sitzung des vom Gesetzgeber neu geschaffenen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA) des GKV-SV neue Berechnungen auf den Screens der Sitzungsteilnehmer auf, die weitere Besorgnis erregten. Denn das fleißig-erfolgreiche Ringen der Gewerkschaften, wie z.B. der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, um höhere Gehälter im stationären Sektor dürfte in 2022 die Finanzen der Kassen weiter belasten. Was so erfreulich für die Klinik-Beschäftigten sein mag wie auch begrüßenswert ist, die Aktionen von ver.di et al. schlagen in der GKV mit mindestens weiteren 700 Mill. € an Ausgaben, wenn nicht mit 900 Mill. € zu Buche. Zumal der Kassenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) aktuell sich nicht um Abgrenzung zwischen Diagnosis Related Group (DRGs) und den Pflegekosten einigen können. Das Pflegebudget bleibt laut Medienberichten weiterhin „ein Aufreger“. Und der jetzt befürchtete Endeffekt: Mit den berechneten Steigerungen könnte der durchschnittliche GKV-Zusatzbeitragsatz eine Höhe von 1,9 Prozent, wenn nicht 2,0 Prozent erreichen. Wenn die Kassenbeiträge mit einem Schlag dermaßen wie explosionsartig noch oben schießen, dann lässt dieser Vorgang kaum eine Regierung ruhig schlafen. Das verhindert schon der geballte Zorn der Sozialpartner wie des Wahl-Volkes. Daher muss irgendjemand im politischen Berlin schleunigst handeln. Und sei es die neue Konstellation mit der griffigen Bezeichnung „Ampel“.

Wie dem auch sei: Das Drama würde also seinen Lauf nehmen. Es träfe nicht nur die Beitragszahler und Beitragszahlerinnen genauso wie im weiteren Verlauf die Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen – auch die

Struktur der GKV bliebe nicht unangetastet, weil Not- und Zwangsfusionen unter den Körperschaften unausweichlich erscheinen. Der leichteste politische Ausweg, um die Finanz-Misere der GKV in 2022 abzuwenden, ist im Jahr 2021 hinlänglich öffentlich diskutiert worden: Ein entsprechend weiterer wie hoher Bundeszuschuss in Mrd.-€-Höhe. Doch allen Forderungen, Bitten und Interventionen von Seiten der Kassen, ihrer Verbände und der Sozialpartner zum Trotz sperrte sich vor allem das SPD-Bundesfinanzministerium (BMF) gegen diese Lösung. Auch zum Trotz aller anderen Corona-€-Mrd. an „Staatsknete“, die in den vergangenen 20 Monaten mehr oder minder zum Fenster hinausgeworfen wurden. Über die (politischen) Gründe des BMF vermag man trefflich spekulieren, hilft aber im Endeffekt nicht viel weiter. Was einmal vorsichtig politisch zugesagt oder zumindest avisiert wurde, das kippt man aus bestimmten, mittlerweile kaum nachvollziehbaren Gründen nicht vor den Türen der GKV ab. Der Zug, diesen leichten Weg per Gesetzesschiene zu nutzen, dürfte abgefahren sein. Es geht nicht, es soll nicht sein! Das Thema „weiterer Bundeszuschuss“ scheint irgendwie politisch verbrannt zu sein.

Also muss entweder ein neuer Begriff oder eine Alternativ-Idee her. Womit wir bei der möglichen anderen Lösung zur Rettung der Finanzen der Kassen sowie der Beitragszahler wären, die bestimmte Kassen-Kreise aktuell diskutieren. Sie ist – das sei zugegeben – nicht gerade frisch, schon in den Schriften des Alt-Meisters der gesundheitspolitischen Beraterszene, Prof. Dr. med. Fritz Beske (†), findet man sie. Aber sie ist recht einfach in der Hauptstadt durch- und umzusetzen. Man folgt einfach den überaus erfolgreichen Spuren der Lobbyisten der Gesundheitshandwerker oder ►►





► des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (DEHOGA) bzw. der Deutschen Bahn (DB). Also klassischer FDP-Klientele. Wie das? Was haben „Körperersatzstücke“, orthopädische Apparate oder Prothesen, Leistungen der Zahntechniker mit Bahnfahrkarten oder gar Teilen von Spesenaufwendungen bzw. Hotelrechnungen gemeinsam? Nun, diese Produkte, Gegenstände bzw. Dienstleistungen entdeckt man alle fein säuberlich enumerativ aufgelistet im § 12 Abs. 2 des Umsatzsteuergesetzes (UStG) bzw. der dazu passenden Anlage 2 zum UStG. Alle diese Produkte, Gegenstände und Leistungen unterliegen nämlich – entweder seit Jahren oder erst seit dem 1. Juli 2021 – dem verminderten Mehrwertsteuersatz (MwSt.-Satz) von 7 Prozent. Für Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Derartiges bezahlen müssen, ist es ungemein wichtig, ob der MwSt.-Satz 19 Prozent beträgt oder eben vermindert ist. Denn Körperschaften haben nicht die Möglichkeit, im Gegensatz zu juristischen Personen wie z.B. eine GmbH, ihre Umsatzsteueraufwendungen gegen eigene, umsatzsteuerbewehrte Leistungen gegenzurechnen. Bei denen diese Steuer eigentlich nur ein „durchlaufender Verrechnungsposten“ ist. Für Kassen allerdings hauen 19 Prozent MwSt. zusätzlich zum Ursprungsbetrag ordentlich „ins Kontor“ rein – vor allem bei dem drittgrößten Ausgabenblock der GKV. Würde man also geräuschlos den MwSt.-Satz für Arzneimittel nur für ein Jahr (= zwölf Monate) auf 7 Prozent senken, würde allein diese Maßnahme nach Berechnungen der Kassen, den GKV-Körperschaften Ausgaben von 6,7 Mrd. € ersparen. Vermutlich genau die Mindest-Summe, die 2022 eigentlich als weiterer Bundeszuschuss benötigt wird. Ließe man nur in 2022 alle Gesundheitsprodukte und -Dienstleistungen dem verminderten MwSt.-Satz unterfallen, dann käme laut der Hochrechnungen sogar noch

mehr zusammen. Also eine „auskömmliche“ Summe. Und diese hätte den gleichen Effekt wie ein erneuter Bundeszuschuss.

Praktikabel ist die Maßnahme ebenfalls. Und fix gesetzgebungstechnisch umsetzbar. Weil man an die Änderungen ohne viel öffentlichen Aufhebens nur an irgendeinen, bald zu beschließenden Gesetzes-Omnibus zwei weitere Artikel anhängt. Man braucht zum einen nur einen Satz. Wie z.B. die am 3. Juni 2021 beschlossene, den MwSt.-Satz vermindemde Formulierung im § 12 UStG: „15. die nach dem 30. Juni 2020 und vor dem 1. Januar 2023 erbrachten Restaurant- und Verpflegungsdienstleistungen, mit Ausnahme der Abgabe von Getränken.“ Man kann auch die Anlage 2 des UStG um eine neue Position 56 erweitern. So einfach ist das! Aber, bitte geräuschlos. Denn da man den U.S-amerikanischen und anderen internationalen Pharmakonzernen nicht über den Weg trauen kann, müsste in einem weiteren Artikel ein zeitlich limitierter Preisstopp für Medikamente fixiert werden, deren MwSt.-Satz gesenkt wurde. Sonst profitieren nur die per se schon mit blendenden Renditen versorgten Multis von der Maßnahme und nicht die eigentlich Bedachten. Das so lukrierte Geld muss bei den Körperschaften als Ausgabenkürzung „ankommen“ und nicht als zusätzlicher Gewinn bei den Herstellern. Insgesamt: Man muss es nur wollen – auch um möglichen, erheblichen Volkszorn zu vermeiden. Die rot-grün-gelbe „Ampel“ wäre also am Zuge. Denn von einem wie ausgebrannt-entnervt wirkenden wie auch sich mehr mit innerparteilichen Kabbalen beschäftigenden CDU-Ressortchef sind weder die Kraft, noch das Durchsetzungsvermögen zu erwarten. ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) 41-21, Seite 2 ff





Präsenztagung der VV-Vorsitzenden am 17. und 18.09.2021 in Frankfurt am Main

Auf ihrer Tagung am 17. und 18.09.2021 in Frankfurt am Main besprachen die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen von 16 KZVen, nur Rheinland-Pfalz musste absagen, die Lage der KZVen. Die Pandemie wurde in allen Landesteilen bisher gut gemeistert. Die wohnortnahe, flächendeckende zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung konnte uneingeschränkt sichergestellt werden. Auch akut an Corona erkrankte Patienten wurden durch die Corona-Notfall-Praxen behandelt. Die von der KZBV mit dem GKV SV vereinbarte Pauschale für den Mehraufwand an Hygieneartikeln in dieser Zeit wird in allen KZVen entsprechend dem von der KZBV vorgesehenen Schlüssel ausgezahlt. Die VV-Vorsitzenden begrüßen diese Anerkennung für die Zahnärzteschaft ausdrücklich.

Die KZV Nordrhein musste sich mit den Folgen der Flutkatastrophe beschäftigen. Über 100 Praxen wurden vollständig zerstört. Zu den Hilfen von Bund und Land

kehrt auch die KZV Nordrhein eine zusätzliche Hilfe an die betroffenen Praxen aus. Auch in Rheinland-Pfalz wird entsprechend verfahren.

Breiten Raum nahm die Diskussion über die Versorgungssituation in den verschiedenen Landesteilen ein. Dabei wurden Ideen zur Behebung der Versorgungsstrukturprobleme ausgetauscht. In einigen KZVen werden Strukturfonds in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen vorbereitet. Auch Anreize, durch die Einführung von Zahnmedizinstudienplätzen mit einer Verpflichtung, eine Landpraxis vor Ort zu betreiben, wurden angesprochen.

Einig sind sich die VV-Vorsitzenden, dass die Sicherstellung der Versorgung eine Kernaufgabe der KZVen ist, und es wurde vereinbart, sich weiter über die Entwicklung und Ideen zur Lösung auszutauschen.

Die nächste Tagung der VV-Vorsitzenden ist für das Frühjahr 2022 in Dessau geplant. ■

_____ Dr. Christoph Lassak, Rüsselsheim

Zukunftsfester Staat – weniger Bürokratie, praxistaugliche Gesetze und leistungsfähige Verwaltung

NATIONALER NORMENKONTROLLRAT VERÖFFENTLICHT JAHRESBERICHT 2021



Übergabe des NKR-Jahresberichts am 16. September 2021 an Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel.

Zum Ende seiner dritten Mandatszeit hat der Nationale Normenkontrollrat (NKR) Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel seinen Jahresbericht 2021 mit dem Titel: „Zukunftsfester Staat – weniger Bürokratie, praxistaugliche Gesetze und leistungsfähige Verwaltung“ übergeben. Als unabhängiges Kontroll- und Beratungsgremium zieht der NKR darin Bilanz zu den geprüften Gesetzentwürfen der Bundesregierung und zu Bürokratieabbau und Digitalisierung der Verwaltung in den letzten 12 Monaten. Zugleich blickt der NKR zurück auf 15 Jahre engagierte Unterstützung der Bundesregierung bei Bürokratieabbau und besserer Rechtsetzung. In den vergangenen Jahren ist die Digitalisierung zu einem wesentlichen Schlüssel für den Abbau von Bürokratie und zugleich für die Leistungsfähigkeit der staatlichen Verwaltung geworden. Dennoch verläuft die dafür notwendige Digitalisierung der wichtigsten Verwaltungsdienstleistungen immer noch zu schleppend. Dr. Johannes Ludwig, Vorsitzender des NKR: „Für eine moderne Verwaltung ist die Digitalisierung sicher eine notwendige, aber eben noch keine hinreichende Bedingung: An Leistungsfähigkeit und Innovationskraft der Verwaltung bestehen Zweifel – und dies nicht erst seit der Corona-Krise. Mit zehn Vorschlägen zeigen wir, wie eine systematische Modernisierung der

Verwaltung in Gang gesetzt werden kann, unter anderem mit Audits und Stresstests für Behörden. Wir sind überzeugt: Auf diesem Weg können konsequente Bürgerorientierung und Service-Kultur die Verwaltung Schritt für Schritt zu einem echten Dienstleister werden lassen.“

Zuletzt wurden der Verwaltung durch bundesrechtliche Regelungen immer mehr kostenträchtige Aufgaben übertragen. Auch die Belastung der Wirtschaft hat im letzten Jahr per Saldo zugenommen. Der einmalige Aufwand (Neustrukturierungen, Investitionen) war mit 5,8 Milliarden Euro sogar so hoch wie nie zuvor. Dieses ‚Aus-dem-Ruder-Laufen‘ konterkariert die erfolgreiche ‚One in, one out‘-Regel (Begrenzung laufender Kosten) und verlangt eine effektivere, ganzheitliche Kostenbegrenzung. Dazu unterbreitet der Jahresbericht praktische Vorschläge – ebenso wie für die Gewährleistung ausreichender Beteiligungen von Vollzugsbehörden und Betroffenen bei der Vorbereitung gesetzlicher Regelungen – ein zentraler Punkt der Regierungsarbeit, der im Verlauf der Legislaturperiode immer mehr an den Rand gedrängt worden ist.

Zu einem weiteren Aspekt sind die Erwartungen an die nächste Legislaturperiode hoch: „Die Bedeutung schnellerer Planungs- und Genehmigungsverfahren wird zunehmend erkannt – nicht zuletzt im Blick auf notwendige Klimaschutzinvestitionen. Bürokratie und ihre lähmende Wirkung spielen im Wahlkampf eine Rolle. Bessere Gesetze und weniger Bürokratie können nicht nur ein wirksames, noch dazu kostenloses Konjunkturpaket sein, sie können auch zur Glaubwürdigkeit von Politik und Verwaltung spürbar beitragen“, resümiert Dr. Ludwig. Der Jahresbericht und die Zusammenfassung der Reformvorschläge wurden im Rahmen einer virtuellen Abschlussbilanz-Konferenz im Bundeskanzleramt vorgestellt: Prof. Dr. Thuid Hustedt (Verwaltungswissenschaftlerin und Professorin an der Hertie School), Dr. Frank-Jürgen Weise (Vorstandsvorsitzender der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung sowie ehemaliger Chef der Bundesagentur für Arbeit und des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge) und Dr. Markus Richter (Staatssekretär und CIO der Bundesregierung) diskutierten hierzu über aktuelle Fragen zur Modernisierung des Staates, Digitalisierung der Verwaltung und Besserer Rechtsetzung. ■

_____ Pressemitteilung Nationaler Normenkontrollrat

1. Entwicklung des Erfüllungsaufwands – Verwaltung mehr in den Blick nehmen.

Der Erfüllungsaufwand ist im Berichtszeitraum 2020/21 um rund 5,1 Mrd. Euro gestiegen, im Wesentlichen durch zusätzliche Kosten der Verwaltung, insbesondere durch Personalausgaben. Sprunghafte Erhöhungen des Erfüllungsaufwands etwa durch die Gesetze zur Ganztagsbetreuung oder auch zu energieeffizienten Fahrzeugen haben seit 2011 dazu geführt, dass die Verwaltung die Wirtschaft erstmals als Hauptbetroffene abgelöst hat. Diesem Kosten-Trend muss mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

2. Die OZG-Umsetzung braucht einen Strategiewechsel für nachhaltigen Erfolg.

Bund, Länder und Kommunen treiben die Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes engagiert voran. Trotzdem ist der Erfolg ungewiss. Komplizierte Strukturen und Regularien bringen das favorisierte Einer-für-Alle-Prinzip an seine Grenzen, auch was zukünftige Entwicklungsbedarfe betrifft. Nötig ist eine strategische Neuausrichtung – hin zu verbindlicher Standardisierung, mehr Plattformbetrieb und der einfacheren Verbreitung guter Lösungen (App-Store für die Verwaltung).

3. Digitale Verwaltung erfordert digitaltaugliches Recht.

Wirklich nutzerfreundlich und effizient werden digitale Verwaltungsangebote erst, wenn vorhandene Daten besser genutzt werden können. Hindernisse dabei sind komplizierte Gesetze und mehrdeutige Begrifflichkeiten. Im jüngst vom NKR beauftragten Gutachten zeigt sich, wie wohldefinierte, modularisierte Rechtsbegriffe eine bessere Datennutzung ermöglichen. Rechtliche Digitalisierungshürden müssen gezielt abgebaut und ein Digital-Check für Gesetze eingeführt werden.

4. Initiative „Leistungsfähige Verwaltung – Zukunftsfester Staat“

Flüchtlings- und Corona-Krise haben gezeigt, was auch im Alltag Sorgen bereitet. Deutschland hat zwar einen starken öffentlichen Sektor – jedoch mit unzureichender Leistungs- und Innovationsfähigkeit. Staat und Verwaltung brauchen eine stärkere Ergebnisorientierung. Zehn konkrete Vorschläge des NKR zeigen, wie u. a. mit Audits und Stresstests eine systematische Modernisierung der Verwaltung in Gang gesetzt werden kann.

5. Klimaschutz profitiert von schnellen Planungs-, Genehmigungs- und Gerichtsverfahren.

Komplexe Planungs-, Genehmigungs- und Gerichtsverfahren benötigen vielfach bis zu zehn Jahre und mehr. Gleichzeitig können ambitionierte Klimaschutzziele nur mit zügigen Investitionen in klimafreundliche Infrastrukturen und Techniken erreicht werden. Dafür müssen die bisherigen Verfahren signifikant beschleunigt werden. Wir brauchen Genehmigungsverfahren, die den Klimaschutz nicht behindern, sondern ihn möglich machen.

6. Bessere Beteiligung, bessere Rechtsetzung: Nutzung von Expertenwissen benötigt Zeit.

Viele, auch bedeutsame Gesetzesvorhaben wurden in dieser Legislaturperiode im Eilverfahren abgestimmt, ohne Betroffene und Vollzugsbehörden angemessen einzubeziehen. Bund und Länder konnten sich dazu nicht auf Verbesserungen verständigen. Der NKR hat ein verbessertes Rechtsetzungsverfahren erarbeitet – mit mehr Transparenz, Praxis-Checks und praktikablen Beteiligungsfristen.

7. Bürokratieabbau kann die Wirtschaft nachhaltig entlasten – viele Vorschläge blieben ungenutzt.

Ein weiteres Gesetz zur Bürokratieentlastung kam im Berichtszeitraum 2020/21 nicht zustande – trotz Ankündigung und vorhandener Vorschläge. Die Verkürzung steuerlicher Aufbewahrungsfristen, die Anhebung von Buchführungs-Schwellenwerten und Vereinfachungen im Baurecht bieten z. B. ein Milliarden-Entlastungspotenzial. Diese und andere Vorschläge könnten nach der Bundestagswahl zur Entlastung von KMU und zur weiteren Stärkung der Wirtschaft aufgegriffen werden.

8. Kostenschätzung verbessern:

Lange Wirkungszeiträume berücksichtigen

Die ersten Klimaschutzgesetze zeigen: Für Gesetze, deren Wirkungen sich über zehn Jahre und mehr hinweg aufbauen (CO₂-Vermeidung), werden zwischenzeitliche Preis-, Nachfrage- und Innovationseffekte in der bisherigen Methodik nicht abgebildet. Deswegen muss zeitnah geklärt werden, wie diese kostenrelevanten Faktoren für Vorhaben mit Langzeitwirkung realistisch einbezogen werden können.

9. Die Realitätslücke bei ‚One in one out‘ wächst.

Die OI00-Bilanz zeigt in diesem Jahr eine Netto-Entlastung der Wirtschaft von 514 Mio. Euro. Nimmt man die Umsetzung von EU-Recht hinzu, ergibt sich demgegenüber eine Belastung von 37 Mio. Euro. Diese ‚Realitätslücke‘ muss geschlossen werden. Die neue EU-OI00-Regel schafft dies nicht, weil sie nur Informationspflichten, nicht aber den relevanten Erfüllungsaufwand erfasst.

10. Einmaliger Erfüllungsaufwand höher als je zuvor: Bisher keine wirksame Begrenzung

Der einmalige Erfüllungsaufwand der Wirtschaft war im Berichtszeitraum 2020/21 mit 5,8 Mrd. Euro so hoch wie nie zuvor, davon 3,8 Mrd. Euro Corona-ursacht. Die bisherigen Maßnahmen zur Begrenzung des Umstellungsaufwands haben keine spürbare Wirkung gezeigt. Die weitergehenden Vorschläge des NKR zeigen, wie Einmal-Aufwand und Erfüllungsaufwand wirkungsvoll zusammengeführt werden können. ■

_____ *Auszug aus dem Jahresbericht 2021 des Nationalen Normenkontrollrates*



Foto: © BZÄK/Thomas Koch

Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer

RESOLUTION MIT FORDERUNGEN UND WÜNSCHEN AN DIE NEUE BUNDESREGIERUNG – „KARLSRUHER ERKLÄRUNG“ ZUR GOZ

Zeitgleich zu den Koalitionsgesprächen zur Findung einer neuen Bundesregierung kamen die 166 Delegierten der Bundesversammlung (BV) der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) am 29. und 30. Oktober in Karlsruhe zusammen. Gäste und Presse konnten per Livestream folgen. Ein idealer Zeitpunkt, um Forderungen, Wünsche und Bedenken gegenüber einer neuen Bundesregierung vorzubringen.

Anerkennende Worte für die Zahnärzteschaft aus dem BMG

Der per Livestream zugeschaltete Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit, Dr. Thomas Gebhart, dankte in seinem Grußwort dem bisherigen geschäftsführenden Vorstand der BZÄK für den gezeigten „enormen Einsatz und die Weichenstellungen“. Einen namentlichen Gruß des Ministers gab es diesmal allerdings nicht. Es sei der Zahnärzteschaft in hervorragender Weise gelungen, alle Herausforderungen der Covid-Pandemie „zu meistern“ und die zahnärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten. Gebhart hob ferner die Wichtigkeit der Parodontitis-Prävention und die Richtlinie zur systematischen Behandlung von parodontalen Erkrankungen hervor. „Sie als Zahnärztinnen und Zahnärzte stehen an vorderster Front und leisten mit Ihrer qualitativ hochwertigen Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit der Patientinnen und Patienten“, lobte er den Berufsstand. Das BMG unterstütze die Freiberuflichkeit und die dazugehörige Qualitätssicherung, die durch die zahnärztliche



Dr. Christoph Benz, Präsident der BZÄK

Selbstverwaltung erfolge. Die zahnmedizinische Versorgung genieße nicht nur in Deutschland, sondern auch im internationalen Maßstab einen hervorragenden Ruf. Gleich zu Beginn unterstrich BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz die Notwendigkeit der Geschlossenheit des Berufsstandes. Nach außen müsse es ein „gemeinsames Signal“ geben. In dieser Grundeinstellung befand er sich in einer Linie mit dem Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZVN), Dr. Wolfgang Eßer, dessen großen Erfolg bezüglich der PARO-Strecke Benz mehrfach hervorhob und an den er zunächst das Wort weiterreichte.

Kompakte Forderungen an die neue Regierung

Seinen ausführlichen Impuls-Vortrag begann Dr. Wolfgang Eßer unter Beifall der Delegierten mit einer symbolischen Handreichung gegenüber der BZÄK für „eine wirklich gute Zusammenarbeit zwischen KZBV und BZÄK“. Politisch stehe Deutschland möglicherweise vor einem Neuanfang. In den Gesprächen der Ampel-Koalitionäre habe die Gesundheitspolitik sicherlich nicht im Mittelpunkt



Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

gestanden. Als „gute Nachricht“ bezeichnete er die klare Aussage zum Erhalt des dualen Systems aus GKV und PKV, mit der die Bedrohung durch eine Bürgerversicherung für die nächsten vier Jahre „vom Tisch“ sei. Begrüßenswert sei auch, dass Prävention und Vorsorge zum politischen Leitprinzip der Regierungsarbeit erhoben werden solle. Als die tragenden Säulen bezeichnete Eßer das Bekenntnis und die Forderung für Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung, deren Freiräume in den letzten Jahren immer enger geworden seien, und er beklagte gegenüber dem Staatssekretär, dass die Forderung nach der notwendigen Stärkung der Selbstverwaltung nicht erfüllt worden sei. Und statt des „ewigen Misstrauens“, das der Zahnärzteschaft entgegen schlage, sollten Vertrauen in die Kompetenz der Selbstverwaltung und Anerkennung für deren Leistungsfähigkeit das politische Handeln in Deutschland bestimmen, forderte Eßer.

