



Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

September 2016

Mit Rundschreiben 8/16

Titelthema

**Wege in die
Freiberuflichkeit**

**Nutzen Sie
Ihr Stimmrecht!**

Wahl zur KZV-
Vertreterversammlung
28.09. bis 11.10.2016



Praxiseröffnung

Nachruf

Zum Tod von
Dr. Matthias Seidel

Aktuelles

DMS V: Deutschland
auf den Zahn geföhlt

Fortbildung

Risiko für Kleinkinder:
Frühkindliche Karies

Nachruf

- Zum Tod von Dr. Matthias Seidel 3

Aktuelles

- DMS V:
Deutschland auf den Zahn gefühlt 4
- Weniger Karies in allen Altersgruppen 6

KZV Intern

- Wahl zur KZV-Vertreterversammlung:
Ihre Stimme zählt! 8

Kommentar

- Ein Plädoyer für die PZR 9

Titelthema

- Wie lasse ich mich nieder?
Ein Zahnarzt – fünf Optionen 10
- InvestMonitor Zahnarztpraxis 2014:
Übernahme einer Einzelpraxis
hoch im Kurs 13
- Was ist wichtig bei der Zulassung? 14

Mit dieser Ausgabe erhalten Sie das 4x jährlich erscheinende Patientenmagazin „Lückenlos“, das über zahnmedizinische Themen aus Patientensicht berichtet. Die KZV Rheinland-Pfalz gehört zu den Herausgebern dieser Zeitschrift.

Standespolitik

- Prof. Josef Hecken:
„Die Selbstverwaltung ist
alternativlos“ 16

Rundschreiben

- Wichtige Informationen für
Kollegenschaft und Praxen 17

Standespolitik

- Prof. Josef Hecken:
„Die Selbstverwaltung ist
alternativlos“ – Fortsetzung 25

Standespolitik

- Der Gemeinsame Bundesausschuss –
Der kleine Gesetzgeber 26

Fortbildung

- Risiko für Kleinkinder:
Frühkindliche Karies 30

Aktuelles

- BGH-Urteil: Patientenverfügung
muss konkret sein 35

Praxisführung

- Praxisführung wirtschaftlich
betrachtet: kaufmännisches
Rechnen – Fortsetzung 36

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
Rheinland-Pfalz K. d. ö. R.

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
Tel.: 06131-8927108 · Fax: 06131-892729053
E-Mail: redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

San.-Rat Dr. Helmut Stein (V. i. S. d. P.)
Dr. Holger Kerbeck (hk)
Dr. Stefan Hannen (sh)
Katrin Becker M. A. (kb)

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

KZV aktuell Anzeigenservice

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz
Tel.: 0261-973865-0 · Fax: 0261-973865-10

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweise

Bilder innen: Fotolia · 123RF
Titelfoto: Zahnärzten stehen viele Türen
offen, ihren Beruf auszuüben.
Foto: Fotolia

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz erhalten diese Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der KZV RLP. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte und Leserbriefe sinnwährend zu bearbeiten.

In diesem Dokument wird bei der Angabe von Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form verwendet. Dies ist einzig dem Ziel einer besseren Lesbarkeit geschuldet. Somit handelt es sich um eine rein sprachliche Beschränkung. Die zentrale Rolle von Geschlecht als wissenschaftliche Kategorie bleibt davon unberührt.



Zum Tod von Dr. Matthias Seidel

Wir trauern um Dr. Matthias Seidel. Nach kurzer schwerer Krankheit verstarb unser stellvertretender Vorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz am 6. September 2016 im Alter von 66 Jahren.

Wir haben geahnt, dass wir Abschied nehmen müssen. Dennoch fällt es unsagbar schwer. Dankbar blicken wir auf die gemeinsame Zeit zurück und erinnern uns an die vielen Situationen, in denen Matthias Seidel für den Beruf des freien Zahnarztes stritt – voller Optimismus, Leidenschaft und Energie. Eine Energie, mit der er bis zuletzt gegen seine Erkrankung ankämpfte. Es hat uns alle tief beeindruckt, dass er seinen Lebensmut und die Hoffnung nicht aufgab.