Digitalisierung und Bürokratie waren weitere Themen des Vortrages. Die Sanktions- und Fristenpolitik der letzten Legislaturperiode sei nicht akzeptabel. Er forderte eine stabile TI, die den versprochenen Mehrwert zeige. Eßer prangerte wiederholt die zunehmende Kommerzialisierung und Vergewerblichung anhand von aktuellen Zahlen an. Bereits heute seien 23 % aller zahnärztlichen MVZ investorgetragen. Hier müsse eine neue Regierung ein klares Bekenntnis abgeben. Ein MVZ-Register könne mehr Transparenz in diesen „unübersichtlichen Teil“ bringen, forderte Eßer unter Beifall der Delegierten.

Goldene Ehrennadel der Deutschen Zahnärzte für Dr. Peter Engel und Dr. Helmut Pfeffer

Für sein „herausragendes Wirken für die deutsche Zahnärzteschaft“ in nationalen und internationalen Positionen verlieh der BZÄK-Präsident dem ehemaligen Präsidenten der BZÄK, Dr. Peter Engel, die höchste Auszeichnung der deutschen Zahnärzteschaft. Zudem wurde ihm die Ehrenpräsidentschaft der BZÄK verliehen.

Die goldene Ehrennadel erhielt Dr. Helmut Pfeffer für sein vielfältiges Engagement im Vorstand der BZÄK und insbesondere für sein jahrzehntelanges Wirken im Bereich zahnärztlicher Versorgungswerke.

Der geschäftsführende Vorstand berichtet (Auszug aus einer Veröffentlichung der BZÄK)

In seinem politischen Bericht bilanzierte BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz die ersten 147 Tage des neuen Geschäftsführenden BZÄK-Vorstands. 37,9% mehr Kolleginnen gäbe es nun in den Ausschüssen. Die veraltete GOZ sei nach wie vor ein pressierendes Thema, hier müsse wieder Dynamik rein. Neu denken gelte für alle, für die Politik und auch die Selbstverwaltung: Dinge neu denken, anpacken, Probleme lösen. Benz sprach auch über die Zukunftswerkstatt der BZÄK, die Perspektive Zahnmedizin, man müsse eine Zukunft für die jungen Kolleginnen und Kollegen schaffen. Digitalisierung müsse besser, schneller, leichter sein. Die Karieslast in Deutschland sei stark rückläufig, das sei ein Erfolg. Es gäbe aber alte und auch neue Herausforderungen: z.B. Pflegebedürftige, Parodontitis, Frühkindliche Karies, stark adipöse Patienten. Zahlen belegten weiterhin: drei Stunden werde aktuell weniger je Praxis behandelt als noch 2020, Schuld seien Bürokratie und sonstige Aufgaben.



Konstantin v. Laffert, Vizepräsident der BZÄK

BZÄK-Vizepräsident Konstantin von Laffert kritisierte in seinem Bericht Fremdkapital in der Zahnmedizin und dessen Renditedruck, der nicht selten medizinische Therapien beeinflusse und Geld aus dem deutschen Gesundheitssystem abfließen lasse: mehr als 75 Prozent der Fremdkapitalinvestoren hätten ihren steuerlichen Sitz nicht in Deutschland, sondern in Steueroasen. Ein riskantes Experiment sei auch die Fernbehandlung mit Alignern durch Start-Ups, eindeutige Regeln seien zeitnah nötig. Von Laffert sprach zudem über Nachhaltigkeit und Ressourcenschonung in der Zahnarztpraxis sowie die Rolle von Zucker und Ernährung für die Gesundheit, hier gebe es konkrete Ansätze und Forderungen zur Verbesserung. Auch die Bürokratielast führe nicht nur zu hohen Kosten und großem Zeitaufwand, sie schade auch dem Klima – Stichwort Pflichtfortbildungen mit vorgeschriebener Präsenz und mehr.

(Ende Auszug aus einer Veröffentlichung der BZÄK) ►►



Dr. Romy Ermler, Vizepräsidentin der BZÄK



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

- Aus ihrer fünfmonatigen Tätigkeit als Vizepräsidentin im geschäftsführenden Vorstand der BZÄK trug Romy Ermler vor. Als die wichtigsten Anliegen ihrer Arbeit gelte der zahnärztliche Nachwuchs und die Sicherung des zahnmedizinischen Fachpersonals in der Zukunft, ebenso die Frage einer adäquaten Bezahlung zahnärztlicher Leistungen und die Digitalisierung, die endlich eine Erfolgsgeschichte werden sollte.

Die Pandemie habe sich auf die Hochschulen mit ihren insgesamt 8.558 weiblichen und 4.167 männlichen Studierenden der Zahnmedizin im WS 2020/21 ausgewirkt. Die Vizepräsidentin beklagte die Verringerung der Studienplätze für den Fall, dass der Betreuungsschlüssel durch die neue zahnärztliche Approbationsordnung verringert werde. Seit längerem fordere man, dass die ersten 4 Semester mit dem Medizinstudium synchronisiert werden. Darüber hinaus müssten die ärztliche und die neue zahnärztliche Approbationsordnung (AO) angepasst werden. Das Bild des Berufsstandes sei bei vielen Politikern durch Schlagworte und Missachtung – insbesondere während der Pandemie – geprägt.

Als Kernthema der BZÄK bezeichnete Ermler die GOZ, deren Punktwert seit nunmehr 33 Jahren unverändert sei. Um die laufenden Kosten einer Behandlungsstunde finanzieren zu können, müsse die Praxis 326 Euro verdienen. Allerdings müsse man auch die vorhandenen Möglichkeiten der GOZ im Rahmen der §§ 2, 5 und 6 mehr nutzen, forderte sie.

Die Digitalisierung müsse zusammen mit der Zahnärzteschaft erfolgen. Trotz einer Anschlussquote von 87% fühlten sich nur 22% der Kolleginnen und Kollegen im Umgang mit der TI sicher.

„Digitalisierung ist gut, wenn sie richtig und praxisnah gemacht wird“.

Dr. Carsten Hünecke (Sachsen-Anhalt) gab einen Einblick zum Thema „Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse“. Die Entscheidungskriterien der Approbationsbehörden seien bundesweit unterschiedlich und unterlägen zudem politischem Einfluss. Letztlich liege sie bei den Ländern und werde nach Aktenlage, per Gutachten oder nach Kenntnisprüfung vorgenommen. Für Studierende aus der EU sei die Anerkennung nur eine Formalie. Derzeit habe bei

steigendem Anteil fast jeder 5. Zulassungs-Kandidat seinen Abschluss nicht in Deutschland gemacht, so Hünecke. Von den 2.112 im Jahr 2020 erteilten Approbationen entfallen auf das EU-Ausland 220 und 218 auf Drittstaaten.

Über die Neuordnung der Ausbildung für die zahnmedizinischen Angestellten berichtete Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, der als ZKN-Präsident dem Vorstand der BZÄK angehört. Für den Sommer nächsten Jahres erwarte er das Inkrafttreten einer neuen Ausbildungsverordnung. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) hatte im März die Sachverständigen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite für die Ausarbeitung der Ausbildungsverordnung ZFA und deren Abstimmung mit dem Rahmenlehrplan offiziell ihre Arbeit aufnehmen lassen, so Bunke. In mehreren Sachverständigenitzungen seien neue Berufsbildpositionen, Lernfelder und Prüfungsbereiche erarbeitet und der Ausbildungsrahmenplan abgestimmt worden. Die Qualifikationsinhalte für die Sachkundenachweise für die Medizinprodukteaufbereitung und für die Kenntnisse im Strahlenschutz konnten in die Ausbildungsordnung, in den Ausbildungsrahmenplan und in den Rahmenlehrplan aufgenommen werden. Damit sei einer der wichtigen Forderungen der BZÄK entsprochen worden, nach der eine ZFA mit dem Berufsabschluss zur Aufbereitung und Freigabe von Medizinprodukten uneingeschränkt berechtigt sein müsse. Die neue Ausbildungsverordnung werde voraussichtlich zum 1. August 2022 in Kraft treten, so Bunke. Abschließend ging der Kammerpräsident auf das in der Corona-Zeit schwierige Kapitel der Ausbildungsstatistik ein. 2020 habe sich die Anzahl der Ausbildungsverträge gegenüber dem langjährigen Durchschnitt um ca. 8% verringert, während sie sich im laufenden Jahr um 12% erhöht habe, so dass man im September 2021 die höchste Zahl von Ausbildungsverträgen seit 2001 vorweisen könne. Bunke zeigte sich erfreut über die verschiedenen Ausbildungskampagnen der Länder. Nun müsse man an die Ausbilder herantreten und Unterstützung durch die Zahnärztekammern geben, beispielsweise durch Personalführungskurse, schloss Bunke seinen Bericht.

Forderungen und Wünsche an die neue Bundesregierung

In den vergleichsweise wenigen Beschlüssen der BV wurden nach entsprechenden Diskussionen Forderungen und

Wünsche an die Politik in komprimierter Form formuliert. Zu den Kernforderungen zählt der Erhalt der dualen Krankenversicherung, die sich seit Jahrzehnten und auch in der Finanz- und Wirtschaftskrise bewährt habe. Eine Bürgerversicherung bietet keine Lösungsansätze für die bestehenden Probleme und würde zudem Arbeitsplätze in hoher Zahl in der Gesundheitswirtschaft gefährden.

„Bürokratieabbau endlich umsetzen“ lautet ein weiterer Beschluss der BV, der den Ordnungsgeber auffordert, die vom Normenkontrollrat 2015 aufgezeigten Maßnahmen zum Bürokratieabbau umzusetzen, um die Praxen zu entlasten. Alle Beschlüsse der BV sind eingestellt unter:

→ www.bzaek.de/deutscher-zahnaerztetag.html



Delegierte zur BV aus Niedersachsen: Dr. Julius Beischer, Dr. Markus Braun, Dr. Fabian Godek, Dr. Jürgen Hadenfeldt, Dr. Tilli Hanßen, Dr. Uwe Herz, Dr. Tim Hörnschemeyer, Dr. Julia Schmilewski, Dr. Michael Sereny, Sabine Steding, Dr. Dirk Timmermann (im. Bild), Dr. Axel Wiesner, Dr. Karl-Heinz Zunk

Resolution der BV

Einstimmig wurde eine Resolution verabschiedet, in der die BV gegenüber der neuen Bundesregierung folgende Forderungen aufstellt:

- ▶ Die Förderung der freiberuflichen Leistungserbringung, vor allem durch eine Stärkung der freien Arzt- und Therapiewahl, gerade auch vor dem Hintergrund des weiterhin steigenden Interesses von Fremdkapital an zahnärztlichen Leistungen und Praxen,
- ▶ die Regulierung von Fremdkapital in der Zahnmedizin,
- ▶ eine spürbare Entlastung der Zahnarztpraxen von unnötigen Bürokratielasten,
- ▶ eine angemessene Honorierung auf Basis einer jährlich im Punktwert anzupassenden privaten Gebührenordnung,
- ▶ die gezielte Förderung der Digitalisierung unter Nutzung der Expertise des Berufsstandes,
- ▶ die Stärkung des Subsidiaritätsprinzips zwischen der europäischen und der nationalen Zuständigkeitsebene,
- ▶ eine gezielte Stärkung des bewährten dualen Krankenversicherungssystems.

„Karlsruher Erklärung“ zur GOZ

In ihrer „Karlsruher Erklärung“ stellt die BV fest: ... dass der Ordnungsgeber auch in der letzten Legislaturperiode seiner gesetzlich vorgegebenen Verpflichtung zu einer Anpassung des seit 33 Jahren unveränderten Punktwerts in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wieder nicht nachgekommen ist.

Die Bundesversammlung fordert die künftige Bundesregierung auf, diesen gesetzlichen Auftrag endlich zu erfüllen. Die gesetzliche Verpflichtung für die längst überfällige Punktwertanhebung lautet:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen (§ 15 Zahnheilkundengesetz)“.

Damit soll sichergestellt werden, dass auf gesetzlicher Grundlage die Vergütung sowohl dem Allgemeinwohl als auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen muss und die Leistungen der Zahnärzte ausreichend vergütet werden. Es ist also der Ausgleich notwendig zwischen den widerstrebenden Interessen der Patienten, kein zu hohes Entgelt entrichten zu müssen und den berechtigten Interessen der Zahnärzte, ein angemessenes Honorar für ihre Aufwände, also eine leistungsgerechte Honorierung, zu erhalten.

Zugleich fordert die Bundesversammlung die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland auf, unter Berufung auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, die bestehenden Möglichkeiten der GOZ unter konsequenter Anwendung des Paragraphen 2 (Freie Vereinbarung), des Paragraphen 5 (Bemessung der Gebühren) und des Paragraphen 6 Abs. 1 (Analogleistungen) auszuschöpfen.

Die BV beschloss nach detaillierter Vorstellung den vom Vorstand vorgelegten Haushaltsplan 2022.

Erfreulich ist die Feststellung, dass der Mitgliedsbeitrag auch für 2022 unverändert und damit seit 2017 bei 9,79 € je berufstätigem Kammermitglied liegen wird.

In seinem Schlusswort richtete der BZÄK-Präsident Prof. Dr. Benz erneut seinen besonderen Dank an die KZBV für die Paro-Strecke und die Bereitschaft für die Zusammenarbeit im Interesse der Kollegenschaft. Die Delegierten hätten wieder bewiesen, so Benz, wie wichtig diese für die Kollegenschaft sei. Die Karlsruher Erklärung bezeichnete er als eine gute Basis für das Gespräch mit der Politik. ■

_____loe



Abschied von der Datensparsamkeit

Ein „digitales, systematisch lernendes Gesundheitssystem“ hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Ende März vorgestellten Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit“ gefordert. Zugleich hatte er für einen leichteren Zugriff auf Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken plädiert. Dazu müsse unter anderem auch der Datenschutz „neu gedacht“ werden. Auf einem digitalen Symposium am 17. Juni stellte der Sachverständigenrat die wichtigsten Aspekte seines knapp 400 Seiten umfassenden Gutachtens noch einmal dar und forderte zugleich, das „Anrecht von Patienten auf bestmögliche Nutzung ihrer Gesundheitsdaten“ gesetzlich zu verankern.

Dazu gehöre auch, sich von den bislang vertretenen Konzepten „Datensparsamkeit“ und „unmittelbare Zweckbindung“ zu lösen – sie seien „lebensfremd, irreführend und manchmal sogar schädlich“ (Stichworte: maschinelles Lernen, Künstliche Intelligenz, Big Data). Zwar halte es auch der Sachverständigenrat für unabdingbar, dass „Gesundheitsdaten nicht in falsche Hände fallen“, betonte der Rats-Vorsitzende Prof. Dr. Ferdinand Gerlach bei der Vorstellung des Gutachtens. Zugleich müssten sie jedoch in die „richtigen“ Hände gelangen können: „Daten teilen heißt besser heilen“, lautet die Devise des Rates. Datensicherheit müsse die „vorrangige Norm“ werden – in Verbindung mit „wirksamen Kontrollen“ und „empfindlichen

strafrechtlichen Sanktionen“ gegenüber denjenigen, die die „gezogenen Grenzen“ überschritten. – In anderen Ländern funktioniere das trotz Datenschutzgrundverordnung schließlich auch, argumentieren die Ratsmitglieder und verweisen auf bessere Datenpools im Ausland, von denen auch Deutschland profitiere. Das Patientenwohl müsse der Maßstab sein, an dem Digitalisierung im Gesundheitswesen ausgerichtet werden sollte: „Dazu brauchen wir für Forschung und Versorgung verwertbare Daten.“ Dabei geht es dem Rat nicht nur um die bereits jetzt verfügbaren Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen, sondern ebenso um die dazugehörigen Behandlungsdaten, insbesondere die Daten aus der elektronischen Patientenakte: Es bedürfe der „Auswertung großer Datenmengen“, heißt es im Gutachten explizit.

Recht auf Datenverarbeitung statt auf Datenschutz?

Die informationelle Selbstbestimmung der Patienten solle nicht länger „allein als Schutz personenbezogener Daten“ verstanden werden. Datenschutz dürfe dem „Anrecht“ jedes einzelnen Versicherten auf eine „adäquate Verarbeitung seiner Gesundheitsdaten zum Zweck der bestmöglichen Behandlung und der Verbesserung des Gesundheitssystems sowie zum Zweck einer die Vorbeugung, Diagnose oder Behandlung verbessernden Forschung“ nicht entgegenstehen. Vielmehr müsse Datenschutz diesen „Grundanspruch jedes Menschen“ sogar berücksichtigen.

Dabei kündigt der Sachverständigenrat gleich an, dass „für den Großteil der Forschungsfragen“ pseudonymisierte Daten benötigt würden – denn mit einer Anonymisierung sei „ein hoher Informationsverlust“ verbunden. In punkto Einwilligungsverfahren schlägt der Rat vor zu prüfen, ob für Versorgungsdaten, die für die Forschung besonders relevant sind, die Möglichkeit einer Verarbeitung auf gesetzlicher Grundlage ohne Zustimmungserfordernis oder Opt-out-Möglichkeit geschaffen werden könnte. Behandlungsdaten, die „im Rahmen solidarisch finanzierter Gesundheitsversorgung erhoben und ohnehin dokumentiert werden“, sollten über die ePA an eine zentrale „Sammelstelle“ (Forschungsdatenzentrum) weitergeleitet werden, die diese Daten treuhänderisch verwaltet und für Forschungszwecke „kuratiert“ zur Verfügung stellt, empfiehlt der Rat – auch dies gegebenenfalls ohne Zustimmungserfordernis: Die freiwillige Bereitstellung der Daten mindere ihren Nutzen für die Forschung „deutlich“, stellte Ratsmitglied Prof. Dr. Jonas Schreyögg anlässlich des Symposiums fest.

Als Beleg für die Notwendigkeit dieses Eingriffs führt der Rat unter anderem die Pandemiebekämpfung ins Feld – die durch das „weltfremde Dogma der Datensparsamkeit“ erschwert worden sei. Maßnahmen zur Eindämmung des Virus könnten „gezielter“ sein, wenn Gesundheitsdaten „wie eine nachgewiesene Ansteckung“ mit Bewegungs- und Kontaktdaten verknüpft werden könnten“, erklärte Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Gesundheitsökonom und stellvertretender SVR-Vorsitzender, bereits im März: „Die Corona-Krise zeigt, dass es beim Thema Datennutzung nicht nur um den effizienten Schutz von Leben und Gesundheit des Einzelnen und seiner Mitmenschen geht, sondern auch darum, das Wirtschaftsleben ebenso wie Bildung, Kultur und Freizeitaktivitäten nicht unnötig einzuschränken. Es geht um die materiellen und ideellen Grundlagen unserer Gesellschaft. Um beurteilen zu können, welche Einschränkungen wirklich nötig und angemessen sind, müssen Forschende Daten auswerten dürfen.“

ePA mit OPT-OUT

Da scheint es nur folgerichtig, dass der Sachverständigenrat auf dem Symposium im Juni seine Forderung, grundsätzlich für jeden Bürger „mit Geburt oder Zuzug“ eine elektronische Patientenakte (ePA) anzulegen und zugleich den Zugriff durch „behandelnde Leistungserbringer“ zu ermöglichen, noch einmal bekräftigte. Dabei solle jedem Versicherten allerdings das Recht eingeräumt werden, der Einrichtung jederzeit zu widersprechen. Außerdem sollten Inhalte der Akte gegenüber einzelnen „Leistungserbringern“ gezielt „verschattet“ – wohlgemerkt: nicht gelöscht – werden können. Das derzeit vorgesehene „mehrfache Opt-in-Verfahren“ für die Einrichtung der ePA, die Befüllung, die Einsichtnahme sowie für erneute Zugriffe und die Nutzung

der Daten für Forschungszwecke berge die Gefahr, dass eine „so grundlegende Leistung der Gesundheitsversorgung mit all ihren Potenzialen und Chancen“ aufgrund des Aufwands zu wenig genutzt werde. Und Patienten könnten schließlich immer dann am besten behandelt werden, „wenn alle notwendigen Gesundheitsdaten vollständig und aktuell zur Verfügung stehen“ – von den Vorteilen für die Forschung einmal abgesehen.

Eine Frage der Solidarität?

Dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn große Sympathien für die Empfehlungen des Rates hegen dürfte, liegt in der Rückschau der nun zu Ende gehenden Legislaturperiode auf der Hand. Klar ist außerdem, dass er persönlich in der Digitalisierung eher Chancen als Risiken sieht. So vermag es kaum zu überraschen, dass er auf dem Symposium des Sachverständigenrats eine eindeutige digitale Identität für jeden Bürger, in der beispielsweise die Steuer- und die „Sozialversicherungsnummer“ zusammenlaufen, ins Spiel brachte. Schlüssig ist für Spahn auch, dass Versicherte sich mit Blick auf eine leichtere Nutzung ihrer (anonymisierten bzw. pseudonymisierten) Daten „solidarisch“ zeigen sollten – immerhin profitierten sie andererseits davon, jederzeit Zugang zur medizinischen Versorgung zu haben: „Solidarität ist keine Einbahnstraße“, bemerkte Spahn.

Wer die Empfehlungen des Sachverständigenrats „für eine patientenwohldienliche Digitalisierung der Gesundheitsversorgung“ – die dieser durchaus als Blaupause verstanden wissen will – umsetzt, werden die Bundestagswahl und die anschließende Regierungsbildung zeigen. Wohin die Reise im Gesundheitswesen und beim Schutz persönlicher Daten gehen könnte, zeigt das SVR-Gutachten in jedem Fall jetzt bereits auf. ■

_____ Kirsten Behrendt

Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Nr. 09/2021

VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE ZAHL DES MONATS

31.400

31.400 Patientinnen und Patienten haben sich im Jahr 2020 an die zahnärztlichen Patientenberatungsstellen in Deutschland gewandt. Drei Viertel der Beratungsanliegen ließen sich bereits durch qualifizierte Wissensvermittlung im Beratungsgespräch abschließend klären. Weitere Informationen zur Zahnärztlichen Patientenberatung sowie auch der aktuelle Jahresbericht können unter www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de oder unter www.kzbv.de abgerufen werden. ■

_____ KZBV



Foto: Joe Miletzki

Anforderungen an eine zahnärztliche Werbung mit der Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie“

BGH-URTEIL VOM 29.07.2021 – I ZR 114/20 – KIEFERORTHOPÄDIE

In einem Verfahren der Zahnärztekammer (ZÄK) Nordrhein hat der Bundesgerichtshof mit aktuellem Urteil die Vorgaben für eine Werbung von Zahnärzten, die nicht Fachzahnärzte für Kieferorthopädie sind, mit der Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie“ konkretisiert. In der kieferorthopädischen Leitsatzentscheidung stellen die obersten Bundesrichter klar: „Wirbt ein Zahnarzt, der nicht Fachzahnarzt für Kieferorthopädie ist, mit den Angaben ‚Kieferorthopädie‘ und ‚(Zahnarzt-)Praxis für Kieferorthopädie‘, muss er der dadurch ausgelösten Fehlvorstellung eines erheblichen Teils der angesprochenen Verkehrskreise, er sei Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, durch zumutbare Aufklärung entgegenwirken.“

I. Zum Sachverhalt

Die ZÄK Nordrhein hat im Rahmen der Berufsaufsicht unter Bezugnahme auf die jeweiligen Screenshots der Internetseite die folgenden Werbungen eines niedergelassenen

Zahnarztes beanstandet:

„Kieferorthopädie in der ...-Straße“,
„Zahnarztpraxis für Kieferorthopädie“,
„Praxis für Kieferorthopädie“,
„Kieferorthopädie der ...zahnärzte“,
„Kieferorthopädie derzahnärzte“.

Der beklagte Zahnarzt hat keine Weiterbildung im Gebiet der Kieferorthopädie absolviert und ist daher auch nicht berechtigt, die Bezeichnung „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ zu führen. Er ist seit 30 Jahren niedergelassen und erbringt kieferorthopädische Leistungen. Er erwarb im Jahr 2012 den österreichischen Masterabschluss mit dem Titel „Master of Science Kieferorthopädie (MSc)“ und hat gegenüber der ZÄK Nordrhein den Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie angezeigt.

Die ZÄK Nordrhein hat Unterlassungsansprüche gegen den Zahnarzt geltend gemacht und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, dass die beanstandeten Werbungen irreführend und damit berufsrechtswidrig so-

wie wettbewerbswidrig seien, weil bei potentiellen Patienten die hier unzutreffende Erwartung eines erfolgreichen Abschlusses einer förmlichen Weiterbildung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie geweckt werde. In erster Instanz hat das Landgericht Düsseldorf (Urteil vom 06.03.2019 – 34 O 75/18) der Klage der ZÄK Nordrhein stattgegeben und den beklagten Zahnarzt antragsgemäß verurteilt, die beanstandeten Werbungen zu unterlassen. In zweiter Instanz hat das Oberlandesgericht Düsseldorf (Urteil vom 18.06.2020 – I-20 U 35/10) auf die Berufung des Zahnarztes das erstinstanzliche Urteil aufgehoben und die Klage der ZÄK Nordrhein abgewiesen. Im Wesentlichen stellte das Gericht darauf ab, dass die mit den Werbungen angesprochenen Patienten die werblichen Aussagen lediglich dahingehend verstünden, dass in der Zahnarztpraxis kieferorthopädische Behandlungen angeboten würden und der Beklagte über einen entsprechenden Tätigkeitsschwerpunkt und ausgewiesene Kenntnisse verfüge. Die Erwartung eines Fachzahnarztes für Kieferorthopädie sei mit den Werbungen jedoch nicht verbunden. Die Revision wurde zugelassen.

Auf die Revision der ZÄK Nordrhein hat der Bundesgerichtshof nunmehr in dritter Instanz die ursprünglich vom Landgericht ausgesprochene Verurteilung des beklagten Zahnarztes insoweit wiederhergestellt, als Werbungen mit der Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie“ ohne aufklärende Hinweise über die tatsächliche Qualifikation des Beklagten betroffen waren.

II. Aus den Entscheidungsgründen

Der Bundesgerichtshof bestätigt zunächst erneut, dass die ZÄK Nordrhein nach § 8 Abs. 3 Nr. 2 UWG befugt ist, als berufsständische Vertretung der Zahnärzte in ihrem Bezirk von ihren Mitgliedern begangene Wettbewerbsverstöße zu verfolgen (dazu grundlegend BGH, Urteil vom 06.04.2006 – I ZR 272/03 – Zahnarztbriefbogen).

In der Sache bejaht der Bundesgerichtshof den Unterlassungsanspruch der ZÄK Nordrhein nach § 8 Absatz 1 UWG wegen irreführender Angaben hinsichtlich eines Teils der beanstandeten Werbungen und begründet seine Entscheidung wie folgt:

1.

Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 UWG handelt unlauter, wer eine irreführende geschäftliche Handlung vornimmt, die geeignet ist, den Verbraucher oder sonstigen Marktteilnehmer zu einer geschäftlichen Entscheidung zu veranlassen, die er andernfalls nicht getroffen hätte. Eine geschäftliche Handlung ist gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 UWG irreführend, wenn sie unwahre Angaben oder sonstige zur Täuschung geeignete Angaben über – nachfolgend aufgezählte – Umstände enthält; hierzu rechnen gemäß Nr. 3 auch solche über die Person, Eigenschaften oder Rechte des Unter-

nehmers. Eine Irreführung liegt vor, wenn das Verständnis, das eine Angabe bei den Verkehrskreisen erweckt, an die sie sich richtet, mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht übereinstimmt. Für die Feststellung dieses Verkehrsverständnisses ist auf die Sicht eines durchschnittlich informierten, aufmerksamen und verständigen Verbrauchers als eines (potenziellen) Patienten einer Zahnarztpraxis abzustellen.

2.

Auf dieser Grundlage kommt der Bundesgerichtshof in Abweichung zu dem Oberlandesgericht Düsseldorf als Berufungsgericht zu dem Ergebnis, dass durch die beanstandete Werbung der unzutreffende Eindruck erweckt wird, dass der Beklagte ein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie sei. Der Bundesgerichtshof führt hierzu aus:

„Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts geht ein erheblicher Teil der Verbraucherinnen und Verbraucher davon aus, nur ein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie dürfe kieferorthopädische Leistungen erbringen, und entnimmt den streitgegenständlichen Angaben daher die implizite Aussage, der Beklagte sei ein solcher Fachzahnarzt.“

...

Dem Durchschnittsverbraucher sind Facharzt- und Fachzahnarztbezeichnungen zwar nicht fremd; er kennt dementsprechend auch den Begriff „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ und noch mehr die gebräuchlichere Abkürzung „Kieferorthopäde“. Darunter stellt er sich einen Zahnarzt vor, der eine von der zuständigen Berufsaufsicht anerkannte Weiterbildung im Fachgebiet der Kieferorthopädie mit bestandener Prüfung absolviert hat. Vertiefte Gedanken zur Dauer und zum Inhalt einer solchen Weiterbildung macht sich der Durchschnittsverbraucher hingegen nicht. Er weiß auch nicht, dass das für Ärzte grundsätzlich bestehende Verbot, außerhalb ihres Fachgebiets tätig zu werden, für Zahnärzte nicht gilt (vgl. §§ 33, 41 Abs. 1, § 51 Abs. 1 HeilBerG NW), und kieferorthopädische Leistungen daher auch durch approbierte Zahnärzte erbracht werden dürfen, die nicht dazu berechtigt sind, die Bezeichnung „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ oder „Kieferorthopäde“ zu führen.

Die entgegenstehende Beurteilung des Berufungsgerichts steht mit der Lebenserfahrung nicht im Einklang. Im Gegenteil geht ein erheblicher Teil der Verbraucherinnen und Verbraucher mangels Kenntnis der Besonderheiten des zahnärztlichen Berufsrechts davon aus, nur ein „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ oder „Kieferorthopäde“ dürfe kieferorthopädische Leistungen erbringen. Deshalb wird dieser Teil der angesprochenen Verkehrskreise aufgrund der streitgegenständlichen Angaben des Beklagten zu der Vorstellung gelangen, der Beklagte habe eine von der zuständigen Berufsaufsicht anerkannte Weiterbildung im Fachgebiet Kieferorthopädie mit bestandener Prüfung absolviert.“ ►►

► 3.

Weiterhin stuft der Bundesgerichtshof die vom Beklagten verwendeten Angaben „Kieferorthopädie“ und „(Zahnarzt-) Praxis für Kieferorthopädie“ als objektiv zutreffend ein, da der beklagte Zahnarzt unstreitig fortlaufend kieferorthopädische Leistungen erbringt. Eine zutreffende Angabe kann auch irreführend sein, wenn sie gleichwohl zu einer Fehlvorstellung führt. Es bedarf dann einer höheren Irreführungsquote als bei einer Täuschung mit einer objektiv unrichtigen Angabe sowie einer Interessenabwägung. Vorliegend sieht der Bundesgerichtshof die erforderliche höhere Irreführungsquote auch mit Blick auf die bei einer Gesundheitswerbung geltenden strengeren Maßstäbe als gegeben an.

Im Rahmen der Interessensabwägung sieht der Bundesgerichtshof jedenfalls bezüglich der Person des Beklagten keine Gefahr, dass Zahnärzte bei Freigabe des Begriffs „Kieferorthopädie“ künftig vermehrt mit einer lediglich auf Selbsteinschätzung beruhenden Expertise würden. Als „Master of Science Kieferorthopädie (MSc)“ verfügt der Beklagte über einen akademischen Abschluss, der nicht nur auf Selbsteinschätzung beruht und den er in Deutschland führen darf.

Auch kann der Beklagte nicht darauf verwiesen werden, die Bezeichnung „Kieferorthopädie“ ausschließlich als Tätigkeitsschwerpunkt gemäß § 13 Abs. 5 der Berufsordnung zu führen. Hierzu führt der Bundesgerichtshof aus: „Einem Zahnarzt muss es grundsätzlich möglich sein, für die Erbringung von kieferorthopädischen Leistungen zu werben, die ihm auch dann erlaubt ist, wenn er kein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie ist und die Voraussetzungen für den Ausweis eines diesbezüglichen Tätigkeitsschwerpunkts nicht erfüllt. Ein generelles Verbot solcher Werbung durch ‚einfache‘ approbierte Zahnärzte stellte einen unverhältnismäßigen und daher nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die nach Art. 12 Abs. 1 GG gewährleistete Berufsausübungsfreiheit dar Daher kann auch einem Zahnarzt, der – wie der Beklagte – personenbezogen einen Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie ausweisen darf, die von der Voranstellung des Worts ‚Tätigkeitsschwerpunkt‘ losgelöste Verwendung des Begriffs ‚Kieferorthopädie‘ für die werbende Beschreibung seiner Tätigkeit nicht generell untersagt werden.“

Schließlich lässt der Bundesgerichtshof aber den Einwand der ZÄK Nordrhein als Klägerin durchgreifen, es bestehe eine Gefahr einer Verwässerung der Bezeichnung „Fachzahnarzt“ und der damit verbundenen Qualitätserwartungen. Der Bundesgerichtshof betont die besondere Bedeutung der fachzahnärztlichen Weiterbildung wie folgt:

„Die Weiterbildung zum Fachzahnarzt dient der Sicherstellung einer hohen Qualität der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung und damit einem besonders wichtigen Gemeinschaftsgut (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen,

Beschluss vom 16. September 2014 – 13 A 636/12, juris Rn. 65 f; § 1 Abs. 1 Satz 1 Weiterbildungsordnung). Die Fachzahnarztbezeichnungen stellen zugleich eine Orientierungshilfe für die an einer Behandlung interessierten Patienten bei der Auswahl eines geeigneten Zahnarztes dar. Wie ausgeführt (Rn. 28) verfügt der Durchschnittsverbraucher über eine – nicht im Einzelnen konkretisierte – Vorstellung, ein Fachzahnarzt erfülle einen von der zuständigen Berufsaufsicht kontrollierten Qualitätsstandard. Vor diesem Hintergrund wird die Erreichung der genannten Zwecke gefährdet, wenn der Durchschnittsverbraucher irrtümlich annimmt, ein mit ‚Kieferorthopädie‘ werbender Zahnarzt sei Fachzahnarzt für Kieferorthopädie.“

Vor diesem Hintergrund verlangt der Bundesgerichtshof, dass der werbende Zahnarzt den Fehlvorstellungen durch aufklärende Hinweise begegnen muss.

„Ein Zahnarzt, der in seiner Werbung den Begriff ‚Kieferorthopädie‘ verwendet, ohne Fachzahnarzt für Kieferorthopädie zu sein, ist daher gehalten, der aufgrund der Verwendung des Begriffs zu erwartenden Fehlvorstellung der angesprochenen Verkehrskreise, er sei Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, durch zumutbare Aufklärung entgegenzuwirken. Dies stellt eine verhältnismäßige Beschränkung seiner Berufsausübungsfreiheit zum Schutz der auch im öffentlichen Interesse liegenden Fachzahnarztbezeichnung dar. Welche Maßnahmen der Aufklärung zu fordern sind, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls. Soweit – wie im Streitfall – Angaben im Internetauftritt eines Zahnarztes betroffen sind, kommt insbesondere ein deutlicher Hinweis auf die Art der von ihm erworbenen Zusatzqualifikation und den Umfang seiner praktischen Erfahrung in Betracht. Auch der Ausweis eines Tätigkeitsschwerpunkts kann insoweit der Abgrenzung zu einer Fachzahnarztbezeichnung dienen.“



4.

Vor diesem Hintergrund hält der Bundesgerichtshof die Verwendung der Bezeichnung „Kieferorthopädie in der -Straße“ im Menü auf der Startseite des Internetauftritts für unzulässig. Das Menü eines Internetauftritts diene der Orientierung der Leserinnen und Leser, so dass ihm eine zentrale Bedeutung für das Verständnis der streitgegenständlichen Angaben zukomme. Trotz der aus Platzgründen beschränkten gestalterischen Möglichkeiten sei dem Beklagten daher zuzumuten, einen aufklärenden Hinweis zu verwenden oder auf andere Begriffe auszuweichen. Auch die beanstandete Werbung auf der Unterseite des Internetauftritts mit den Angaben „Kieferorthopädie in der -Straße“, „Zahnarztpraxis für Kieferorthopädie“, „Kieferorthopädie der ... Zahnärzte“ und „Kieferorthopädie der ... Zahnärzte“ ist irreführend und unlauter. Die in diesem Zusammenhang stehende Bezeichnung der Person des Beklagten „... M.Sc.“ reiche für einen aufklärenden Hinweis nicht aus, weil aus ihr nicht hervorgeht, dass es sich um einen Master of Science Kieferorthopädie handelt. Davon abweichend sieht es der Bundesgerichtshof bei der Angabe „Praxis für Kieferorthopädie“ auf einer weiteren Unterseite als ausreichend an, dass der Beklagte dort seiner Person die Angabe „Master of Science Kieferorthopädie“ hinzugefügt hatte. Damit habe er die von der Internetseite angesprochenen Verkehrskreise hinreichend über seine Qualifikation aufgeklärt. Eine etwaige Fehlvorstellung über die Gleichwertigkeit dieses Abschlusses mit einer Fachzahnarztqualifikation wäre auf eine gewisse Vielfalt und Unübersichtlichkeit der Spezialisierungen im Gesundheitswesen zurückzuführen; insoweit könne erwartet werden, dass die angesprochenen Verkehrskreise sich über die Bedeutung der in Rede stehenden Bezeichnungen informieren (vgl. BGH, Urteil vom 18.03.2010 – I ZR 172/08 – Master of Science Kieferorthopädie).

III. Fazit

Die ausführlich begründete Entscheidung des Bundesgerichtshofs ist zwar in erster Linie eine Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des zugrundeliegenden Sachverhaltes, insbesondere der Qualifikation und Tätigkeit des beklagten Zahnarztes. Dennoch werden sich einige grundlegende Erwägungen auch auf andere, vergleichbare Sachverhalte übertragen lassen, so dass das vorliegende Urteil zu mehr Rechtsklarheit in der Berufsaufsicht für alle Beteiligten führt.

So hat der Bundesgerichtshof eindeutig klargestellt, dass mit der Werbung für das Fachgebiet der Kieferorthopädie durch einen Zahnarzt, der nicht Fachzahnarzt für Kieferorthopädie ist, eine Irreführungsgefahr einhergeht. Weiterhin kann einem Zahnarzt, der kraft seiner Approbation zur Erbringung kieferorthopädischer Leistungen berechtigt ist, aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht verwehrt werden,

seinerseits auf sein kieferorthopädisches Leistungsangebot hinzuweisen. Ihm ist jedoch auch in verfassungsrechtlicher Hinsicht zuzumuten, den entstehenden Fehlvorstellungen durch aufklärende Hinweise entgegenzuwirken, damit keine Verwässerung der Fachzahnarztbezeichnung eintritt. Die fachzahnärztliche Weiterbildung als hohes Gemeinschaftsgut wird somit auch im wettbewerbsrechtlichen Kontext umfassend gewürdigt.

Das vorliegende Urteil des Bundesgerichtshofs reiht sich konsequent ein in die Entscheidungen des Senats zur Zulässigkeit des Führens des von einer österreichischen Universität verliehenen Grades „Master of Science Kieferorthopädie“ (BGH, Urteil vom 18.03.2010 – I ZR 172/08 – Master of Science Kieferorthopädie) und zur Irreführung durch den Namensbestandteil „Dr. Z“ bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (BGH, Urteil vom 11.02.2021 – I ZR 126/19 – Dr. Z).

Die im Sinne einer einfachen und klaren Vorgabe für Werbung mit der Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie“ ggfs. wünschenswerte Feststellung, dass nur Fachzahnärzte für Kieferorthopädie mit der Bezeichnung überhaupt werben dürfen, hat der Bundesgerichtshof nicht getroffen. Unter Berücksichtigung der nach Art. 12 Abs. 1 GG gewährleisteten Berufsausübungsfreiheit ist die Entscheidung des Bundesgerichtshofs jedoch nachvollziehbar und auch sachgerecht. Die Irreführungsgefahr auf der einen Seite und das Recht eines jeden Zahnarztes zur sachlichen Information auf der anderen Seite sind ausgleichend ins Verhältnis gesetzt worden.

Welche aufklärenden Hinweise in anderen Fällen genügen, bleibt auch zukünftig einer Gesamtbetrachtung und Einzelfallbewertung vorbehalten. Der Hinweis muss jedenfalls deutlich sein und in einem unmittelbaren räumlichen Zusammenhang mit der Angabe stehen. Fehlender Platz im Menü auf Internetseiten oder z.B. auch am Klingel- oder Briefkastenschild ist dabei unerheblich. Für die Aufklärung selbst kommt insbesondere im Internet ein Hinweis auf die Art der erworbenen Zusatzqualifikation und den Umfang der praktischen Erfahrung in Betracht. Auch der Ausweis eines Tätigkeitsschwerpunkts kann zur Abgrenzung zu einer Fachzahnarztbezeichnung herangezogen werden. Liegt all dies nicht vor, sind sicherlich noch höhere Anforderungen an die Aufklärung zu stellen. Nicht Gegenstand des Verfahrens waren die Bezeichnungen „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ oder „Kieferorthopäde“. Die Entscheidung ist im Volltext abrufbar unter: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&Sort=12288&nr=122065&pos=19&anz=685&Blank=1.pdf>
→ Shortlink: <https://t1p.de/yp1g> ■

Dr. jur. Kathrin Thumer, Justitiarin
Leiterin der Rechtsabteilung Zahnärztekammer Nordrhein
Erstveröffentlichung RZB 10/2021, S. 40 ff.

Neue PAR-Klassifikation, neue PAR-Leitlinie, neue PAR-Richtlinie

TEIL 4 – „ANWENDUNG DER NEUEN S3-LEITLINIE „DIE BEHANDLUNG VON PARODONTITIS STADIUM I BIS III“ AN PATIENTENFÄLLEN

Von ZÄ Jennifer Bunke, PD Dr. med. dent. Karin Jepsen, Universitätsklinikum Bonn



Die gesamte Therapiestrecke der modernen Parodontitisbehandlung vom Erstkontakt bis hin zur UPT wurde 2019 in einen therapeutischen Stufenplan überführt und 2020 in einer S3-Leitlinie zur PAR-Therapie verabschiedet. Damit wichtige Elemente dieses Behandlungskonzepts in der Praxis wirtschaftlich umgesetzt werden können, tritt am 1. Juli 2021 eine neue PAR-Richtlinie in Kraft. Nach der Neuen Klassifikation parodontaler Behandlungen (NZB 6/2021) und der Vorstellung der ans deutsche Gesundheitssystem angepassten S3-Leitlinie und darin beschriebener Therapiestufen (NZB 7/2021) beschäftigt sich dieser Teil mit der Anwendung der S3-Leitlinie am Patientenfall (NZB 10/2021 und NZB 11/2021).

PATIENTENFALL

Eine 62-jährige Patientin stellte sich eigeninitiativ zur systematischen Parodontistherapie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Bonn vor. Allgemeinanamnestisch waren, mit Ausnahme einer Hypotonie, keine Vorerkrankungen oder Allergien bekannt. Die Patientin war Nichtraucherin. Die letzte Parodontistherapie lag fünf Jahre zurück. Sie nahm jährlich an der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) teil und pflegte ihre Zähne mit einer herkömmlichen Handzahnbürste und Interdentalraumbürsten. Fünf Jahre zuvor wurde der Zahn 26 aufgrund von fortgeschrittenem Attachmentverlust extrahiert. Die parodontale Familienanamnese war unauffällig.

Foto: Uniklinik-Bonn



Abb. 1: Klinische Ausgangssituation

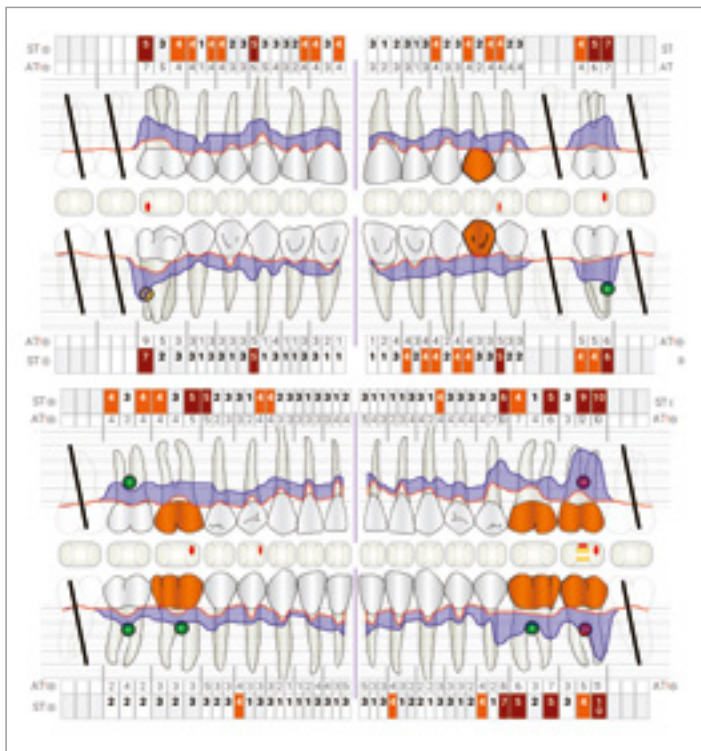


Abb. 2: Attachmentstatus, Ausgangssituation

Extraoraler und intraoraler Befund

Der extraorale Befund war unauffällig. Die Schleimhäute waren ohne pathologischen Befund. Es fehlten die Zähne 17 und 26 sowie 18, 28, 38 und 48. Das Gebiss war konservierend und prothetisch versorgt, am Zahn 13 zeigte sich eine randinsuffiziente Kompositfüllung. Alle Zähne mit Ausnahme von 37 reagierten auf den CO₂-Kältetest, Perkussionsempfindlichkeiten lagen nicht vor. Es zeigten sich ein dünner gingivaler Phänotyp, generalisierte Rezessionen und harte Beläge in der Unterkieferfront und

an den unteren Prämolaren. Der Plaque- [O'Leary et al., 1972] und Gingiva-Blutungs-Index [Ainamo and Bay, 1975] lagen bei 29% bzw. 4%. Pathologische Sondierungstiefen lagen zwischen 4 und 10 mm, der maximale interdentale klinische Attachmentverlust lag bei 10 mm (Zahn 35). Es zeigten sich Furkationsbeteiligungen von Grad I an den Zähnen 27, 36, 46 und 47, Grad II am Zahn 16 und Grad III am Zahn 37. Der Zahn 37 zeigte eine erhöhte Beweglichkeit von Grad II (Abb. 1 und 2).