Sein Tod hinterlässt nicht nur im Kreise seiner Familie und seiner Freunde eine schmerzhaft Lücke, auch innerhalb des Berufsstandes wird er fehlen. In seiner viel zu kurzen Zeit als stellvertretender Vorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz hat Matthias Seidel Spuren hinterlassen. Wir haben einen Kollegen und Mitsreiter verloren, einen Freund.

Matthias Seidel war Zahnarzt und Standespolitiker aus Überzeugung. Dass wir ihn in unseren Reihen haben durften, war aber nicht selbstverständlich. Erst nach einer Ausbildung zum Industriekaufmann und einem Studium der Wirtschaftspädagogik entschloss er sich, in die Fußstapfen seines Vaters zu treten und ebenfalls Zahnmedizin zu studieren. Wir und vor allem seine Patienten können ihm für diese Entscheidung nur dankbar sein.

Seine ersten 20 Lebensjahre verbrachte Matthias Seidel in der Pfalz, dann zog es ihn zum Studium und für die ersten zahnärztlichen Berufsjahre nach Rheinhessen, bevor er sich 1984 in eigener Praxis in der Region Trier, in Wittlich, niederließ. Schon aufgrund dieses Lebenslaufes war er, darauf legte er besonders viel Wert, ein echter und bekennender Rheinland-Pfälzer, der jegliche Diskussionen über Regionalitäten in der KZV Rheinland-Pfalz ablehnte. Matthias Seidel hatte einen ganz eigenen Kopf, sozusagen ein Rebell, der sich in keine Schublade stecken ließ und auch gegen den Strom schwamm. Der sich aber auch nie zu schade war, seine Meinung zu revidieren und Standpunkte zu verändern. Es ging ihm immer um die Sache. Er kämpfte für geschlossene Reihen im Berufsstand. Auf vielen Ebenen, 25 Jahre lang. Sei es in der Vertreterversammlung der Vertragszahnärzteschaft, zunächst bei der KZV Koblenz-Trier, dann bei der KZV Rheinland-Pfalz, als Vorstandsmitglied der KZV Koblenz-Trier, als Vorsitzender und Ehrenvorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Trier oder auch als Mitglied der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Landes-zahnärztekammer Rheinland-Pfalz.

Bei seinem Engagement ging es ihm nicht darum, nur mitzureden, sondern er wollte wirklich etwas für den Berufsstand und auch für die Patienten bewegen. Er war ein Macher, dessen Antrieb es war, die zahnärztliche Versorgung auf hohem Niveau zu erhalten. Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen lag ihm hierbei besonders am Herzen; er gab in den vergangenen Jahren

wichtige Impulse zur Weiterentwicklung und zur Qualitätssicherung. Hier war es ihm wichtig, rechtzeitig den standespolitischen Nachwuchs einzubinden und zu fördern. Gleichzeitig kämpfte er dafür, die Freiheiten und Werte der Zahnärzteschaft zu wahren. Er lehnte jegliche Fremdbestimmung von außen ab, lieber nahm er für die Zahnärzteschaft das Heft selbst in die Hand.

Matthias Seidel wusste sich Gehör zu verschaffen. Er war ein Mann der klaren, unverblühten Worte. Er liebte es, Tacheles zu reden und scheute keine Auseinandersetzung. Streitbar in der Sache, aber immer anständig und ehrlich im persönlichen Umgang. Es war ihm wichtig, dass man sich auch nach kritischen Diskussionen in die Augen schauen konnte. Fairness und ein offenes Ohr, das durften wir, das durften Sie von ihm erwarten.

Bei allem Respekt und aller Hochachtung vor seinem standespolitischen Wirken, schätzen wir Matthias Seidel vor allem als Menschen – eine Frohnatur, spitzbübisch, humorvoll und lebensfroh, der gerne Zeit in netter Gesellschaft verbrachte. Er liebte es, nach Mallorca zu reisen. Wann immer es seine Praxis und die Standespolitik erlaubten, besuchte er die Insel gemeinsam mit seiner Frau. Dort holte er Luft, dort tankte er auf. Sein Lebensmittelpunkt war seine Familie, sein ganzer Stolz seine beiden Töchter und die Enkel, die ihm in seinen schweren Stunden Kraft gaben. Sein großer Wunsch, die Geburt seines dritten Enkels noch miterleben zu dürfen, wurde ihm leider nicht mehr erfüllt.