Röntgenbefund

Die Zähne 16, 27, 37–35 und 47 zeigten radiologischen Knochenabbau bis in das mittlere Wurzeltridtel oder darüber hinaus. Knochenabbau mit vertikaler Komponente war an den Zähnen 12, 13 und 35 zu finden (12, 13 < 3 mm, 35 ≥ 3 mm). An den Zähnen 16, 37 und 47 stellten sich übereinstimmend mit dem klinischen Furkationsbefund interradikuläre Transluzenzen dar. Der Zahn 37 zeigte eine periapikale Aufhellung (Abb. 3).

Diagnosen

Auf Basis der erhobenen Befunde wurden entsprechend der neuen Klassifikation des 2017 World Workshops eine generalisierte fortgeschrittene Parodontitis im Stadium III, Grad B (moderate Progression) (Tab. 1) [Papapanou et al., 2018], multiple Rezessionen [Jepsen et al., 2018] sowie eine endo-parodontale Läsion Grad 3 (mit einer tiefen parodontalen Tasche an mehr als einer Zahnfläche bei einer Parodontitis-Patientin) [Herrera et al., 2018] diagnostiziert. Des Weiteren wurde eine insuffiziente Füllung am Zahn 13 diagnostiziert. ►►

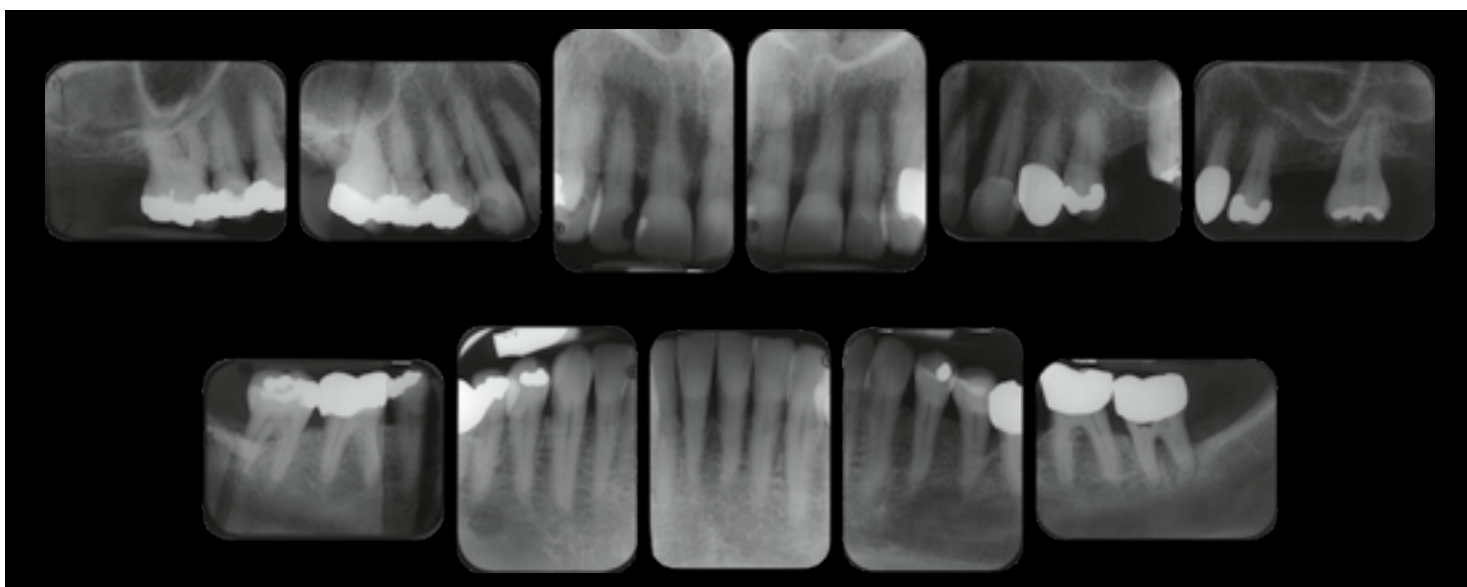


Abb. 3: Röntgenstatus Ausgangssituation

	Kriterien	vorliegender Patientenfall	Diagnose
Stadium III	interdentaler CAL \geq 5 mm KA bis ins mittlere oder apikale Wurzeldrittel Zahnverlust aufgrund von Parodontitis \leq 4 Zähne ST \geq 6 mm Vertikaler KA \geq 3 mm FB Grad II oder III % der Zähne betroffen	16, 13, 25, 27, 37-35, 31, 41, 45, 46 16, 27, 37-35, 47 26 16, 27, 37, 35 35 16 > 30%	Parodontitis Stadium III generalisiert
Grad B	KA/Alter – 0,25-1,0 Zerstörung proportional zum Biofilm Raucher, < 10 Zig./Tag Diabetes, HbA1c < 7,0%	60%/62 < 1,0 ja Nichtraucher Kein Diabetes	Grad B
vorliegender Patientenfall		Generalisierte Parodontitis im Stadium III, Grad B	

Tab. 1: Klassifizierung des Patientenfalls in generalisierte Parodontitis im Stadium III, Grad B

CAL = klinischer Attachmentverlust / FB = Furkationsbeteiligung / HbA1c = glykiertes Hämoglobin / KA = röntgenologischer Knochenabbau / ST = Sondierungstiefe / Zig. = Zigaretten

► Prognose

Die Prognoseeinschätzung erfolgte anhand der Einteilung von McGuire & Nunn, 1996 modifiziert nach Kwok & Caton, 2007. Die langfristige Prognose der Zähne 16 und 35 wurde aufgrund des Attachmentverlusts von mindestens 50% und der Furkationsbeteiligung Grad II (16) bzw. des vertikalen Knochendefekts (35) als fraglich eingestuft. Der Zahn 37 wurde aufgrund der Endo-Paro-Läsion Grad 3 als hoffnungslos beurteilt. Die übrigen Zähne zeigten eine günstige Prognose.

Therapieplanung

Es wurde folgender Therapieplan aufgestellt und mit der Patientin besprochen:

- ▶ Erste Therapiestufe: Mundhygienemotivation und -instruktion (PI < 20%), PMPR, Austausch der insuffizienten Füllung 13
- ▶ Zweite Therapiestufe: Subgingivale Instrumentierung
- ▶ Reevaluation
- ▶ Dritte Therapiestufe (ggf.): Chirurgische Therapie
- ▶ Reevaluation
- ▶ Vierte Therapiestufe:
Unterstützende Parodontaltherapie (UPT)
- ▶ Prothetische Neuversorgung

THERAPIEVERLAUF

Erste Therapiestufe

In den ersten beiden Terminen wurden Mundhygieneanweisungen und -motivationen durchgeführt und deren Effektivität anhand von Mundhygieneindizes kontrolliert. Die Bedeutung der bakteriellen Plaque für die Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis wurde erläutert. Es wurden die modifizierte Bass- Technik sowie die Anwendung

von Interdentalraumbürsten (CPS 08 (0,8) und 14 (1,5); Curaprox, Fa. Curaden AG, Kriens, Schweiz) und Einbüschelbürsten (Fa. TePe, Hamburg) zur Reinigung der Interdentalräume, freiliegenden Zahnhälse und Furkationen demonstriert. Harte und weiche Beläge wurden im Rahmen der PMPR mittels Ultraschall (PIEZON®, Fa. EMS Electro Medical Systems GmbH, München) und Handinstrumenten (Fa. Hu-Friedy, Chicago, Illinois, USA) entfernt und die Zähne wurden poliert und lokal fluoridiert. Innerhalb dieser Termine ließ sich der anfängliche Plaque-Index von 28% auf 17% senken, der Gingiva-Blutungs-Index blieb bei 4%. Außerdem wurde eine Kompositfüllung (Tetric, Fa. Ivoclar Vivadent, Lichtenstein) am Zahn 13 erneuert und ein Medikamentenwechsel am Zahn 37 durchgeführt.

Zweite Therapiestufe

Es folgten innerhalb von drei Tagen die quadrantenweise subgingivale Instrumentierung unter Lokalanästhesie mit Ultraschall und Handinstrumenten sowie die Politur und Fluoridierung.

Elf Wochen später schloss sich die Reevaluation an. Die Sondierungstiefen hatten sich auf Werte \leq 4 mm ohne BOP reduziert, mit Ausnahme der Zähne 16, 27, 36 und 35, an denen Sondierungstiefen von 6 mm bzw. 7 mm und von Zahn 37, an dem 10 mm persistent waren. Alle Furkationsgrade blieben unverändert. Im Bereich der Unterkieferfront bis zu den Prämolaren sowie an den Zähnen 16 und 27 waren erneut harte Beläge vorzufinden. Die Mundhygieneindizes lagen bei 28% (PI) und 3% (BOP). Im Rahmen der Reevaluation wurde eine PMPR und eine subgingivale Nachinstrumentierung aller Taschen \geq 5 mm mit anschließender Politur und Fluoridierung durchgeführt. Die Patientin wurde erneut zur Mundhygiene motiviert und instruiert, dabei konnten die Größen der Interdentalraum-



Abb. 4: Klinische Situation bei Reevaluation

bürsten belassen werden. Am Zahn 14 zeigte sich zu diesem Zeitpunkt eine Füllungsfraktur, welche durch Komposit erneuert wurde (Tetric, Fa. Ivoclar Vivadent), (Abb. 4 und 5).

Des Weiteren wurde die Patientin über weiterführende parodontalchirurgische Maßnahmen an den Zähnen 16, 27 und 35 und die hoffnungslose Prognose des Zahnes 37 aufgrund des erheblichen Attachmentverlusts und einer Zahnbeweglichkeit Grad II begleitet von rezidivierenden Beschwerden aufgeklärt. Vor den parodontalchirurgischen Interventionen erfolgte nochmals eine Kontrolle der Mundhygiene.

Dritte Therapiestufe

Die Reevaluation nach der zweiten Therapiestufe ergab, dass der therapeutische Endpunkt noch nicht an allen Zähnen erreicht war. Deshalb wurden die folgenden chirurgischen Interventionen geplant:

- ▶ Zugangslappen 16
- ▶ Resektive Parodontalchirurgie 27
- ▶ Regenerative Parodontalchirurgie 35
- ▶ Extraktion 37 ▶▶

BEHANDLUNG VON MOLAREN MIT FURKATIONSBEFALL

Evidenzbasierte Empfehlung/Stellungnahme (3.10):

(A) Molaren mit Furkationsbefall der Grade II und III mit Resttaschen **sollen** in die Parodontaltherapie mit einbezogen werden.

(B) Ein Furkationsbefall stellt keinen Extraktionsgrund dar. **Konsensstärke:** starker Konsens / Konsens

REGENERATIVE FURKATIONSTHERAPIE – OK GRAD II INTERDENTAL

Evidenzbasierte Empfehlung (3.14):

Bei interdentalem Furkationsbefall Grad II mit Resttaschen an Oberkiefermolaren **können** die nichtchirurgische Instrumentierung, Instrumentierung unter Sicht mit Lappenbildung, parodontale Regeneration, Wurzelseparation (Trisektion/Prämolarisierung) oder Wurzelamputation (Teilextraktion) **erwogen** werden. **Konsensstärke:** Einstimmiger Konsens

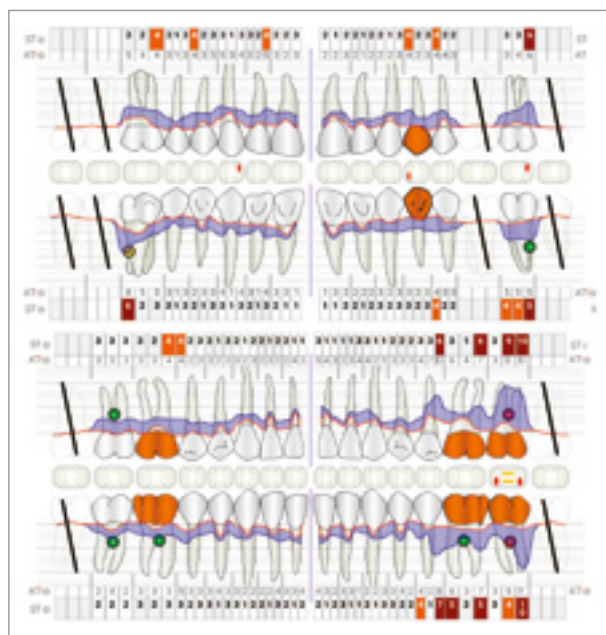


Abb. 5: Attachmentstatus, Reevaluation



Abb. 6: Zugangslappenoperation bei einer Furkationsbeteiligung Grad II und einer Sondierungstiefe von 6 mm am Zahn 16
a) radiologische Ausgangssituation; b) klinische Ausgangssituation sowie Darstellung der Schnittführung: intrasulkuläre Inzision/ retro-maxillär extensiert; c) intraoperative Ansicht, Furkationsgrad II (horizontale Knochen Sondierung: 4 mm), gereinigte Wurzeloberfläche; d) Naht nach „Laurell“; e) klinische Situation 4 Monate nachdem Eingriff, vertikale Sondierungstiefe 4 mm, Rezession 2 mm



Abb. 7: Regenerativ-chirurgische Therapie eines intraossären Knochendefekts am Zahn 35 und Extraktion Zahn 37
a) und b) radiologische Ausgangssituation; c) und d) klinische Ausgangssituation sowie Darstellung der Schnittführung: intrasulkuläre Inzision (Papillenerhaltungstechnik); e) Lappenelevation: Mukoperiostlappen; f) gereinigter Defekt, vertikale Defekttiefe 3,5 mm; g) Applikation von Schmelz-Matrix-Proteinen, Knochenersatzmaterial und autologem Knochen; h) Wundverschluss: Doppelte Schlingenähte und Einzelknopfnähte; i) Zahn 37 nach Extraktion; j) und k) klinische Situation 7 Monate nach dem Eingriff, Sondierungstiefe: 3 mm; l) radiologische Auffüllung des Defekts 7 Monate nach dem Eingriff

► Die chirurgische Therapie erfolgte in drei Behandlungsschritten. Der erste Eingriff umfasste eine Zugangslappenoperation im 1. Quadranten zur Behandlung eines interdentalen Furkationsbefalls Grad II und einer Resttasche von 6 mm am Zahn 16 [Dommisch et al., 2020]. Zur Darstellung des Defekts erfolgte eine intrasulkuläre Schnittführung um den Zahn 16 bis in den retro-maxillären Bereich. Das Granulationsgewebe wurde aus dem Furkationsdefekt entfernt und die Wurzeloberfläche gereinigt. Es folgte eine Osteoplastik mittels rotierender Instrumente. Zum Wundverschluss wurde Polypropylen-Nahtmaterial (Prolene 5-0, Fa. Ethicon, Norderstedt) verwendet (Abb. 6). Zur postoperativen Infektionsprophylaxe wurde Chlorhexidin-Mundspüllösung (Chlorhexamed forte 0,2%, Fa. Glaxi-SmithKline Consumer Healthcare, Bülh) zweimal täglich für eine Woche bis zur Nahtentfernung verordnet. In dieser Zeit sollte keine mechanische Plaquekontrolle erfolgen. Im zweiten Eingriff wurde der 3. Quadrant behandelt, im Fokus standen die regenerative Therapie des Zahnes 35 und die Exzision von 37. Der Zahn 37 wurde durch eine einfache Zangenexzision entfernt. Zur Darstellung des intraossären Defekts am Zahn 35 erfolgte eine Schnittführung um den Zahn im Sinne eines modifizierten Papillenerhaltungsflaps [Cortellini et al., 1995]. Es wurde Granulationsgewebe aus einem 3,5 mm tiefen, zweiwandigen Knochendefekt entfernt und die Wurzeloberfläche gereinigt. Intraoperativ stellte sich der Defekt als nicht stützend heraus. Es folgte eine zweiminütige Wurzeloberflächenkonditionierung mit Pref-Gel (24% EDTA, Fa. Straumann,

RESEKTIVE PARODONTALCHIRURGIE

Evidenzbasierte Empfehlung [3.3]:
 In Fällen mit tiefen Resttaschen (TST \geq 6 mm) bei Patienten mit einer Parodontitis Stadium III nach adäquater zweiter Stufe der Parodontaltherapie **sollte** rezeptive Parodontalchirurgie durchgeführt werden. Dabei **sollte** das Risiko der gingivalen Rezession berücksichtigt werden.
Konsensstärke: einfache Mehrheit



Basel, Schweiz), Spülung mit Kochsalzlösung und Applikation von Schmelz-Matrix-Proteinen (Fa. Straumann). Anschließend wurden BioOss® Collagen (Fa. Geistlich, Wolhusen, Schweiz) und autologer Knochen aus der Region der Extraktionsalveole eingebracht [Nibali et al., 2020, Stavropoulos et al., 2021]. Zum Wundverschluss wurde Polypropylen- (Prolene 6-0, Fa. Ethicon) und Polytetrafluorethylen-Nahtmaterial (Gore-Tex 6-0, Fa. W. L. Gore & Associates, Inc., Flagstaff, Arizona, USA) verwendet. Letzteres Nahtmaterial wurde ebenso für die Periostnähte zur zusätzlichen Lappenstabilisierung eingesetzt (Abb. 7). Die postoperative Infektionsprophylaxe wurde analog zum ersten Eingriff für zwei Wochen verordnet. Die Verschlussnähte wurden nach zwei Wochen, die Periostnähte nach drei Wochen entfernt. Bis zur Entfernung der Verschlussnähte sollte keine mechanische Plaquekontrolle erfolgen. In den folgenden zwei Wochen wurde die operierte Region mit einer weichen Handzahnbürste und Chlorhexidindgel (Chlorhexamed Mundgel 1%, Fa. GlaxoSmithKline ►

ZQMS – Zahnärztliches Qualitätsmanagementsystem

ZQMS ist ein internetbasiertes Qualitätsmanagementsystem, welches speziell auf die besonderen Bedürfnisse der zahnärztlichen Praxis zugeschnitten und leicht anwendbar ist. ZKN-Mitgliedern steht das ZQMS kostenlos zur Verfügung. Oft sind es die ersten Schritte, die am schwersten fallen, ein Qualitätsmanagement in und für die Praxis einzurichten. Wir helfen Ihnen dabei mit unserem Seminarangebot (online und in Präsenz): → <https://zkn.de/praxis-team/praxisfuehrung/zqms.html>



Seminarangebot

JETZT ZUSÄTZLICH NEU: ZQMS-Betreuung/-Schulung/-Einrichtung in der Praxis

- ✓ Referentin: Andrea Knauber, 37124 Rosdorf
- ✓ Dauer: bis zu 8 Zeitstunden an einem Arbeitstag, Anfangs- und Endzeit sind individuell vereinbar
- ✓ Teilnehmerzahl pro Praxis: individuell vereinbar
- ✓ Eingeschlossen: telefonische Nachbetreuung von einer Zeitstunde nach individueller Absprache
- ✓ Voraussetzung: Internetzugang in der Praxis mit geeignetem Rechner; ZQMS-Registrierung muss erfolgt sein
- ✓ Kosten: EUR 900,00 zzgl. Fahrtkosten von EUR 0,35 je gefahrenem Kilometer und ggf. Übernachtungskosten nach individueller Absprache; sollten mehrere Praxen in einem naheliegenden Bereich dieses Angebot zeitlich koordinierbar nutzen wollen, werden die Fahrt- und ggf. Übernachtungskosten anteilig berechnet.

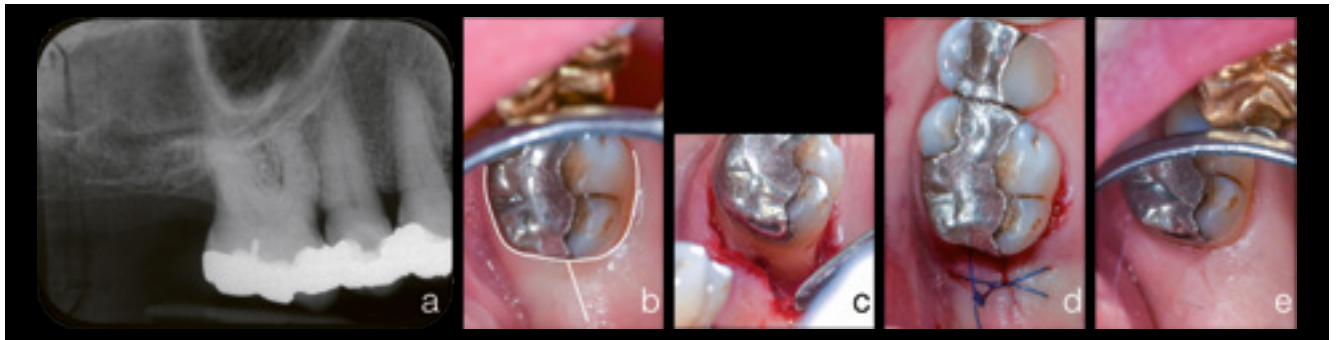


Abb. 8: Resektiv-chirurgische Therapie bei einer persistierenden supraossären parodontalen Tasche von 6 mm am Zahn 27

a) radiologische Ausgangssituation; b) klinische Ausgangssituation sowie Darstellung der Schnittführung: intrasulkuläre Inzision/retro-maxillär extendiert im Sinne einer distalen Keilexzision; c) intraoperative Ansicht, Furkationsgrad I (horizontale Knochensondierung: 2 mm), gereinigte Wurzeloberfläche; d) Naht nach „Laurell“; e) klinische Situation 2 Monate nach dem Eingriff, vertikale Sondierungstiefe fünf Monate nach dem Eingriff: 4 mm, Rezession 2 mm

- ▶ Consumer Healthcare) vorsichtig gereinigt. Zur Vermeidung der Elongation von Zahn 27 wurde eine Aufbissschieme im Oberkiefer angefertigt.

Im dritten Eingriff wurde eine resective Therapie im 2. Quadranten durchgeführt, im Fokus stand der Zahn 27 mit einer persistierenden Tasche von 6 mm. Zur Taschenreduktion erfolgte eine Schnittführung um den Zahn 27 bis in den retro-maxillären Bereich im Sinne einer distalen Keilexzision. Es wurden Granulationsgewebe und ein Gewebekeil entfernt und die Wurzeloberfläche gereinigt. Zum Wundverschluss wurde Polypropylen-Nahtmaterial (Prolene 5-0, Fa. Ethicon) verwendet (Abb. 8). Die postoperative Infektionsprophylaxe und Nahtentfernung erfolgten analog dem ersten Eingriff.

Vierte Therapiestufe

Die Abbildungen 9 und 10 zeigen den Zustand fünf Monate nach Abschluss der chirurgischen Therapie, wobei die Messwerte der Zähne 35 und 36 sechs Monate nach Abschluss der parodontal-regenerativen Therapie erhoben und im Parodontalstatus ergänzt wurden. Die therapeutischen Endpunkte waren erreicht, so dass im Anschluss an die aktive Parodontaltherapie die Patientin in die unterstützende Parodontaltherapie eingeschlossen werden konnte. Bis zur Reevaluation der chirurgischen Therapien wurden UPTs im 3-monatigen Intervall durchgeführt. Die individuelle Risikobestimmung erfolgte nach Lang & Tonetti, 2003. Es wurde ein niedriges Parodontitisrisiko bestimmt, da außer dem Knochenabbau-Alter-Index (0,63, mittleres Risiko) alle weiteren Parameter einem niedrigen Risiko



Abb. 9: Klinischer Befund in der unterstützenden Parodontaltherapie

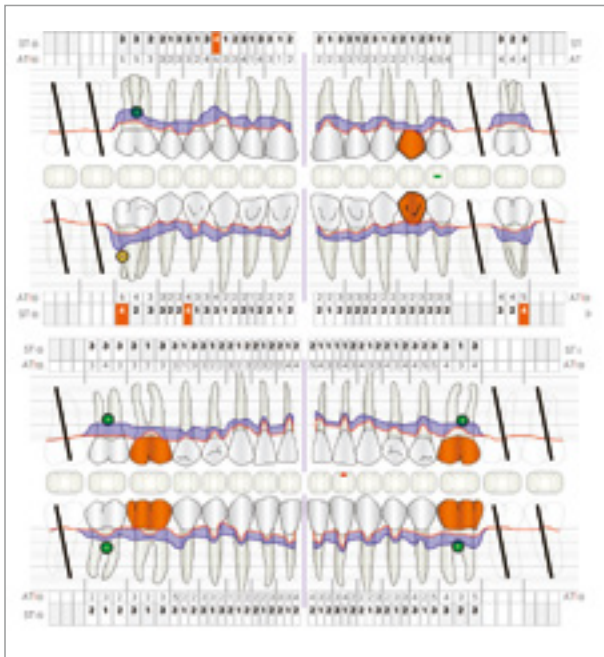


Abb 10: Attachmentstatus in der unterstützenden Parodontaltherapie

zugeordnet werden konnten. Unter Berücksichtigung des Resttaschenprofils (ST \geq 4 mm an $<$ 10% Stellen), des Entzündungsindex (BOP 1%) und der Risikofaktoren (Furkation II Zahn 16) wurde eine Ausweitung des UPT-Intervalls auf sechs Monate vereinbart [Ramseier et al., 2019], was auch entsprechend der neuen PAR-Richtlinie für Patienten mit Parodontitis Grad B zunächst vorgesehen ist. Zusätzlich wünschte die Patientin zweimal jährlich Mundhygienekontrollen und Zahnsteinentfernungen durchführen zu lassen.

Im Rahmen der UPT wurden Plaque- und Gingivitisindizes sowie ein Parodontalstatus erhoben. Es wurden harte und weiche Belege entfernt und alle Zähne poliert und fluoridiert. Bei Bedarf schloss sich eine subgingivale Instrumentierung pathologisch vertiefter Taschen (Sondierungstiefen \geq 5 mm bzw. 4 mm und BOP) an. Zum Schluss wurden die Größen der Interdentalraumbürsten kontrolliert.

Im weiteren Verlauf wurde die Füllung an Zahn 47 ausgetauscht und ein Randspalt am Zahn 46 festgestellt. Aufgrund einer Stabilisierung der parodontalen Verhältnisse wurde die Patientin über prothetische Versorgungen im Ober- und Unterkiefer aufgeklärt. Die Patientin entschied sich für Kronen an den Zähnen 16, 15 und 46, eine Teilkrone an Zahn 14 und eine Brücke von Zahn 25 auf 27 aus Vollkeramik. ■

_____ Mit freundlicher Genehmigung der KZV Nordrhein.
Quelle: RZB 10-2021, S. 12 ff.

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

→ Vita

KARIN JEPSEN | PD DR. MED. DENT.

Abschluss des Studiums der Zahnmedizin an der Universität Hamburg 1983 mit anschließender Weiterbildung in Oralchirurgie in der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Hamburg 1983 bis 1985. Von 1986 bis 1988 besuchte sie das Graduiertenprogramm für Parodontologie/Orale Implantologie an der Loma Linda University, Kalifornien, USA. 1990 bis 1991 arbeitete sie als „Postdoc“ im Bereich orale Mikrobiologie unterstützt durch ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ebenfalls an der Loma Linda University. Als national und international anerkannte Dozentin für „Masterclasses“ in plastischer und regenerativer Parodontalchirurgie hat sie eine Vielzahl klinischer Studien durchgeführt und in internationalen Fachzeitschriften publiziert. Unter zahlreichen Auszeichnungen war die der Osteology Foundation für die Untersuchung des Zusammenhangs und der zeitlichen Abstimmung zwischen parodontal-regenerativen Verfahren und kieferorthopädischen Zahnbewegungen am bedeutsamsten.

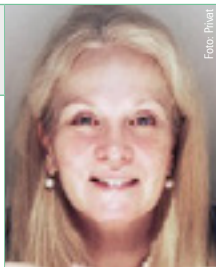


Foto: Privat

→ Vita

JENNIFER BUNKE

- ▶ 2011-2016 Studium der Zahnmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel
- ▶ seit 2016 Dissertation am Institut für Infektionsmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- ▶ 01/2018-07/2018 Assistenz Zahnärztin, Zahnarztpraxis am Rathaus Dres. Bunke & Rohwer, Wietze
- ▶ seit 07/2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde, Universität Bonn

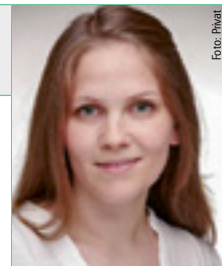


Foto: Privat

Videosprechstunde für alle Versicherten!

NEUE KOSTENFREIE PATIENTEN-INFORMATION FÜR DIE AUSLAGE IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Anlässlich der Veröffentlichung der neuen Patienteninformation „Videosprechstunden, Videofallkonferenzen und Telekonsilien in der vertragszahnärztlichen Versorgung“ hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ihre Forderung erneuert, die Möglichkeit zahnärztlicher Videosprechstunden auf alle Patientinnen und Patienten auszuweiten und die Versorgung somit insgesamt zu stärken. Bislang können Pflegebedürftige und Menschen mit einer Beeinträchtigung Videosprechstunden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen.

Martin Hendges, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Den Videoleistungen kommt in der zahnärztlichen Versorgung immer größere Bedeutung bei Information, Beratung und Aufklärung zu. Mit diesen technischen Innovationen können etwa im Vorfeld einer Behandlung Symptome abgeklärt oder eine aufsuchende Versorgung in einer Pflegeeinrichtung oder ein Hausbesuch besser organisiert werden. Auch für Notdienste können Erleichterungen einhergehen.“ Mit Blick auf die Corona-Pandemie betonte Hendges den Mehrwert für das Management der Behandlung infizierter und unter Quarantäne stehender Patienten. „In diesem Zusammenhang, aber auch bei möglichen künftigen pandemischen Lagen wäre die Ausweitung von zahnärztlichen Videosprechstunden auf alle gesetzlich Versicherten sinnvoll.“

„Wir Vertragszahnärzte setzen uns schon länger konsequent dafür ein, dass in der vertragszahnärztlichen Versorgung zeitnah eine Rechtsgrundlage geschaffen wird, die die Erbringung von Videosprechstunden – parallel zur ärztlichen Vorschrift – für alle Versicherten ermöglicht.“ Hendges betonte zugleich, dass Videoleistungen Termine in der Praxis nicht ersetzen, sondern ergänzen sollen. „Das betrifft besonders die bessere Steuerung von Versorgungsstrecken und Behandlungsabläufen.“

Vorteile von Videofallkonferenzen

Er unterstrich auch noch einmal die Vorteile von Videofallkonferenzen: „Die Anwendung kann zu einer Entlastung und Vereinfachung führen, unter anderem bei Nachkon-



Foto: © adbestock.com - Vorel

trollen und – insbesondere in ländlichen Regionen – durch die Vermeidung oder Verringerung von Anfahrtswegen im Vorfeld eines Termins.“ Eine solche Konferenz verläuft ähnlich wie eine Videosprechstunde. Allerdings findet sie nicht zwischen Patient und Zahnarzt statt, sondern in der Regel zwischen Pflegepersonal, pflegenden Angehörigen und der behandelnden Zahnärztin oder dem behandelnden Zahnarzt. Themen eines solchen Austauschs sind zum Beispiel die Unterstützung zur Verbesserung der Mundgesundheit bei Patienten oder Hinweise zur Reinigung von Prothesen.

Neue, kostenfreie Patienteninformation

Die neue, kostenfreie Information der KZBV richtet sich speziell an Patienten und ist zum Beispiel für die Auslage und Weitergabe in Zahnarztpraxen konzipiert. Sie beschreibt anhand von konkreten Beispielen allgemeinverständlich die Vorteile der neuen digitalen Anwendungen Videosprechstunde, Videofallkonferenz und Telekonsilien und informiert über Voraussetzungen in Sachen Technik und Ablauf. Auf Grafiken und Abbildungen wurde – auf Wunsch von Praxen – bewusst verzichtet, um jederzeit bei Bedarf einen schnellen Selbstaussdruck der Information vor Ort zu ermöglichen.

Broschüre für Praxen und Sonderwebsite der KZBV zu Videoleistungen

Bereits im Februar hatte die KZBV eine Informationsbroschüre zu Videoleistungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte als Zielgruppe veröffentlicht. Beide Publikationen können auf der Website der KZBV als PDF-Dateien kostenfrei abgerufen werden. Weitere Informationen zu Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsilien stehen unter www.kzbv.de/videosprechstunden zur Verfügung, etwa zu Anbietern solcher Leistungen. Alle verfügbaren Materialien werden fortlaufend aktualisiert und bedarfsgerecht ergänzt.

Hintergrund: Videosprechstunden, Videofallkonferenzen und Telekonsilien

Um das Potential der Telemedizin künftig noch stärker auszuschöpfen, sind Videosprechstunden, Videofallkonferenzen und Telekonsilien seit Oktober 2020 auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Einsatz. Die neuen technischen Möglichkeiten sind sehr effizient und bringen viele Vorteile – für Patienten und Zahnarztpraxen gleichermaßen. ■

_____ Presseinformation KZBV

ELEKTRONISCHE ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Ausfüllhinweise

Seit dem 1. Oktober 2021 erfolgt die Meldung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausschließlich digital auf direktem Weg von der Arzt- bzw. Zahnarztpraxis an die Krankenkasse – die sog. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU).

Für die digitale Übermittlung der eAU an die Krankenkasse müssen folgende technische Voraussetzungen und Komponenten vorhanden sein:

- ▶ Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – ein Dienst für den sicheren E-Mail- und Datenaustausch
- ▶ Update des Praxisverwaltungssystems
- ▶ Update des Konnektors (mind. Upgrade zum eHealth-Konnektor/PTV-3)
- ▶ elektronischer Heilberufsausweis (eHBA), welchen der Zahnarzt für die qualifizierte elektronische Signatur der eAU benötigt

Die Patienten bekommen in der Praxis weiterhin jeweils einen unterschriebenen Papierausdruck der Daten über die Arbeitsunfähigkeit (AU-Daten) für sich und ihren Arbeitgeber (jeweils mittels Stylesheets erzeugte Ausfertigungen des Datensatzes).

Ab dem 1. Juli 2022 erfolgt dann der weitere Schritt, dass erstmals die Krankenkasse dem Arbeitgeber die für ihn bestimmten AU-Daten digital als Meldung zum Abruf zur Verfügung stellt.

Anlage 14b des BMV-Z ergänzt

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben infolgedessen die Anlage 14b des Bundesmantelvertrages (BMV-Z) um den Vordruck e01 ergänzt. Er ersetzt seit 1. Oktober 2021 das bisherige Muster 1 und wird im Praxisverwaltungssystem erstellt.

Anwendung der ICD-10 bei der eAU

Nach § 295 SGB V sind Diagnosen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung auf einer AU nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – German Modification (ICD-10 GM) zu verschlüsseln.

Fallbeispiel 1:

Patientin kommt zur geplanten Weisheitszahnentfernung in die Praxis. Nach der OP klagt die Patientin über akute Kreislaufbeschwerden.

Behandlungsablauf:	Osteotomie der retinierten Zähne 28 und 38
Befund post op:	Zustand nach Weisheitszahnentfernung, akuter Schmerz
Bisher häufig verwendete Freitextdiagnose:	Zustand nach OP/ Weisheitszahnentfernung und Kreislaufschwäche
Möglicher Diagnosecode nach ICD-10:	K01.0 (Retinierte Zähne), R52.0 (Akuter Schmerz)

Fallbeispiel 2:

Patient berichtet über starke Schmerzen und Schwellung im Seitenzahnbereich oben rechts. Nach Diagnostik wird ein Abszess ausgehend vom pulpentoten Zahn 15 festgestellt.

Behandlungsablauf:	Trepanation, Wurzelkanalauflbereitung und medizinische Einlage an Zahn 15; Inzision Abszess regio 14 –16
Befund post op:	Zustand nach Inzision bzw. WKB, akuter Schmerz
Bisher häufig verwendete Freitextdiagnose:	Zustand nach Abszess/nach Inzision/nach WKB; akute Schmerzen
Möglicher Diagnosecode nach ICD-10:	K04.7 (Periapikaler Abszess ohne Fistel), R52.0 (Akuter Schmerz)



EAU: ÜBERGANGSFRIST BIS 31.12.2021

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2021 geeinigt. Praxen, die noch nicht über die notwendigen technischen Voraussetzungen zur digitalen Übermittlung verfügen, können bis Jahresende übergangsweise das bisherige Verfahren mit dem „gelben Formular“ (Muster 1) anwenden.

Trotz Übergangsregelung empfehlen wir Ihnen, sich zeitnah auf die Umstellung auf die eAU vorzubereiten und sich mit den benötigten Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur (TI) auszustatten.



Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1

Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit
arbeitsunfähig seit _____
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit
festgestellt am _____

dem Durchgangsarzt zugewiesen

Ausfertigung für Versicherte

AU begründende Diagnose(n) ICD-10

ICD-10-Code _____ ICD-10-Code _____ ICD-10-Code _____
 ICD-10-Code _____ ICD-10-Code _____ ICD-10-Code _____
 ICD-10-Code _____

sonstige Unfall, Unfallfolgen
 sonstige

Übergangskrankheit (z.B. BVD)

Es wird die Erteilung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 zuführende Weiterbildung

Im Krankengeldfall ab 7. AU Woche oder sonstiger Krankengeldfall Entlassbescheinigung

Hinweise für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld
 Achten Sie bei Fortschreibung der Arbeitsunfähigkeit auf eine korrekte zeitliche Fortschreibung. Bei einem Krankengeldverlust durch Nichterfüllung der Voraussetzungen ist es erforderlich, dass Sie auch weiterhin an dem Arbeitsplatz, der auf den letzten Tag der arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bis Ihrem Austritt oder Ihrer Austrittsbescheinigung verbleiben. Sollten Sie nicht am Arbeitsplatz verbleiben, legen Sie immer Ihre aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Datumsstempel: _____
 Unterschrift: _____

► **IM FOLGENDEN AUSFÜLLHINWEISE AUS DER BMV-Z ANLAGE 14B:**

1 Erst-/Folgebescheinigung

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragszahnarzt anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen; dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

2 Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/ dem Durchgangsarzt zugewiesen

Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen. Die entsprechenden Regelungen hierzu gelten weiter fort.

3 arbeitsunfähig seit

In der Zeile „arbeitsunfähig seit“ ist einzutragen, von welchem Tag an beim Versicherten nach dem vom Vertragszahnarzt

erhobenen Befund Arbeitsunfähigkeit besteht. Dabei soll Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Vertragszahnarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.

Bei erstmaliger Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Erstbescheinigung) ist in jedem Falle sowohl die Zeile „arbeitsunfähig seit“ als auch die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen, und zwar auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine Folgebescheinigung, hat die Eintragung des Datums in der Zeile „arbeitsunfähig seit“ zu unterbleiben.

4 voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In das Kästchen „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem auf Grund des erhobenen zahnärztlichen Befundes voraussichtlich

Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Die Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden.

Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit, z.B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen, aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sog. „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.

Liegt ein potentieller Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bereits bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen. Auf diese Angabe ist besondere Sorgfalt zu verwenden, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

5 festgestellt am

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor – noch rückdatiert werden; es ist vielmehr der Tag einzusetzen, an dem die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeitraum vertragszahnärztlich festgestellt wurde.

Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut vertragszahnärztlich festgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage im vorgenannten Sinne. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit; hierdurch droht Krankengeldverlust für den Versicherten.

6 AU-begründende Diagnose(n)

Hier sind alle die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen im Format ICD-10-GM5 in der jeweils gültigen Fassung anzugeben. Soweit der Vertragszahnarzt es für erforderlich hält, besteht die Möglichkeit, weitergehende Hinweise bzgl. der Diagnose zusätzlich als Klartext/Freitext zu ergänzen. Die Angabe von Klartext/Freitext ersetzt jedoch nicht die Kodierung der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen nach ICD-10.

7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Bei Vorliegen eines Unfalls oder Unfallfolgen ist dies entsprechend anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls, ist stattdessen „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

8 Versorgungsleiden

(z.B. Bundesversorgungsgesetz (BVG))

Bei Vorliegen eines Versorgungsleidens ist dies entsprechend anzukreuzen. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten beziehungsweise angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden und vom Versorgungsamt anerkannt worden sind. Hierunter sind z.B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- ▶ Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden)
- ▶ Opferentschädigungsgesetz (z.B. Opfer von Gewalttaten)
- ▶ Infektionsschutzgesetz (2.8. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe)
- ▶ Soldatenversorgungsgesetz

9 Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Dieser Abschnitt entfällt für den Vertragszahnarzt.

10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Sobald die durchgängige Dauer der Arbeitsunfähigkeit mehr als 6 Wochen beträgt oder der Vertragszahnarzt über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (z.B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des Vertragszahnarztes für die Krankenkasse, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einem potentiellen Krankengeldfall ausgestellt wurde; der Vertragszahnarzt beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

11 Endbescheinigung

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.“ ■

_____ Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des MBZ 10/2021



Foto: © stock.adobe.com - Sergey Novikov

Die Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Niedersachsen aus der Public Health Perspektive

„**Z**ahnmedizinische... was? Wo arbeitest Du?“ Die Antwort darauf beginnt meistens mit einer Gegenfrage wie z.B. „Du kennst doch sicherlich noch die Besuche der Zahnarzt-Teams in dem Kindergarten, oder? ...“ Der folgende Text bietet allen Interessierten nicht nur die Inhalte, sondern auch grundlegende Hintergrundinformationen zur zahnmedizinischen Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖDG).

Präventionsprogramm gesetzlich verankert

Mitte der 1980er Jahre hatte ein 12-jähriges Kind im Durchschnitt sieben kariöse Zähne – deutlich zu viel für diese vermeidbare Krankheit. So hat der Gesetzgeber das bis heute noch weitreichendste, bundesweite Präventionsprogramm festgelegt: den § 21 SGB V (siehe Infokasten). Zahnerkrankungen sollten flächendeckend durch einheitliche Maßnahmen in Gruppen, Kindergärten und Schulen verhütet werden. Die entsprechende Rahmenvereinbarung, in welcher u.a. die Kostenbeteiligung durch die Krankenkassen und Kommunen geregelt ist, wurde für Niedersachsen 1993 geschlossen. Fünf Jahre später wurde die Landesar-



Foto: Privat

Dipl. Biol. Jeanette Kluba, M.Sc.

beitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAGJ) als gemeinnütziger Verein gegründet, der die regionalen Arbeitsgemeinschaften in der Umsetzung der Arbeit unterstützt.

Auf Basis dieses gesetzlichen Auftrags werden jährlich über 80% aller Kinder in den Krippen, Kindergärten und Grundschulen in Niedersachsen mindestens einmal erreicht – weit mehr, als durch jedes andere Präventionsprogramm. Aber heißt ‚erreicht‘ auch tatsächlich im Sinne der Gesundheitsförderung ‚vor Krankheit bewahrt?‘ Dazu später mehr.

Zweck und Ziele der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe

Gesundheit ist ungleich verteilt. Auch heute noch entscheiden die vielfältigen Einflüsse des sozialen Umfelds eines neugeborenen Kindes in Deutschland, wie alt es wird. Am Beispiel eines Jungen: er hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von 75 Jahren. Kommt er aus einer Familie mit niedrigem sozialem Status, lebt er voraussichtlich jedoch nur 71 Jahre. Hat die Familie hingegen einen sehr hohen sozialen Status sind es 80 Jahre – 9 (!) Jahre mehr (RKI, Destatis, 2019). Ungleichheiten dieser Art sind bei sehr vielen gesundheitlichen Aspekten zu beobachten, wie z.B. potentielles Suchtverhalten, Übergewicht und eben auch in Bezug auf die Mundgesundheit. Drei wichtige Aspekte, Chancengleichheit, Selbstbestimmung und Salutogenese sind die grundsätzlichen Ziele der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Durch das Aufsuchen der Kinder in ihrer Lebenswelt, der Krippe, dem Kindergarten, der Schule, werden sie nahezu alle und vor allem unabhängig von dem Engagement des Elternhauses erreicht. Die Botschaften werden altersgerecht und spielerisch vermittelt. Durch die regelmäßige Wiederholung der Besuche werden immer wieder Impulse gesetzt, welche auf die vorherigen Erfolge aufbauen und diese festigen.

Warum eigentlich ein Präventionsangebot in der Gruppensituation?

Die Prophylaxe in der Gruppe hilft dem einzelnen Kind, nicht nur von einer erwachsenen Betreuungs- oder

Bezugsperson zu lernen, sondern auch von den anderen Kindern, und dies in seiner gewohnten Umgebung, also einem geschützten Raum. Ein eher schüchternes Kind kann so trotzdem teilhaben, ohne durch den vielleicht gegebenen Stress der vollen Aufmerksamkeit gehemmt zu sein.

Bei dem Besuch einer ganzen Gruppe werden alle Kinder erreicht. Nur einzelne, ‚bedürftige‘ Kinder herauszuziehen, wäre stigmatisierend und auch aufwendig in der Vorarbeit. Zudem: Wie sicher könnte man sich sein, dass ein (noch) mundgesundes Kind nicht auch von der Vermittlung gesundheitsförderlicher Botschaften profitieren würde? ‚Zuviel‘ gibt es selten in der Gesundheitsförderung, ‚zu wenig‘ im Gegenzug noch zu häufig, besonders für einige eh schon benachteiligte Kinder. Daher ist es besonders ärgerlich, wenn sich z.B. Kindergarteneinrichtungen dem Druck von Eltern beugen, die das tägliche Zähneputzen in der Einrichtung für überflüssig halten, weil sie mit ihrem eigenen Kind die Zahnpflege zu Hause praktizieren.