Wir werden Matthias Seidel als einen ganz besonderen Menschen in Erinnerung behalten. Unser tiefes Mitgefühl in diesen schweren Stunden gilt seiner Frau, seiner Familie und allen, die ihm nahe standen. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

San.-Rat Dr. Helmut Stein
Vorsitzender

DMS V: Deutschland auf den Zahn gefühlt

Gespannt wurden sie erwartet, nun liegen sie vor: die Ergebnisse der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V). Und sie zeigen: Die Arbeit der Zahnärzte in den Praxen und in der Patientenaufklärung zahlt sich aus. Die Deutschen hatten noch nie so gesunde Zähne.

Die Deutschen pflegen ihre Zähne heute sehr viel besser als noch vor 20 Jahren. Sie haben weniger Karies, leiden seltener unter Parodontitis und behalten immer länger immer mehr eigene Zähne. Allerdings gibt es weiterhin Patientengruppen, die häufiger an Zahnerkrankungen leiden als der Rest der Bevölkerung. Dazu zählen Pflegebedürftige, insbesondere ältere Senioren mit Pflegebedarf über 75 Jahren. Sie profitieren nicht im gleichen Umfang von den Präventions- und Therapieerfolgen wie die breite Bevölkerung.

KZV aktuell stellt die Ergebnisse der DMS V ausführlich in den kommenden Monaten vor, beginnend in dieser Ausgabe mit der Prävalenz der Karies ab Seite 6. Für Schnellleser gibt es auf diesen Seiten eine Zusammenfassung aller Ergebnisse:



1989 liefert sie wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse durch repräsentative, bundesweit erhobene Daten. Die DMS dient als Grundlage, um zahnmedizinische Handlungsnotwendigkeiten zu identifizieren und die Versorgung in Deutschland zu verbessern. Für die fünfte Mundgesundheitsstudie wurden von Oktober 2013 bis Juni 2014 deutsch-

Karies

- › Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81 Prozent) sind heute kariesfrei. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich in den Jahren von 1997 bis 2014 verdoppelt.
- › Bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) ist die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung seit 1997 um 30 Prozent zurückgegangen (4,9 Zähne).
- › Nur noch halb so viele jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) weisen im Vergleich zum Jahr 1997 noch eine Karieserkrankung der Zahnwurzel auf.



Die Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS)

Die DMS ist die größte und bedeutendste Studie zur Mundgesundheit und zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland. Seit

landweit mehr als 4.600 Menschen an 90 Standorten zu ihrem Mundgesundheitsverhalten befragt und zahnmedizinisch etwa auf Karies, Parodontitis, Mundschleimhauterkrankungen und Zahnersatz untersucht. Dabei wurden vier Altersgruppen – Zwölfjährige, jüngere Erwachsene (35 bis 44 Jahre), jüngere Senioren (65 bis 74 Jahre) und erstmals ältere Senioren (75 bis 100 Jahre) – erfasst. Die Studie wurde vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt.

Parodontalerkrankungen



- › Die schweren Parodontalerkrankungen haben sich bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) halbiert.
- › Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) gibt es einen rückläufigen Trend bei der Parodontitis trotz mehr erhaltener Zähne.
- › Insgesamt steigt der Behandlungsbedarf bei der Parodontitis aufgrund der demografischen Entwicklung prognostisch an.

Zahnverluste und prothetische Versorgung



- › Heute ist nur noch jeder achte jüngere Senior (65- bis 74-Jährige) zahnlos, im Jahr 1997 war es noch jeder vierte.
- › Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) besitzen im Durchschnitt fünf eigene Zähne mehr als noch im Jahr 1997.
- › Weil immer mehr jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) ihre eigenen Zähne länger behalten, besteht für Zahnärztinnen und Zahnärzte häufiger die Möglichkeit, festsitzenden Zahnersatz zu verankern.

Menschen mit Pflegebedarf



- › Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine höhere Karieserfahrung, weniger eigene Zähne und häufiger herausnehmbaren Zahnersatz als die Altersgruppe der älteren Senioren (75- bis 100-Jährige) insgesamt.
- › Knapp 30 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr selbst in der Lage, ihre Zähne und Zahnprothesen eigenständig zu reinigen und zu pflegen. Sie benötigen Unterstützung bei der täglichen Mundhygiene. Mit zunehmendem Pflegebedarf steigt dieser Anteil deutlich an.
- › 60 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr in der Lage, einen Zahnarzttermin zu organisieren und dann die Praxis auch aufzusuchen.

Mundgesundheitsverhalten



- › Jedes zweite Kind (45 Prozent) und jeder dritte Erwachsene (31 Prozent) kennt die Empfehlungen zur Zahnpflege und gibt ein gutes Zahnputzverhalten an.
- › Im Vergleich zum Jahr 1997 geben dreimal mehr jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) an, eine gute Mundhygiene zu haben.

Morbiditätskompression



- › Krankheitslasten verschieben sich in das höhere Lebensalter: Ältere Senioren (75- bis 100-Jährige) haben im Jahr 2014 einen Mundgesundheitszustand wie die jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) im Jahr 2005.
- › Das bedeutet gleichzeitig mehr mundgesunde Lebensjahre: Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) haben im Jahr 2014 eine bessere Mundgesundheit als ihre Altersgruppe im Jahr 2005.

Internationale Vergleiche



- › Deutschland erreicht bei der Mundgesundheit in den Bereichen Karieserfahrung, Parodontitis und völlige Zahnlosigkeit im internationalen Vergleich Spitzenpositionen.
- › Die Mundgesundheit sowohl von Kindern (12-Jährige) als auch jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) hat sich in Ost- und Westdeutschland in den vergangenen 25 Jahren angeglichen.

KZBV/BZÄK

Wie gesund sind die Zähne der Deutschen? Die DMS V in KZV aktuell:

- › **Karies**
KZV aktuell, September 2016
- › **Parodontalerkrankungen / Zahnverluste und prothetische Versorgung**
KZV aktuell, Oktober/November 2016
- › **Menschen mit Pflegebedarf / Mundgesundheitsverhalten**
KZV aktuell, Dezember 2016/Januar 2017
- › **Morbiditätskompression / Internationale Vergleiche**
KZV aktuell, Februar 2017

Weniger Karies in allen Altersgruppen

Karies ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen. Nach einem Ranking der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den Behandlungskosten für chronische Erkrankungen steht die Karies weltweit an vierter Stelle. Die Verbreitung von Karies in der Bevölkerung wird nach dem international gebräuchlichen DMFT-Index gemessen. DMFT steht für die Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth). Der Index beschreibt das Ausmaß der sogenannten Karieserfahrung, in dem akut kariös erkrankte Zähne und die möglichen Folgen (Zahnfüllungen, Zahnverluste) zusammengefasst werden.

Die Ergebnisse der DMS V zeigen – vom Kindesalter an bis zu den mobilen Senioren – eindrucksvoll die Erfolge eines grundlegenden Paradigmenwechsels („vorsorgen statt versorgen“) in der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Demnach konnte die Karieslast in der Bevölkerung zudem über alle sozialen Schichten hinweg gesenkt werden. Die Zahnärzteschaft hat damit einen wichtigen Grundstein gelegt, um mit Vorsorge möglichst alle sozialen Milieus zu erreichen. Insbesondere die gestiegene Zahl der gesunden eigenen Zähne verdeutlicht diese Entwicklung und bringt einen Gewinn an Lebensqualität für alle Bevölkerungsgruppen mit sich.