Vielfältigkeit der Umsetzung vor Ort

In allen 45 niedersächsischen kreisfreien Städten/Landkreisen und der Region Hannover gibt es ein für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe zuständiges Jugendzahnpflege-Team des ÖGD. Die föderalen Strukturen bringen mit, dass es sich dabei nicht um einheitliche Gegebenheiten handelt, sondern diese historisch gewachsen und dementsprechend individuell sind. So kann das Team z.B. im Gesundheitsamt angesiedelt, oder im Fachbereich Jugend ►►

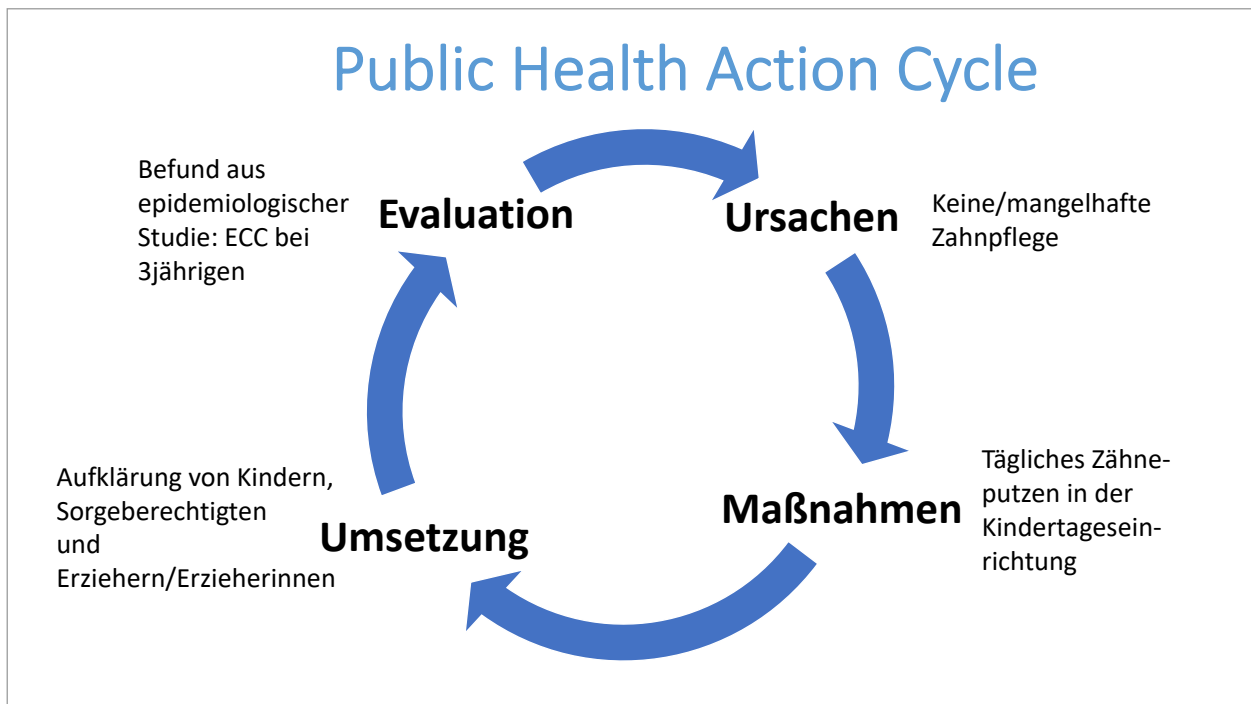


Abb. 1: Der Public Health Action Cycle am Beispiel der Vermeidung von ECC



GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER GRUPPENPROPHYLAXE:

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, 1988. § 21 (1): „Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) (1): Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.“

Niedersächsisches Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NGöGD, 2006. § 5 (3): „Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünftens Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.“

Rahmenvereinbarung Nds, 1993 sowie Satzung der LAGJ, 1998 siehe www.lagj-nds.de

oder gar ein Mundhygieneverein sein. In allen Teams ist mindestens eine sogenannte Prophylaxefachkraft (PFK) angestellt, diese hat bis zu 16 Kolleginnen, wenn das Einzugsgebiet besonders groß ist, wie bei der Region Hannover. In 30 der 45 Teams ist mindestens ein Zahnarzt/ eine Zahnärztin im ÖGD angestellt, die verbleibenden Teams werden ausschließlich durch ein Paten- oder Honorarmodell von niedergelassenen Zahnärzten und Zahnärztinnen unterstützt. Die Finanzierung der Personal- und Sachkosten erfolgt im Wesentlichen durch die gesetzlichen Krankenkassen mit Beteiligung der Kommunen.

Soviel zu den Unterschieden, nun aber zu den Gemeinsamkeiten:

Die zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe richtet sich an alle Kinder in Niedersachsen bis 12 Jahre. Sofern es sich um Gruppen handelt, in denen das Kariesaufkommen besonders hoch ist, sogar bis 16 Jahren. Daher sind Großtagespflege-Einrichtungen, Krippen, Kindergärten, Grund- und Weiterführende Schulen sowie Einrichtungen für Kinder mit Behinderungen und/oder Förderbedarf die Anlaufstellen für die Arbeit mit den Kindern. In Niedersachsen betrifft dies knapp eine Millionen Kinder (destatis.de).

Prophylaxearbeit in der Gruppe

Gemäß der niedersächsischen Rahmenvereinbarung sind die Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen die kindgerechte Vermittlung von Wissen sowie die praktische Anleitung rund um die Mundhygiene und die Ernährungsberatung. Diese werden vornehmlich von den PFKs durchgeführt. Die regelmäßige zahnärztliche Untersuchung der Mundhöhle obliegt den Zahnärzten und Zahnärztinnen, zudem die Aufsicht über Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung. Beide zusammen gestalten darüber hinaus noch besondere Intensivprophylaxe-Programme für Kinder mit hohem Kariesbefall. Im Gegensatz zu manch anderen Bundesländern, in denen die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe – ebenfalls durch das föderale System sowie historisch bedingt – ganz anders strukturiert ist, ist auch die Ausgestaltung der Arbeit lokal unterschiedlich. So gibt es in Niedersachsen kein festes, vorgegebenes Programm, welches in einer betreffenden Altersgruppe vorgeschrieben ist. Die Teams haben jeweils eigene Methoden entwickelt, die lokal an ihre Gegebenheiten sowie auch an die persönlichen Vorlieben angepasst sind. Wo die eine PFK gerne die Handpuppe einsetzt, vermittelt die andere vielleicht lieber ihre Botschaften in einer vorgelesenen Geschichte mit einem Kniebuch oder singt ein Zahnputzlied. Dem Ideenreichtum ist somit kaum eine Grenze gesetzt und die Kinder honorieren diese authentische Didaktik, indem sie „ihre Zahnfee“ durchaus auch noch Jahre später bei einer zufälligen Begegnung wiedererkennen. Durch die LAGJ wird der Austausch der

Teams untereinander gefördert: ob auf der jährlichen, zweitägigen Fortbildungsveranstaltung, einer gemeinsamen Daten-Cloud oder über Medien wie E-Mail-Verteiler oder Facebook.

Inhaltlich werden auch im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe die vier Säulen der Kariesvermeidung vermittelt: regelmäßige Zahnpflege, zahngesunde Ernährung – bestenfalls auch in Form des zuckerfreien Vormittags in der Einrichtung – Einsatz von Fluoriden sowie der regelmäßige Besuch beim Hauszahnarzt ab dem ersten Zahn. Stetiger Bestandteil eines solchen „Impulses“, wie die Unterrichtseinheit genannt wird, ist eine technische Zahnputzübung. Diese wird je nach Gegebenheit vor Ort in Form einer gemeinsamen Zahnputzaktion durchgeführt, oder aber durch ein Putzen am Modell, wenn z.B. kein Waschraum im Klassenzimmer zur Verfügung steht oder andere Umstände gegen das Zähneputzen sprechen.

Zahnärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe

Die zahnärztlichen Untersuchungen sowie Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung sind die anderen beiden Arten von Impulsen, die gemäß dem § 21 SGB V in der Gruppe verrichtet werden. Dabei werden die Zahnschmelzhärtungen nicht flächendeckend durchgeführt, sondern angepasst an die Bedarfe der Einrichtungen, z.B. wenn besonders viele Kinder darin ein hohes Kariesrisiko haben. Die zahnärztliche Untersuchung hingegen wird für jedes Kind angeboten. Dadurch werden zwei wichtige Ziele verfolgt: zum einen können die für die Präventionsmaßnahme essentiellen Daten gewonnen werden und zum anderen werden die Kinder nicht nur generell, sondern bei Bedarf zeitnah zur Haus-Zahnarztpraxis verwiesen. Häufig genug ist es jedoch die Verweisung mit der klaren Botschaft, dass ein akuter Behandlungsbedarf bei dem Kind besteht. Ein Glücksfall für das Kind, es hat eine Chance auf Versorgung, die es mutmaßlich so schnell sonst nicht bekommen hätte. Bei besonders schlechten Befunden ist eine Nachverfolgung durch den ÖGD, ob die Behandlung erfolgt ist, möglich. Somit besteht hier ein wichtiger Anknüpfungspunkt an die multiprofessionellen Bestrebungen gegen Kindeswohlgefährdung, da Karies durchaus als ein Indikator für eine latente Vernachlässigung des Kindes gewertet werden kann.

Zahnmedizinische Prophylaxe außerhalb der Kindergruppen

Um die Präventionserfolge zu optimieren, ist es zusätzlich zu der direkten Arbeit mit den Kindern wichtig, auch deren Umfeld mit einzubeziehen. Dies gilt umso mehr, je jünger die Kinder sind. Es ist unbedingt erforderlich, dass auch die Bezugs- und Vertrauenspersonen der Kinder um die Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit ►►

Die zahnärztlichen Untersuchungen in der Gruppenprophylaxe sind also grundlegend wichtig – aber aktuell freiwillig. Wie auch heute noch in vielen anderen Bundesländern war in Niedersachsen bis 2007 die Teilnahme an dieser Gesundheitsvorsorge noch pflichtig im Schulgesetz verankert (NSchG, § 57). Dieser Paragraph ist jedoch im Zuge der Eigenverantwortlichkeit der Schule entfallen. Die Folge: Besonders seit der Verschärfung der Datenschutzgrundverordnung im Jahr 2018 ist damit erforderlich geworden, dass die schriftliche Einverständniserklärung jeder zahnärztlichen Untersuchung im Rahmen der Gruppenprophylaxe vorab eingeholt wird. Das bedeutet einen enormen Mehraufwand für die zahnärztlichen Teams aber auch in besonderem Maße für die Einrichtungen*. Sie müssen das Einholen dieser Unterlagen organisieren und entsprechende Klassenlisten erstellen. Zudem kommt erschwerend hinzu, dass die Einverständniserklärungen für die Sorgeberechtigten nicht niederschwellig in vereinfachter Sprache konzipiert werden dürfen. Das alles hat zur Folge, dass viele Einverständniserklärungen nicht erteilt werden. Und auch hier sind überproportional die eh schon benachteiligten Kinder betroffen: ein Arbeitskreis hat ermittelt, dass über 50% der Kariesrisiko-Kinder fortan durch die fehlende Einverständniserklärung nicht mehr erreicht werden konnten. Ein doppeltes Ärgernis: diese Kinder fallen nicht nur durch das gute Netz des § 21 SGB V, das Fehlen dieser Daten verzerrt auch die Gesundheitsberichterstattung, die dmf-t/DMF-T Werte werden dadurch mutmaßlich unterschätzt.

Die bisherigen Bestrebungen zur Wiederaufnahme des entsprechenden Paragraphen ins NSchG verliefen vielversprechend und standen Anfang 2020 kurz vor dem Abschluss, als jedoch ein anderes Ereignis dazwischenkam, welches die volle Aufmerksamkeit der Ministerien erforderte... Die Bestrebungen werden aktuell bereits fortgesetzt.

* Anmerkung: durch die gesetzliche Festschreibung der pflichtigen Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung ist nicht ausgeschlossen, dass die Sorgeberechtigten trotzdem die Möglichkeit eines aktiven Widerspruchs haben. Die Gesetzesänderung soll vornehmlich zum Abbau von bürokratischen Hürden dienen, um die Umsetzung des gesetzlichen Präventionsauftrags und dadurch mehr Chancengerechtigkeit für alle Kinder zu ermöglichen.

► wissen. Grundsätzlich will sicherlich kein Elternteil, keine Erzieherin oder Erzieher sowie niemand aus den weiteren Berufsgruppen rund ums Kind Schlechtes für die Kinder. Dass nicht alle Präventionsmaßnahmen mitgetragen werden, liegt vielmehr an dem fehlenden Wissen um die erforderlichen Maßnahmen oder an der Annahme, darauf keinen Einfluss zu haben. Daher ist pädagogisch begleitete Aufklärung für all diese Personengruppen auch ein wesentlicher Bestandteil der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Ebenso wichtig ist die Haltung, diesen Menschen unterstützend (und nicht belehrend) zu begegnen (siehe dazu auch das Empfehlungspapier der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, DAJ www.daj.de/Downloads.12.0.html).

Um die Mundgesundheit von Anfang an zu fördern, ist Aufklärungsarbeit bereits während der Schwangerschaft sinnvoll, um die Besonderheiten der mütterlichen Mundgesundheit im Blick zu behalten (siehe auch der Beileger in den Mutterpass der ZKN). Daher sind insbesondere Hebammen um den Zeitpunkt der Geburt eine sehr wichtige Berufsgruppe, die ‚nah dran‘ an den werdenden Eltern sind und deren Vertrauen genießen. Um dies flächendeckend in die Ausbildung der Hebammen mit einzubeziehen, wurden durch DAJ bundesweit Dozenten und Dozentinnen für die Unterrichtung an den Ausbildungsstätten geschult. Auch die Arbeit mit den Hebammen vor Ort sowie den Frühen Hilfen, welche gezielt in die Familien mit Förderbedarf gehen, findet durch die Teams statt. Ziel ist es, die Fälle von ECC (early childhood caries, Frühkindliche Karies) zu

i

Aktuell wird – koordiniert durch das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) – an der Überarbeitung der Dokumentation über die Tätigkeiten in der Gruppenprophylaxe gearbeitet, um diese Daten in eine gute Gesundheitsberichterstattung einfließen zu lassen. So ist zukünftig auch unabhängig von den epidemiologischen Begleituntersuchungen durch die DAJ eine niedersächsische Auswertung aufgrund einer guten, einheitlichen Datenbasis möglich. Die Menge der (anonymisierten) Daten, die durch die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe regelmäßig und ohne die Einschränkung der Rekrutierung gewonnen werden, bergen noch viel Potential für die Förderung der Mundgesundheit. So werden zukünftig auch neue Aspekte wie die Erhebung von MIH-Befunden integriert sein. Dies ist sicherlich auch unter dem Aspekt sehr interessant, dass die in der Literatur beschriebene Prävalenz bisher sehr stark divergiert.



Foto: © stock.adobe.com

reduzieren. Schließlich ist auch die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten/Kinderärztinnen von hoher Bedeutung, da auch diese Berufsgruppe nahezu alle Kinder betreut und dies ab einem sehr frühen Alter sowie langjährig. Hier konnten in den letzten Jahren in Niedersachsen ebenfalls landesweit und lokal große Fortschritte in der Zusammenarbeit erzielt werden.

Eine besondere Rolle für die Gesundheitsförderung im Alltag hat das Fachpersonal in den Kindertagesstätten. Dort verbringen die Kinder sehr große Teile ihres Tages und werden in vielfältiger Hinsicht professionell gefördert. Daher ist die Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe essentiell für die Teams der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Diese geschieht in Form von Seminaren für Erzieher und Erzieherinnen, mitunter sogar klassenweise im Zuge deren Ausbildung.

Die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen entlang des Lebenswegs des Kindes ist insofern besonders zielführend, da die Vermittlung von einheitlichen Empfehlungen auch den Sorgeberechtigten die notwendige Sicherheit und Zuversicht gibt, die Zähne ihrer Kinder gesund erhalten zu können.

Daten für Taten

Gesundheitsförderung ist dann sinnvoll und zielgerichtet, wenn der Ist-Zustand der gesundheitlichen Lage bekannt ist, ein konkreter Handlungsbedarf daraus geschlussfolgert wird, eine Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage entwickelt und umgesetzt wird und die Resultate dazu dann wieder anhand einer erneuten Betrachtung der gesundheitlichen Lage analysiert werden. Damit ist in einem Satz umrissen, was der „Public Health Action Cycle“ verbildlicht.

Am Beispiel der ECC ist dies in Abb. 2 aufgeführt: Durch die letzte epidemiologische Begleitstudie der DAJ 2015/16 wurden erstmalig auch Untersuchungen von 3-jährigen Kindern mit einbezogen. Dazu konnten in Niedersachsen fast 5000 Kinder untersucht werden. Dabei hat sich ein mittlerer dmf-t von 0,52 ergeben, also statistisch gesehen ein halber Zahn pro Kind. Betrachtet man jedoch nur die 3-jährigen mit Befund, so ergibt sich ein mittlerer dmf-t

von 3,8 mit einer Spannweite von 1 bis 20 (!) betroffenen Zähnen; es konzentriert sich der Hauptanteil an Karies auf nur wenige Kinder. Also keine Chancengleichheit für alle Kinder auf „nur einen halben betroffenen Zahn“... Durch diese Evaluation, die Auswertung der Untersuchungsdaten, wurde also der Handlungsbedarf gegen die Prävalenz von ECC ermittelt. Die Ursachen können als „keine effektive“ oder „mangelhafte“ Zahnpflege zusammengefasst werden. Als Gegenmaßnahme wurde in diesem Beispiel nur einer von vielen erforderlichen Schritten aufgeführt: die Etablierung des täglichen Zähneputzens in der Kindertagespflege (Krippe). Die Umsetzung dessen wurde in Form von angepasster Aufklärung bei den Kindern aber auch einer intensiveren Arbeit mit den Eltern und Erzieher/Erzieherinnen geplant. Damit aber nicht genug: eine spätere Evaluation ist stets und unbedingt nach gegebener Zeit erforderlich, sonst liefe jedes Präventionsprogramm Gefahr, stets fortgeführt zu werden, weil es „immer so war“ statt ggf. durch Anpassungen wieder zielgerichtet und damit auch effektiv zu sein: Daten für Taten.

Um nun abschließend die Frage zu beantworten, ob die Gruppenprophylaxe ihr Ziel erreicht hat, werden in Abb. 2 noch einmal die Ergebnisse der epidemiologischen Studien zusammengefasst. In den ersten zwei Jahrzehnten nach der gesetzlich angeordneten zahnmedizinischen Gruppen-

prophylaxe konnte ein Kariesrückgang von 85% bei den 12-jährigen beobachtet werden. Bei den 6-7-jährigen ist dieser Rückgang auch deutlich, wenn auch mit 43% leider nur etwa halb so stark. Dementsprechend wurden und werden auch weiterhin die Maßnahmen stetig angepasst – um einen maximalen Kariesrückgang durch moderne und zielgerichtete Gruppenprophylaxearbeit zu bewirken.

Fazit

Mehr kariesfreie Zähne sowie mehr naturgesunde Gebisse, das ist das gemeinsame Ziel. Dieses verfolgt Hand in Hand die Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis zusammen mit der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe seit vielen Jahrzehnten. Dadurch sollen alle Kinder eine Chance auf eine lebenslange Mundgesundheit bekommen. Leider ist weiterhin zu verzeichnen, dass die Polarisierung der Karies weiter zunimmt. 80% der Karies konzentriert sich auf etwa nur 20% der Kinder. Dieser Chancengleichheit zu begegnen, erfordert daher weiterhin noch viel Arbeit, die jedoch die besten Aussichten hat, wenn alle dafür am gleichen Strang ziehen. ■

— Dipl. Biol. Jeanette Kluba, M.Sc.
Geschäftsführerin der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAGJ)
www.lagj-nds.de

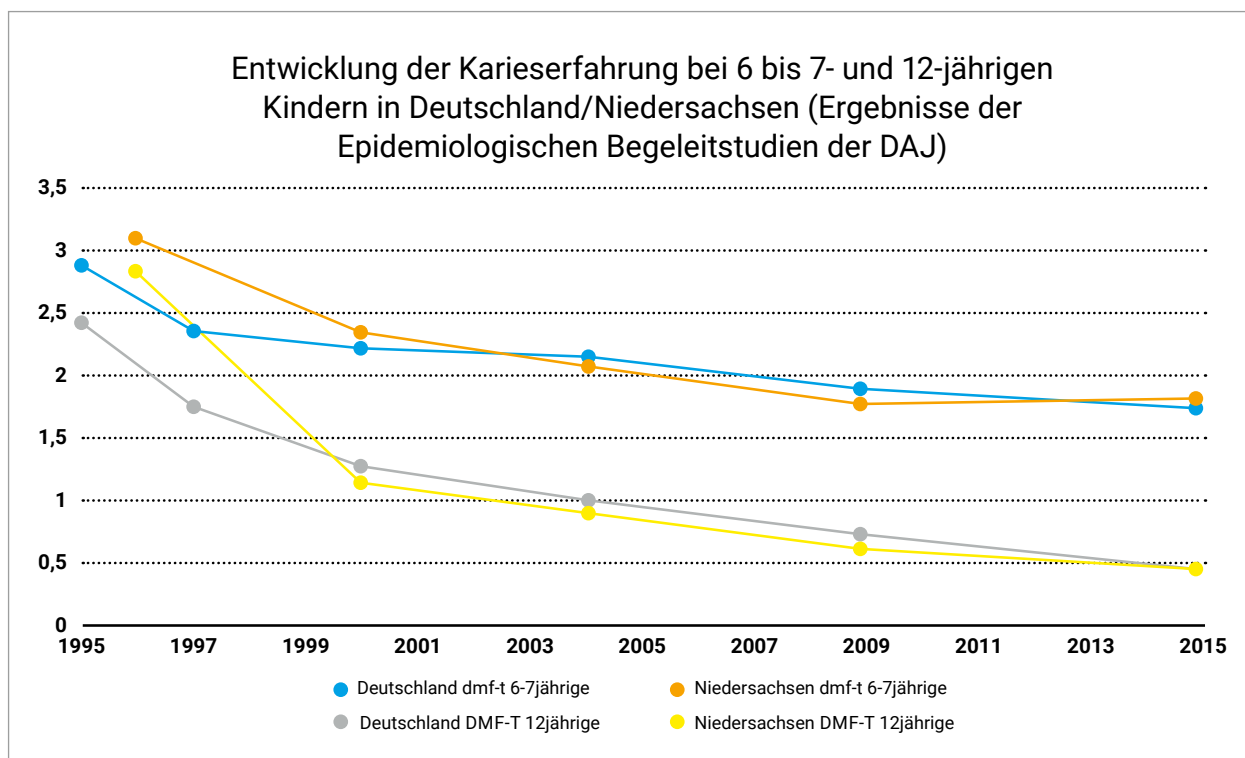


Abb. 2: Ergebnisse letzter epidemiologischer Untersuchungen zur Mundgesundheit von 6-7-jährigen sowie 12jährigen Kindern in Deutschland bzw. Niedersachsen. Es gibt also noch viel zu tun.

Das BRSG* – Betriebsrente jetzt noch attraktiver!



Foto: © stockadobe.com - Marco2811

Der Gesetzgeber stärkt mit Wirkung zum 1. Januar 2018 die betriebliche Altersversorgung (bAV) und schafft Vorteile für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die betriebliche (bAV) ist neben der gesetzlichen die wichtigste Altersversorgung der erwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland. Zudem bietet die bAV für Arbeitnehmer in der Regel während des Erwerbslebens die höchste staatliche Förderung. Auch wenn die Leistungen im Alter versteuert und in der Sozialleistung verbeitragt werden müssen. Da in der Rentenphase die Einkünfte normalerweise deutlich geringer als während der Zeit als Arbeitnehmer/-in sind, ergibt sich dennoch ein starker Vorteil. Obwohl aktuell kaum Zinsen an den Kapitalmärkten zu erwirtschaften sind, können die Verträge der bAV durch die Steuer- und Sozialversicherungsersparnis sowie den Arbeitgeberzuschuss beeindruckende Wertentwicklungen vorweisen.

Ziel ist es, für Sie und Ihre Mitarbeiter/-innen die allgemeinen Rahmenbedingungen in der bAV zu verbessern und Fördermöglichkeiten neu zu gestalten.

Nachfolgend erhalten Sie einen Überblick über die wichtigsten Änderungen.

Das ist neu in der Direktversicherung und Pensionskasse.

Verpflichtender Arbeitgeber-Zuschuss von 15% bei Entgeltumwandlung, sofern Sozialabgaben gespart werden. Sofern Sie bestehende Verträge haben, sollten diese auf den gesetzlich verpflichtenden Zuschuss hin geprüft werden. Ab 2022 müssen neben den Neuzusagen auch die bestehenden Altzusagen umgestellt und angepasst werden. Steuerlicher Förderbeitrag für Einkommen bis 2.575 EUR monatlich. Neu mit dem Betriebsrentenstärkungsgesetz (BRSG) hinzugekommen ist der sogenannte Förderbetrag für Arbeitnehmer mit einem Einkommen von maximal 2.575 Euro brutto im Monat. Arbeitgeber werden vom Staat gefördert, wenn sie diesen Arbeitnehmern einen Zuschuss zur betrieblichen Altersvorsorge zahlen. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber hierzu eine neue betriebliche Altersvorsorge einrichtet und mindestens 240 Euro bis höchstens 960 Euro im Jahr, etwa in eine Direktversicherung, einzahlt. Die staatliche Förderung beträgt 30% der oben genannten Arbeitgeberbeiträge. Dies soll Ihnen einen Anreiz geben, diesen Mitarbeitern eine Betriebsrente anzubieten. Hierdurch wird die Bindung der Mitarbeiter an Sie als Arbeitgeber gestärkt.