Kinder

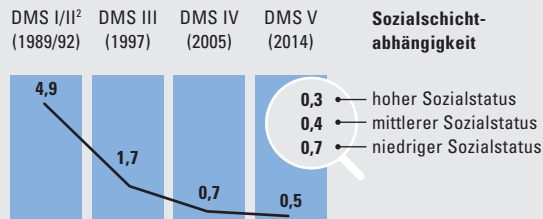
Die Mundgesundheit von Kindern hat sich im Vergleich zur DMS IV (2005) noch einmal weiter verbessert. Acht von zehn 12-jährigen Kindern (81,3 Prozent) sind heute vollkommen kariesfrei. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich damit in den Jahren 1997 bis 2014 praktisch verdoppelt. Die durchschnittliche Karieserfahrung beträgt in dieser Altersgruppe 0,5 DMFT-Zähne. Damit steht Deutschland an der Weltspitze.

Als Ursachen für den weiteren Kariesrückgang können regelmäßige, kontrollorientierte Besuche in Zahnarztpraxen und die Versiegelung der Backenzähne ausgemacht werden: 70,3 Prozent der 12-Jährigen in Deutschland weisen Fissurenversiegelungen auf und Kinder ohne Fissurenversiegelungen haben eine dreifach erhöhte Karieserfahrung (0,3 vs. 0,9 DMFT-Zähne).

Besonders erfreulich ist, dass die Entwicklung über alle sozialen Schichten hinweg positiv verläuft. Auch Kinder mit einem vergleichsweise niedrigen Sozialstatus haben heute wesentlich gesündere Zähne als noch vor 20 Jahren. Die Zahnmedizin zeigt damit beispielhaft, dass Prävention, die früh greift, gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren



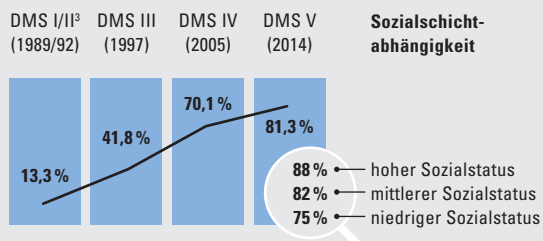
Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei Kindern



Sinkende Karieserfahrung bei Kindern (12-Jährige): Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle sozialen Schichten haben von der Prävention profitiert.

¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)
² 13-/14-Jährige

Entwicklung der kariesfreien Gebisse bei Kindern



Zunahme kariesfreier Gebisse bei Kindern (12-Jährige): Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle sozialen Schichten haben von der Prävention profitiert.

³ 13-/14-Jährige

kann. Die engmaschige Gruppen- und Individualprophylaxe erfasst auch benachteiligte Kinder und andere Risikogruppen. Flächendeckende, früh einsetzende Präventionsmaßnahmen, solidarisch finanziert durch die gesetzlichen Krankenkassen, zahlen sich für alle Menschen aus, unabhängig von sozialen Schichten. Dennoch haben Angehörige der verschiedenen Sozialschichten weiterhin eine sehr unterschiedliche Karieserfahrung. Die Kariespolarisation (Schieflage der Kariesverteilung) zeigt, dass das Drittel mit der höchsten Karieserfahrung dreimal mehr erkrankte Zähne aufweist (1,4 DMFT-Zähne).

Jüngere Erwachsene

Auch bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) zeigen sich die positiven Effekte der zahnärztlichen Prävention. In der DMS IV aus dem Jahr 2005 wurde bei dieser Altersgruppe erstmalig ein Rückgang der Karieserfahrung festgestellt. Dieser Trend hat sich nun verstärkt, sodass heute durchschnittlich 11,2 Zähne eine Karieserfahrung aufweisen. Im Jahr 1997 (DMS III) waren dies noch 16,1 Zähne. Außerdem hat sich der Anteil der kariessfreien jüngeren Erwachsenen seit 1997 verdreifacht.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass diese jetzt untersuchte Altersgruppe erstmalig in ihrer Kindheit und im Jugendalter nachhaltig in die Gruppen- und Individualprophylaxe eingebunden war. Dabei ist bemerkenswert, dass der niedrigere DMFT-Wert sowohl durch weniger Füllungen als auch durch einen