Erhöhung des steuerlichen Förderrahmens von 4% auf 8% der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) Rentenversicherung West. Mit Inkrafttreten des BRSG wurde nun der Förderrahmen von 4% auf 8% der Beitragsbemessungsgrenze erweitert. Im Jahr 2021 entspricht das einem Betrag von 6.816 Euro. Der zusätzliche Steuerfreibetrag von 1.800 EUR pro Jahr ist entfallen. Dies ist insbesondere für die Mitarbeiter interessant, die eine hohe Steuerlast aufgrund Ihres Einkommens haben. Auch hier werden Steuer- und Sozialversicherungsersparnisse in einem sehr attraktiven Rahmen realisiert.

Es gibt zudem Nachzahlungsmöglichkeit für Jahre ohne Entgeltbezug. Wenn das Arbeitsverhältnis mindestens durchgehend ein Jahr ruht, wie etwa in der Eltern- oder Pflegezeit für Angehörige, können oft aus verschiedenen Gründen keine Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge geleistet werden. Eine durchgehende Beitragszahlung ist aber für den Aufbau einer zusätzlichen Vorsorge und das Schließen einer Rentenlücke im Alter sehr wichtig. Das Betriebsrentenstärkungsgesetz gibt Arbeitnehmer/innen eine Nachzahlungsmöglichkeit. Arbeitnehmer/innen können für jedes Jahr ohne Lohn eine Nachzahlung in Höhe von 8% der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze leisten, sofern die Voraussetzungen erfüllt werden. Dabei können

*Betriebsrentenstärkungsgesetz

auch entgeltlose Zeiten vor dem 01.01.2018 unter Umständen in Betracht kommen.

Freibetrag für die Grundsicherung. Seit 2018 gibt es nun einen Freibetrag, damit nicht mehr die volle zusätzliche Altersrente angerechnet wird. Bislang wurden Leistungen auf die staatliche Grundsicherung komplett angerechnet.

Künftig bleiben monatliche Renten bis zu 223 Euro unberücksichtigt (Freibetrag), und die Rentner haben mehr von ihrer zusätzlichen Vorsorge und damit mehr Geld zur Verfügung. Dies ist insbesondere jetzt für die Mitarbeiter interessant, die sich bislang gegen eine betriebliche Altersvorsorge entschieden haben, da sie im Alter auf die Grundsicherung angewiesen sein könnten und unsicher waren, ob ihre betrieblichen Altersvorsorge in der Rentenphase auf eine eventuelle Grundsicherung angerechnet werden würde.

Zudem kann so eine vom Ehepartner unabhängige Altersvorsorge aufgebaut werden, die der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter unwiderruflich für den Erlebensfall zusteht.

Was ist jetzt zu tun, was sollte geprüft werden?

Welche Auswirkungen haben die Gesetzesänderungen auf die betriebliche Altersvorsorge in Ihrem Unternehmen und welcher Handlungsbedarf besteht, sofern die bestehenden Versorgungen angepasst werden müssen?



Foto: © stock.adobe.com - pikselstock

Wie können Sie den verpflichtenden Arbeitgeber-Zuschuss sinnvoll und ohne großen zusätzlichen bürokratischen Zeitaufwand für Ihre Mitarbeiter nutzen und einsetzen?

Das BRSVG wirft viele Fragen auf und gleichzeitig ergeben sich neue Potenziale. Denn das Gesetz schafft mehr Freiraum bei der individuellen Vorsorge für Alter, Invalidität und Hinterbliebene. So wird die bAV künftig noch attraktiver für alle zahnmedizinischen Fachangestellten, Bürokräfte, angestellten Zahnärzte und Zahnärztinnen, bis hin zum Geringverdiener.

Für Arbeitgeber, die die besten Mitarbeiter gewinnen und halten möchten, ist dies ein Instrument zur Mitarbeiterbindung und zur Zufriedenheitssteigerung der Mitarbeiter.

Sprechen Sie mit Ihrem Versicherungsberater hinsichtlich der Änderungen und lassen Sie sich individuell beraten. ■

_____ Benjamin Stolle, Garbsen

Neufassung der Praxisausweis-Regelungen

Die gematik hat ihre Vorgaben zum Praxisausweis in der Form geändert, dass Inhaberin oder Inhaber eines Praxisausweises (Zertifikatsnehmer/in) nicht mehr wie in der Vergangenheit die beantragende Person in einer Praxis, sondern die vertragszahnärztliche Praxis selbst sein muss. Der Praxisausweis ist nun nur noch für eine einzige vertragszahnärztliche Praxis mit einer bestimmten Abrechnungsnummer gültig und darf in einer anderen Praxis mit einer anderen Abrechnungsnummer nicht eingesetzt werden. Dementsprechend darf der Praxisausweis bei einem Statuswechsel der Praxis von der beantragenden Person nicht mehr in eine andere Praxis mitgenommen werden, sondern verbleibt bei Fortführung der Praxis (= Beibehaltung der Abrechnungsnummer trotz Statuswechsel) trotz personeller Veränderung in der Praxis, bzw. ist zu sperren bei Beendigung der Praxis aufgrund eines Statuswechsels. Aufgrund der geänderten Vorgaben der gematik mussten die Praxisausweis-Regelungen grundlegend überarbeitet werden.

Bitte beachten Sie auch, dass die einen Praxisausweis innehabenden Praxen zum Vorhalten mindestens eines eHBA verpflichtet sind (vgl. Nummern 3.3 und 4.3 der Praxisausweis-Regelungen).

Die aktualisierte Fassung der Praxisausweis-Regelungen finden Sie online im Mitgliederportal unter www.kzvn.de unter dem Menüpunkt „Verträge/Vertragsmappe“ (Ordner A, Fach 3.5.5. der Vertragsmappe).

Auskünfte erteilt: Servicehotline Mitgliederportal/Telematik der KZVN unter 0511 8405-395 ■



ZKN-Relevante Rechtsprechung

Der Zahnarzt schuldet nicht den Behandlungserfolg, sondern lediglich (und das erscheint manchmal schwierig genug) eine Behandlung gemäß aktuell gültigem zahnmedizinischem Standard. „X ist eine kostengünstige individuelle Zahnspange für Leute, die wenig Zeit haben und trotzdem perfekte Zähne haben möchten“. Mit u.a. dieser Aussage propagierte ein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie die von ihm angebotene Aligner-Therapie.

Das OLG Frankfurt/Main (Az.: 6 U 219/19 vom 27.02.2020) erkannte hierin ein unzulässiges Erfolgsversprechen und somit einen Verstoß gegen das Heilmittelwerbegesetz. Das Oberlandesgericht begründet seine Entscheidung wie folgt: Werbeaussagen „normaler“ Firmen bewertet ein Verbraucher in der Regel als übertreibende Anpreisungen. An Werbemaßnahmen und Internetauftritte von Ärzten und Zahnärzten wird jedoch ein anderer Maßstab angelegt. Ärzte und Zahnärzte genießen auf Grund ihres Heilauftrages ein besonderes Vertrauen. Deren Aussagen unterstellt der Verbraucher eine gewisse Objektivität. Er vermutet in diesem Zusammenhang auch keine bloße reklamehafte Übertreibung, sondern misst ärztlichen Angaben eine gewisse Autorität und Verlässlichkeit bei.

Die eingangs zitierte Formulierung sichert nach Auffassung des Gerichts einen Behandlungserfolg zu, nämlich „perfekte Zähne“. Hierdurch wird irreführend der Eindruck erweckt, dass ein Erfolg der beworbenen Aligner-Behandlung mit Sicherheit eintrete.

§ 3 Nr. 2a Heilmittelwerbegesetz (HWG) untersagt jedoch derartige Garantie-Versprechen. Die individuelle Disposition des Patienten kann stets zu einem Therapieversagen führen. Diese Tatsache ist mit einer Erfolgsgarantie nicht vereinbar. ■

ZKN-BERECHNUNGSEMPFEHLUNG

BEMA (Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) und GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) sind zwei unterschiedliche Regelwerke.

Anders als im BEMA setzt die Berechnung der Entfernung eines Zahnes oder Implantates mittels Osteotomie nach der Geb.-Nr. 3030 GOZ nicht zwingend die Aufklappung des Zahnfleisches voraus.

Entscheidend für die Berechnungsfähigkeit der Geb.-Nr. 3030 GOZ ist jedoch, dass zur Entfernung des Zahnes oder Implantates eine chirurgische Abtragung von Knochen vorgenommen wird.

Erfolgt eine derartige Maßnahme, so ist die Berechnung der Geb.-Nr. 3020 GOZ für die Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes nicht zutreffend, es wird vielmehr der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 3030 GOZ erbracht.

Geb.-Nr. 3020 GOZ Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes

Geb.-Nr. 3030 GOZ Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie.

*Dr. Michael Striebe,
GOZ-Referent des ZKN-Vorstandes*

Sie haben **Fragen, Anregungen rund um die GOZ** und deren Anwendung?

Nehmen Sie Kontakt mit Dr. Striebe per E-Mail auf unter: mstriebe@zkn.de



Foto: © AA+W - stock.adobe.com

Zahnarzt und private Krankenversicherung im Wettbewerbsverhältnis: unlautere Mitbewerberbehinderung durch Zuweisung des Patienten an ein Praxisnetz

Privater Krankenversicherer versuchen wiederholt, Patienten auf eigene „Netzwerke“ umzuleiten, um den Erstattungsanspruch zu reduzieren. Das OLG Dresden hat mit Urteil vom 09.10.2020 (OLG Dresden, 14 U 807/20) klargestellt, dass auch ein Zahnarzt legitimiert ist, wettbewerbsrechtlich gegen einen privaten Krankenversicherer vorzugehen.

Ein privater Krankenversicherer hat nach Übersendung von Heil- und Kostenplänen zur Genehmigung dem Versicherungsnehmer folgendes Schreiben übersandt:

„Als Ihr Krankenversicherer möchten wir Ihnen gerne anbieten, Ihre Behandlungskosten im vollen tariflichen Umfang zu zahlen. Aus diesem Grund haben wir uns mit verschiedenen Gesundheitspartnern, welche unsere Qualitätsansprüche erfüllen, zusammengeschlossen. Ihre Vorteile bei einer Behandlung durch unseren Gesundheitspartner: bundesweites Qualitätsnetzwerk von Zahnarztpraxen und regionalen Zahnlaboren, qualitativ hochwertige Versorgung, preiswerter Zahnersatz zu 100% aus Deutschland, schnelle Terminvereinbarung, erweiterte Öffnungszeiten, weitere Serviceleistungen zu vergünstigten Konditionen. Möchten Sie unser Angebot nutzen und unseren Gesundheitspartner kennenlernen? Setzen Sie sich mit unserem Partner in Verbindung und reduzieren Sie Ihren Eigenanteil. Entscheiden Sie sich für unseren Gesundheitspartner, erhöht sich sogar Ihr Erstattungsanspruch

für zahntechnische Leistungen um 5%. Die Wahl Ihres Zahnarztes sowie die des Labors stehen Ihnen selbstverständlich frei. Der Hinweis auf unseren Gesundheitspartner ist lediglich ein Tipp von uns an Sie, Ihren Geldbeutel zu entlasten ...“

Die Urteilsbegründung

Eine zahnärztliche Gemeinschaftspraxis mit Dentallabor hat den privaten Krankenversicherer auf Unterlassung verklagt. Das Landgericht Leipzig hat die Klage ursprünglich abgewiesen, da die Klägerin, die zahnärztliche Gemeinschaftspraxis, in keinem konkreten Wettbewerbsverhältnis zu einer privaten Krankenversicherung stünde.

Dieser Auffassung ist das OLG Dresden nicht gefolgt, es hat ein konkretes Wettbewerbsverhältnis zwischen der Zahnarztpraxis und der privaten Krankenversicherung angenommen. Ausreichend sei dafür ein mittelbares Wettbewerbsverhältnis, was vorliegend gegeben sei. Die zahnärztliche Gemeinschaftspraxis und die Zahnärzte des Gesundheitsnetzwerks seien auf demselben Markt tätig, da sie gleichermaßen zahnärztliche und labortechnische Dienstleistungen und Waren anbieten würden. Erfolgreich war die Klage dann im Hinblick auf das Angebot an die Versicherungsnehmerin, ihren Erstattungsanspruch um 5% zu erhöhen, wenn sie sich bei einem Zahnarzt des Netzwerks behandeln lasse. ►►



► Allerdings ergebe sich der Verstoß nicht aus § 7 Abs. 1 Satz 1 HWG (Heilmittelwerbegesetz), in dem das grundsätzliche Verbot von Werbegaben verankert ist. Hier fehle es am erforderlichen Produkt-Leistungsbezug. Es sei eine eindeutige und erkennbare Bezugnahme auf ein oder mehrere Heilmittel notwendig. Dies sei hier nicht gegeben. Die beklagte Krankenkasse bewerbe hier nicht einen bestimmten Heil- und Kostenplan eines Zahnarztes des Netzwerkes, der noch gar nicht vorliege. Die Werbung beziehe sich hier nicht auf ein individualisierbares Produkt.

Unangemessene Einwirkung

Das Gericht sieht allerdings einen Verstoß gegen § 4 Nummer 4 UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb), wonach unlauter handelt, wer Mitbewerber gezielt behindert. Die Einwirkung auf den Kunden ist insbesondere dann unangemessen, wenn sich der abfahrende Mitbewerber zwischen den anderen Mitbewerber und dessen Kunden stellt, um hier eine andere Entscheidung des Kunden herbeizuführen. Maßgeblich ist hier gerade, dass der Kläger für den Patienten bereits einen Heil- und Kostenplan erstellt hat und der Patient daraufhin diesen zur Genehmigung bei seiner Krankenversicherung eingereicht hat.

Gerade zu diesem Zeitpunkt setzt sich der Mitbewerber „in Szene“, indem er darauf hinweist, dass ihr Versicherungsnehmer sich auch bei einem anderen Zahnarzt des Netzwerkes behandeln lassen könne, um dann einen neuen Behandlungsvertrag abzuschließen.

Einem Zahnarzt ist es grundsätzlich gestattet, auf Bitte des Patienten ein Gegenangebot zu einem bereits vorliegenden Heil- und Kostenplan eines anderen Zahnarztes abzugeben. Hier ist es aber gerade so, dass nicht nur der Informationsbedarf eines Patienten durch ein Gegenangebot oder eine Zweitmeinung erfüllt wird, sondern der

Krankenversicherer sich nach Kenntnis von dem Behandlungsbedarf selbst an den Patienten wendet. Hierbei handelt es sich um eine verbotene aktive Werbung um Patienten, die in jedem Fall für einen Zahnarzt verboten wäre. Erst recht wäre dies unlauter, wenn dem Patienten auch noch finanzielle Vorteile in Aussicht gestellt würden.

Das OLG wirft dem Krankenversicherer vor, seine Position verfahrensfremd dazu zu nutzen, die Nachfrage auf seine Gesundheitspartner umzulenken. Versicherungsnehmer seien geneigt, den Wünschen ihres Versicherungsunternehmens nachzukommen, um eine rasche, einfache und möglichst kostendeckende Leistungsübernahme zu erreichen. Verschärfend kommt dann noch hinzu, dass hier versprochen wird, den Erstattungsanspruch für zahntechnische Leistungen um 5% zu erhöhen, wenn ein Arztwechsel erfolgt. Dabei steht noch gar nicht fest, in welchem Umfang die Kosten nach dem erstellten Heil- und Kostenplan zu erstatten sind. Der Krankenversicherer greift dann schließlich auch in das Recht auf freie Arztwahl des Patienten ein. Dieses Recht ist gerade von finanziellen Zuwendungen für die Entscheidung zugunsten eines Arztes freizuhalten.

Fazit

Mit der vorliegenden Entscheidung ist klargestellt, dass auch der einzelne Zahnarzt wettbewerbsrechtlich gegen einen Krankenversicherer erfolgreich vorgehen kann, wenn hier in unlauterer Weise in ein bestehendes Wettbewerbsverhältnis eingegriffen wird. Sollten entsprechende Schreiben eines Krankenversicherers durch den Patienten vorgelegt werden, sollte eine Prüfung erfolgen, ob hier eine Unterlassung erfolgreich durchgesetzt werden kann. ■

— Matthias Herberg, Fachanwalt für
Sozialrecht und Medizinrecht
Zahnärzteblatt Sachsen 09/2021

Arbeitsrecht in der Zahnarztpraxis

AB WANN SPRICHT MAN VON ÜBERSTUNDEN?

Es kursieren immer noch unterschiedliche Auffassungen darüber, ab wie vielen Minuten Überstunden beginnen. Die Antwort ist einfach: Ab der ersten Minute. Im Folgenden geben wir Ihnen weitere Antworten auf wichtige Fragen rund um das Thema Überstunden und Mehrarbeit.

Abgrenzung Überstunden/Mehrarbeit

Überstunden leistet der Beschäftigte, der über die für sein Beschäftigungsverhältnis geltende (vertraglich geregelte) Arbeitszeit hinaus arbeitet. Überstunden sind die auf Anordnung oder mit Duldung des Arbeitgebers über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus geleisteten Arbeitsstunden. Unter Mehrarbeit ist hingegen die Überschreitung der im Arbeitszeitgesetz geregelten zulässigen Höchstarbeitszeit zu verstehen.

Müssen Überstunden geleistet werden?

Grundsätzlich ist ein Arbeitnehmer nur dazu verpflichtet, die Arbeitszeit zu erbringen, die im Arbeitsvertrag geregelt ist. Eine gesetzliche Verpflichtung, Überstunden zu leisten, besteht zunächst nicht. Etwas anderes gilt, wenn der dem Arbeitsverhältnis zugrunde liegende Arbeitsvertrag den Arbeitnehmer in bestimmten Fällen zur Leistung von Überstunden verpflichtet. So enthält beispielsweise der Muster-Anstellungsvertrag für ZFA der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein die Klausel, dass der Arbeitnehmer bei Vorliegen betrieblicher Notwendigkeiten auf Anordnung des Arbeitgebers verpflichtet ist, Überstunden zu leisten, soweit dadurch nicht die gesetzlich zulässige Höchstarbeitszeit überschritten wird.

Wie viele Überstunden sind zulässig?

Im Arbeitszeitgesetz sind die Grenzen der Arbeitszeit festgelegt. Diese sollen insbesondere die Gesundheit der Arbeitnehmer schützen und die Möglichkeit der Erholung und Regenerierung für jeden Einzelnen sicherstellen. Nach dem Arbeitszeitgesetz dürfen Arbeitnehmer von Montag bis Samstag (= Werktagen) jeweils maximal acht Stunden täglich beschäftigt werden, also insgesamt höchstens 48 Stunden pro Woche. Bei einer 40-Stunden-Arbeitswoche wären demnach bis zu acht Überstunden zulässig. Die tägliche Arbeitszeit darf auf bis zu 10 Stunden nur



ausgeweitet werden, wenn im Zeitraum von sechs Kalendermonaten oder 24 Wochen die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit von 8 Stunden nicht überschritten wird.

Wie sind geleistete Überstunden auszugleichen?

Die Vertragsparteien vereinbaren im Arbeitsvertrag regelmäßig eine bestimmte wöchentliche Arbeitszeit und eine monatliche Vergütung. Wird diese Arbeitszeit überschritten, muss – je nachdem, wie es im Arbeitsvertrag vereinbart ist – ein Freizeitausgleich oder eine Vergütung erfolgen. Der aktuelle Muster-Anstellungsvertrag der Zahnärztekammer für ZFA enthält dazu eine dementsprechende Regelung: „Etwaige Überstunden werden durch Freizeit ausgeglichen oder vergütet“.

Ist die Einführung eines Arbeitszeitkontos sinnvoll?

Ein geeignetes Mittel, um eine gewisse Flexibilität der Arbeitszeit zu erreichen, stellt ein Arbeitszeitkonto dar. Der Arbeitgeber hat den Vorteil, dass der Arbeitnehmer in Zeiten von Auftragsspitzen länger arbeitet, der Arbeitnehmer hat den Vorteil, dass er mithilfe der Plusstunden in Absprache zusätzliche Freizeit in Anspruch nehmen kann. Arbeitszeitkonten stellen zudem sicher, dass niemand Überstunden ohne Ausgleich machen muss. Das macht auf Dauer zufriedener und zufriedene Mitarbeiter sind in der Regel motivierter und engagierter als unzufriedene. Darüber hinaus ist der Arbeitgeber ohnehin verpflichtet, Überstunden aufzuzeichnen, so dass man beides miteinander verbinden kann. ►►



► **Tipp:** Der Arbeitgeber sollte die Ober- und Untergrenzen für das Arbeitszeitkonto anhand der betrieblichen Anforderungen und den üblichen Schwankungen des Arbeitsaufkommens festlegen. Es sollten sich nie so viele Plus- oder Minusstunden ansammeln, dass ein Ausgleich des Kontos praktisch unmöglich ist. Daher sollte stets in regelmäßigen zeitlichen Abständen ein Ausgleich erfolgen.

Darüber hinaus sollte die Entwicklung der Arbeitszeitkonten der Mitarbeiter kontinuierlich zum Zwecke einer mittelfristigen Personalplanung beobachtet werden. Ein über längere Zeit zu hoher Bestand an Überstunden oder Minusstunden kann ein Hinweis darauf sein, dass die Personalplanung angepasst werden muss. Möglicherweise entspricht die Mitarbeiterzahl nicht mehr den aktuellen Anforderungen.

Sonderfall (minderjährige) Auszubildende

Für die Beschäftigung jugendlicher Auszubildender die bereits 15, aber noch nicht 18 Jahre alt sind, gelten Sonderregeln. Gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz dürfen Jugendliche nicht mehr als 8 Stunden täglich und nicht mehr als 40 Stunden wöchentlich beschäftigt werden. Nur wenn an einzelnen Werktagen die Arbeitszeit auf weniger

als acht Stunden verkürzt ist, können Jugendliche an den übrigen Werktagen derselben Woche achteinhalb Stunden beschäftigt werden.

Für alle Auszubildenden, auch volljährige, gilt: Sie sind keine Arbeitskräfte. Auszubildende schulden nur, sich ausbilden zu lassen und Weisungen zu folgen, die ihnen im Rahmen der Berufsausbildung erteilt werden. Die Anordnung zusätzlicher Ausbildungszeit muss die Ausnahme bleiben und ist zum Beispiel zulässig, wenn sie unumgänglich ist, um an dem betreffenden Tag einen bestimmten Teil der Ausbildung zu Ende zu führen. Weiterhin sind Auszubildende etwa bei Notfällen im Betrieb zur Leistung von Überstunden verpflichtet, sofern ihnen dies zumutbar ist. Es muss jedoch auch während der Überstunden tatsächlich eine Berufsausbildung stattfinden. Die Übertragung von Tätigkeiten, die keinen Bezug zur Ausbildung haben, ist unzulässig. Darüber hinaus ist zu beachten, dass zwingend ein Ausbilder als Ansprechpartner und zur Anleitung der Auszubildenden zur Verfügung stehen muss. ■

_____ Christopher Kamps

Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Nr. 09/2021

Zahnärztliche Behandlung ist unabhängig von 3G-Regel

RECHTSAUFFASSUNG VON BZÄK UND KZBV

Eine zahnärztliche Behandlung steht für alle Patientinnen und Patienten zur Verfügung – auch solchen, die nicht gegen das Coronavirus geimpft oder darauf getestet sind. Nach Auffassung von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) kann daher die sogenannte 3G-Regel (geimpft, genesen oder getestet) in Zahnarztpraxen keine Anwendung finden. BZÄK und KZBV sehen keine gesetzliche Grundlage dafür, dass der Impfstatus oder ein aktueller Corona-Test von Patienten zur Bedingung für eine Behandlung gemacht wird. (Zahn-)Medizinische Behandlungen gehören zur Grundversorgung der Bevölkerung. Patientinnen und Patienten müssen daher vor ihrer Behandlung in einer Zahnarztpraxis keinen entsprechenden 3G-Nachweis vorlegen –

anders als zum Beispiel vielfach bei körpernahen Dienstleistungen, wie sie etwa Friseur- oder Kosmetiksalons anbieten.

Zahnärztinnen und Zahnärzte sind als Heilberuf zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichtet. Es würde eben dieser Berufspflicht widersprechen, wenn die Behandlung von Patientinnen und Patienten willkürlich abgelehnt wird. Das wäre dann der Fall, wenn ganze Bevölkerungsgruppen – zum Beispiel Ungeimpfte oder nicht Getestete – von der Behandlung ausgeschlossen würden.

In der Zahnarztpraxis darf zwar der Impfstatus der Patientin oder des Patienten erfragt und auf Testangebote hingewiesen werden, ein Recht auf Behandlungsverweigerung kann daraus allerdings nicht abgeleitet werden. Durch die schon immer sehr umfassenden Hygienemaßnahmen in Zahnarztpraxen sind dort sowohl Behandelnde als auch die Patientenschaft nachweislich sehr gut vor der Übertragung von Infektionskrankheiten geschützt.

Unabhängig davon rufen BZÄK und KZBV alle Personen, die noch nicht gegen das Coronavirus geimpft sind, dazu auf, das flächendeckende Impfangebot in Deutschland zeitnah zu nutzen – die Impfung schütze nachweislich die eigene Gesundheit und die Gesundheit von Mitmenschen. ■

_____ Presseinformation KZBV/BZÄK

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Fortbildungsreferent: Dr. Bernd Bremer, Mittelstr. 18/19, 31535 Neustadt, Tel. 0511 83391-311

E-Mail: bezirksstellenfortbildung@zkn.de

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
20.11.2021 10:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Online-Seminar Mikrochirurgische WSR – Wo stehen wir heute?, Dr. Tom Schloss, M.Sc., Nürnberg

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

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

E-Mail: fortbildunginoldenburg@gmx.de

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
17.01./20.01.2022, 19:30 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Online-Seminar Endodontie: Die orthograde Revision, Dr. Thomas Clauder, Hamburg

BEZIRKSSTELLE VERDEN


Fortbildungsreferent: Gabriel Magnucki, Bahnhofstr. 18, 27211 Bassum, Tel. 04241 5808

E-Mail: fortbildung@zz-bassum.de

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
18.01.2022, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Online-Seminar Zahntrauma in der bleibenden Dentition, Dr. Bernard Bengs, Berlin, Dr. Eva Dommisch, Berlin
25.01.2022, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Online-Seminar Dentales Trauma bei Kindern, Dr. Bernard Bengs, Berlin, Dr. Eva Dommisch, Berlin
01.03.2022, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Online-Seminar Gesichtsverletzungen, Prof. Dr. Jan Rustemeyer, Bremen

Termine

 **08.12.2021**
Mitgliederversammlung der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.
17:00 Uhr in der Zahnärztekammer Niedersachsen
Anmeldung bitte per E-Mail an: rtoru@zkn.de

 **03.-05.02.2022**
Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen, Hannover



Foto: © stock.adobe.com - Pimam Khummuang

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Melanie Milnikel
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mmilnikel@zkn.de



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

24.11.2021 **Z 2159** **9 Fortbildungspunkte**

Zahnmedizin meets Schlafmedizin

„Einführung in die Zahnärztliche Schlafmedizin“

Dr. Claus Klingeberg, Aerzen

24.11.2021 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 215,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 220,- €

27.11.2021 **Z/F 2161** **9 Fortbildungspunkte**

Die Leichtigkeit belastungsfreier zahnärztlicher Arbeit

Jens-Christian Katzschner, Hamburg

27.11.2021 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 352,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 357,- €

08.12.2021 **Z 2166** **4 Fortbildungspunkte**

„Hier arbeite ich gern“ Personalmanagement – Kommunikation – Führung

Prof. Dr. Dipl.-Ing. Thomas Sander, Hannover

Johanna Kerschbaumer, Wirtschaftspsychologin M.Sc., Berlin

08.12.2021 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 187,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 192,- €

17.12.2021 **S 2104** **3 Fortbildungspunkte**

Online-Seminar

Funktionelle Diagnostik unter dem Aspekt der Digitalisierung

Prof. Dr. Axel Bumann, Berlin

17.12.2021 von 19:30 bis 22:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 55,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 60,- €

Chronisch kranke Patienten sind nicht schwierig, sondern anders!

In der Behandlung chronisch kranker Patienten stoßen wir als Ärzte und Therapeuten nicht selten an Grenzen: So viele unterschiedliche und mitunter hochgradig ausdifferenzierte Symptombeschreibungen seitens des Patienten sowie die damit verbundene Erwartung von uns als Experten jetzt nach langem Leidensweg endlich geheilt werden zu können, sind typische Erfahrungen im Umgang mit diesen Patienten. Dazu kommt möglicherweise dieses Grundgefühl der Hilflosigkeit und Vergeblichkeit, von dem man nicht weiß, ob es vom Patienten auf den Behandler herüber „schwappt“ oder ob es vielleicht nach einer Reihe scheinbar vergeblicher Therapieansätze bereits im Behandler selbst entsteht.



Fotos: Privat

Dipl.-Psych.
Martin Simmel

Dieses Seminar bietet Denkanstöße, die uns bei der Betreuung chronisch kranker Patienten Perspektiven aufzeigen und somit unsere (Be-) Handlungsfähigkeit bestmöglich gewährleisten.

Referent: Dipl.-Psych. Martin Simmel, Regensburg

Samstag, 04.12.2021 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 359,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 364,- €

Kurs-Nr.: Z/F 2165

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK



WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

→ Für zahnärztliches Fachpersonal



WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Kursinhalt

Über den erfolgreichen Gesprächsverlauf entscheiden Ihre innere Überzeugung und positive Einstellung. Patienten spüren es in den ersten Sekunden: Wird ihr Anliegen ernst und respektvoll angenommen? Mit praktischen Übungen stärken Sie Ihre Fähigkeiten am Telefon und lernen, mit der Vielfachbelastung an der Rezeption besser umzugehen. Trainieren Sie mit mir Ihre Telefonkompetenz:



Foto: Privat

Brigitte Kühn

- ▶ Grundsätzliches
- ▶ Das Einmaleins der Telefon-Kommunikation
- ▶ Planung des Telefongesprächs
- ▶ Recall-Systeme, Terminbestätigungen
- ▶ Nachbereiten der Telefonate ein Muss
- ▶ Abschirmung des Chefs/der Chefin
- ▶ Persönlichkeit und Einfühlungsvermögen
- ▶ Aktives Zuhören
- ▶ Das wichtige Instrument Stimme

Praktisches

- ▶ Richtige und verständliche Vorstellung und Begrüßung
- ▶ Verunsicherte und fordernde Patienten, Schmerzpatienten
- ▶ Umgangsformen von Wertschätzung und Respekt geprägt
- ▶ Gezieltes Beraten und Argumentieren
- ▶ Unterschied zwischen konstruktiver und destruktiver Kommunikation
- ▶ Sachlich und organisatorisch passend Verbinden
- ▶ Anrufbeantworter – sinnvolles Hilfsmittel

Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing

Freitag, 10.12.2021 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

Max. 16 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 2166

24.11.2021 Z/F 2158

Kleiner Fingerdruck – große Wirkung

Akupressur in der Praxis

Andrea Aberle, Delmenhorst

24.11.2021 von 14:00 bis 18:30 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 173,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 178,- €

26.11.2021 F 2165

Die perfekte Assistenz in der Oralchirurgie

Tamara Strobl, Heidelberg

26.11.2021 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 215,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 220,- €

27.11.2021 Z/F 2160

Das 1x1 der GOZ – Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy

27.11.2021 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 220,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 225,- €

01.12.2021 Z/F 2163

Zahntechnische Reparaturen nach BEL II 2014 und BEB 97

Stefan Sander, Hannover

01.12.2021 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 149,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 154,- €

01.12.2021 Z/F 2162

Endo – bis in die Wurzelspitze

Marion Borchers, Rastede-Loy

01.12.2021 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 154,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 159,- €

05.01.2022 F 2202

Grundkurs – Röntgen für die Zahnarzthelferin/ZFA

Prof. Dr. Henning Schliephake, Göttingen

Daniela Schmöe, Hannover

05.01.2022 von 09:30 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 242,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 247,- €



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 16.10.2021 Dr. Jürgen Ballüer (80), Ronnenberg
- 19.10.2021 Dr. Wolfhard Ross (80), Stade
- 22.10.2021 Klaus-Werner Michels (75), Hannover
- 26.10.2021 Wolfgang Schäfers (87), Hattorf
- 27.10.2021 Dr. Klaus-Jürgen Kröger (80), Varel
- 29.10.2021 Günter Rauschenbach (94), Bad Nenndorf
- 31.10.2021 Grigori Wachsmann (70), Hannover
- 31.10.2021 Dr. Klaus Volkhardt (75), Hannover
- 02.11.2021 Dr. Joachim Scholz (96), Stadtoldendorf
- 03.11.2021 Manfred Kuhne (75), Oberndorf
- 03.11.2021 Dr. Wolfgang Kaempfe (75), Zetel
- 08.11.2021 Dr. Robert Berges sen. (89), Cloppenburg
- 08.11.2021 Manfred Dams (87), Coppenbrügge
- 08.11.2021 Dr. Hans-Jürgen König (80), Wendisch Evern
- 08.11.2021 Dr. Gerd Schwebe (80), Wangerland
- 11.11.2021 Dr. Ulrike Niemann-Mathiesen (70), Hambühren
- 14.11.2021 Dr. Martin Wernicke (88), Goslar
- 15.11.2021 Dr. Walter Seeland (70), Hildesheim

Dr. Hans-Jürgen König zum 80.

Da steht man Hans-Jürgen König gegenüber und wundert sich... wie ein 80-jähriger wirkt er wirklich nicht. Selbst wenn man ihn kennt, muss man sich bemühen, die Veränderungen des Alterns zu erkennen, dem flüchtigen Betrachter bleiben sie verborgen. Die angeborene Herzlichkeit und eine gehörige Portion Charme sorgen dafür, dass man sich gerne mit ihm unterhält und nebenbei hat er immer etwas Interessantes zu berichten.



Am 08. November 1941 in Breslau geboren, kam er mit seinen Eltern nach dem Krieg nach Lüneburg. Das Studium der Zahnmedizin absolvierte er in Hamburg, die Approbation erhielt er 1968 und promovierte 1970. Die eigene Praxis gründete Hans-Jürgen mit seiner Frau Dr. Jutta König 1971 in Lüneburg und führte sie bis 2007. Den Ausstieg hatte er gut vorbereitet, 1998 und 2009 stiegen Sohn Ingo und Tochter Tina in die Praxis ein. Anfang 2021 feierte die Praxis König das 50-jährige Jubiläum.

Hans-Jürgens berufspolitische Engagement begann 1980 als Mitglied im Prüfungsausschuss und kennt viele Stationen: Kreisstelle Lüneburg (1989-2010), Verwaltungsstelle Lüneburg (2001-2007), Mitglied in der Kammer- bzw. Vertreterversammlung der ZKN/KZVN (1985-2013), von 2001 bis 2005 im ZKN-Vorstand für Alters-/Behinderten-zahnheilkunde zuständig, zeitgleich Delegierter der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer. Mit den Ehrenamtstätigkeiten erwarb er sich durch kollegiales Verhalten das Vertrauen der niedersächsischen Kollegen, ausgezeichnet mit der silbernen Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft.

Privat reist er gern – auch durch exotische Länder oder in Europa mit dem Wohnmobil. Ein aufwändiger Garten und 10 Enkelkinder sorgen für Beweglichkeit im Alter.

Lieber Hans-Jürgen, zu deinem Ehrentag wünschen wir Dir Gesundheit und Wohlergehen. Für uns, die wir Deine standespolitische Nachfolge angetreten haben, bist Du ein besonders wichtiger – nicht nur standespolitischer – Freund, der sich nach dem plötzlichen Tod seiner lieben Frau bedauerlicherweise etwas rar gemacht hat. ■

_____ Dr. Tilli Hanßen, Thomas Koch, Dr. Axel Wiesner

Dr. Wolfhard Ross – wirklich schon 80?



Foto: Dammasch

Ja, es ist kaum zu glauben – und er ist immer noch aktiv wie eh und je.

Er wurde am 19. Oktober 1941 in Stade geboren und ist seiner Heimatstadt treu geblieben.

Gerne berichtet er auch heute noch von seinem Studium in Kiel und seiner dortigen Assistenzzeit, in der er insbesondere seine chirurgischen Fähigkeiten erworben hat.

„Auf dem Lande“, in Stade-Bützfleth, hat er sein zahnärztliches Können für die Bevölkerung eingesetzt. Jetzt, nach der Übergabe seiner Praxis, kümmert er sich immer noch liebevoll um die Behandlung von Behinderten.

Bereits 1973, ein Jahr nach seiner Niederlassung, hat er schon die Kollegenschaft im Elbe-Weser-Dreieck unterstützt – zuerst bei der schulischen Ausbildung unserer Mitarbeiterinnen, eine Herzensangelegenheit von ihm. Dann hat er das berufspolitische Engagement seines Vaters übernommen und sogar noch ausgebaut. Unermüdet ist er nach nun bereits fast 50 Jahren berufspolitischer Tätigkeit nicht nur weiterhin in der Kammerversammlung und der Vertreterversammlung, sondern auch noch in vielen Ausschüssen von ZKN und KZVN unterwegs – mit seiner

Leidenschaft, einem schnellen Auto, das heutzutage gerade auf dem Wege nach Hannover aber immer häufiger ausgebremst wird.

Immer um Ausgleich bemüht hat er in der Kollegenschaft vor Ort enormen Rückhalt bei seiner inzwischen 40jährigen Tätigkeit als Vorsitzender der Bezirksstelle der ZKN und – nicht ganz so lang – der Verwaltungsstelle der KZVN erworben.

Als Anerkennung hat er im Jahre 2012 das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen bekommen.

Oftmals erreichen wir telefonisch nur seine Ehefrau, dann ist er wieder mal unterwegs. Ohne den Rückhalt aus seiner Familie hätte er das alles nicht schaffen können. Ein großer Dank an seine Frau an dieser Stelle.

Lieber Wolfhard, wir Kolleginnen und Kollegen wünschen Dir für die Zukunft eine robuste Gesundheit, damit Du Dein Engagement weiterführen kannst. Gönn Dir aber auch etwas mehr Ruhe! ■

_____ Dr. Volker Thoma und Wolfgang Dammasch, Buxtehude

Wir trauern um unsere Kolleginnen und unseren Kollegen



Foto: © iJy/fotolia.com

Ulrike Dreisel

geboren am 11.08.1954, verstorben am 07.09.2021

Dr. Wilma Poeschel

geboren am 13.04.1944, verstorben am 08.09.2021

Wilhelm Stürzekam

geboren am 02.01.1959, verstorben am 03.10.2021

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen



© diego cervo / Stockphoto.com

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen
Geschäftsstelle
Zeißstraße 11
30519 Hannover
Tel.: 0511 8405-323/361
E-Mail: zulassung@kzvn.de

Antragsformulare erhalten Sie im öffentlichen Bereich auf der Internetseite der KZVN (www.kzvn.de/Zahnärzte/Zulassung) als PDF-Dokument oder von der Geschäftsstelle.

Sämtliche Anträge müssen grundsätzlich zum Abgabetermin vollständig eingereicht werden, ansonsten können sie nicht verhandelt werden.

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ ein vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular (Seite 1+2 mit den entsprechenden Erklärungen)
- ▶ der Auszug aus dem Zahnarztregister (wenn nicht in Niedersachsen eingetragen)
- ▶ eine Bescheinigung über die bisherigen Tätigkeiten; bei Niederlassungen oder Anstellungen in anderen KZV-Bereichen ist diese bei der jeweiligen KZV anzufordern
- ▶ ein unterschriebener Lebenslauf
- ▶ das behördliche Führungszeugnis der Belegart „0“, bei längerem Aufenthalt im Ausland wird entweder ein europäisches oder zusätzlich ein nationales Führungszeugnis aus dem Ausland benötigt

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der schriftliche Gesellschaftsvertrag von allen Partnerinnen und Partnern der BAG unterschrieben

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

- ▶ Beteiligung am Vermögen der Praxis (nach Kennenlernzeit)
- ▶ Beteiligung am Gesamtgewinn und -verlust der Praxis
- ▶ Freiberuflichkeit muss gewährleistet bleiben

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der aktuelle Gesellschaftsvertrag der bereits bestehenden BAG mit einer Regelung, nach der die BAG bei Ausscheiden oder Aufnahme einer Gesellschafterin oder eines Gesellschafters fortgeführt wird
- ▶ eine Änderungsvereinbarung der neuen Gesellschafterinnen oder Gesellschafter über die Vermögensbeteiligung sowie Gewinn- und Verlustbeteiligung

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular
- ▶ alle im Antragsformular genannten Unterlagen
- ▶ insbesondere: der Gesellschaftsvertrag, bei einer GmbH der aktuelle Handelsregisterauszug der Trägergesellschaft, die aktuelle Gesellschafterliste, eine selbstschuldnerische Bürgschaft

Müssen die vollständigen Unterlagen und Angaben nachgebessert werden und kann deren Prüfung aufgrund des Umfangs nicht rechtzeitig vor dem Sitzungstermin abgeschlossen werden, kann der Zulassungsausschuss über den Antrag nicht entscheiden. Der Antrag wird vertagt und in der nächsten Sitzung verhandelt.

Verlegungen

Die Zulassung wird für einen konkreten Niederlassungssitz erteilt. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ formloser Antrag auf Verlegung von ... (Ort der bisherigen Zulassung) nach ... (zukünftiger Sitz) zum ... (Datum der Verlegung, nur für die Zukunft möglich)

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	10.11.2021
für die Sitzung am	08.12.2021
Abgabe bis	15.12.2021
für die Sitzung am	26.01.2022
Abgabe bis	09.02.2022
für die Sitzung am	09.03.2022
Abgabe bis	17.03.2022
für die Sitzung am	20.04.2022
Abgabe bis	02.05.2022
für die Sitzung am	01.06.2022
Abgabe bis	15.06.2022
für die Sitzung am	13.07.2022
Abgabe bis	27.07.2022
für die Sitzung am	24.08.2022
Abgabe bis	12.09.2022
für die Sitzung am	12.10.2022
Abgabe bis	08.11.2022
für die Sitzung am	07.12.2022

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Aurich: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf den Inseln Baltrum und Norderney vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.
- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf der Insel Borkum vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel.: 04941 5752, Fax: 04941 2835, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Braunschweig

- ▶ Planungsbereich Landkreis Helmstedt: Der Planungsbereich Landkreis Helmstedt mit 14.496 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,9% versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Braunschweig der KZVN, Vorsitzender Dr. Helmut Peters, Hildebrandstraße 38, 38112 Braunschweig, Tel. 0531 30292143, Fax 0531 239760006, E-Mail braunschweig@kzvn.de

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.451 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 44,5% 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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer: Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.430 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,2% versorgt.

Auskunft erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel. 04941 5752, Fax 04941 2835, E-Mail ostfriesland@kzvn.de

_____Stand: 15.10.2021

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Eberhard RüdenNr. 7456 vom 22.02.2012

Dr. Hagen Vöhrs.....Nr. 7345 vom 31.10.2011

Dr. Inga VöhrsNr. 7051 vom 03.01.2011

Dr. Sabine WolterNr. 3449 vom 28.08.1995

wurden verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

_____ZKN

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zum Pandemiezuschlag vom 28.09.2021 für

**Zahnarzt Achim Lenau, Villierstraße 6,
38102 Braunschweig**

kann nicht zugestellt werden, da sein derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos.

Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Der Bescheid kann bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 17.11.2021 bis zum 02.12.2021**, bei Frau Eggert (Abt. Honorar) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

Mit der Zustellung durch die öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Änderungsbescheid vom 28.09.2021 und der Bescheid zum Pandemiezuschlag vom 28.09.2021 für

**Dr. Wilfried Stender, Illmenaustraße 6,
26802 Moormerland**

können nicht zugestellt werden, da sein derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos.

Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 17.11.2021 bis zum 02.12.2021**, bei Frau Eggert (Abt. Honorar) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

Mit der Zustellung durch die öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur Festsetzung der Verwaltungskostenbeiträge für das Quartal II/2021 vom 28.09.2021, der Änderungsbescheid vom 28.09.2021, der Bescheid zum Pandemiezuschlag vom 28.09.2021 und der Bescheid zur Honorarabrechnung und Festsetzung des Honoraranspruches II/2021 vom 28.09.2021 für

**Zahnärztin Sofia Guimelfarb, Limburgstraße 8,
30159 Hannover**

können nicht zugestellt werden, da ihr derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos.

Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 17.11.2021 bis zum 02.12.2021**, bei Frau Eggert (Abt. Honorar) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

Mit der Zustellung durch die öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.



Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Mehr als 38.000 Praxen bundesweit haben dafür einen Fragebogen erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

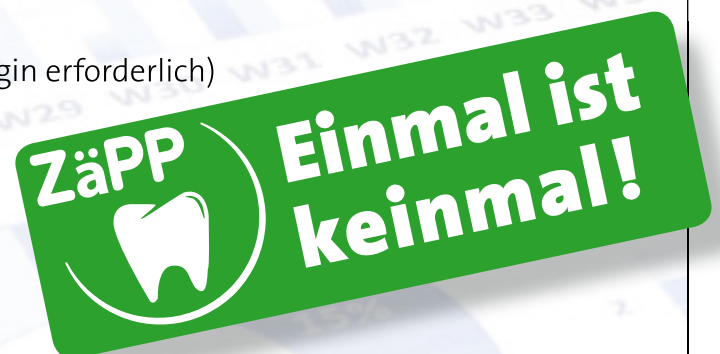
- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit
- **Vorteil für Sie!** Kostenloser Praxisbericht für einen Vergleich Ihrer Praxis mit dem bundesdeutschen Durchschnitt
- **Vorteil für Sie!** Kostenlose Chefübersicht für Ihre Finanzplanung
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter **www.kzvn.de** unter dem Menüpunkt "ZäPP" (Login erforderlich) oder **www.kzbv.de/zaepp** · **www.zaep.de**

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Arend Baumfalk 0511 8405-242
Barbara Hertrampf 0511 8405-280
E-Mail panel@kzvn.de



Um Rücksendung der Unterlagen wird bis zum **30. November 2019** gebeten.

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 030 4005-2446 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-treuhandstelle.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!

69 WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS

der Zahnärztekammer Niedersachsen

3. – 4. FEBRUAR 2022

PRÄSENZ-KONGRESS FÜR **FACHPERSONAL**
IM HANNOVER CONGRESS CENTRUM

SCHON
ANGEMELDET?

Endodontologie und Traumatologie Was ist wichtig, wenn es schmerzt und kracht?

69 WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS – DIGITAL

Live und anschließend 8 Wochen in der Mediathek abrufbar

3. – 5. FEBRUAR 2022

ONLINE-KONGRESS FÜR
ZAHNÄRZTINNEN UND ZAHNÄRZTE

BIS ZU
56
FORTBILDUNGS-
PUNKTE MÖGLICH

Weitere Informationen unter
www.zkn-kongress.de

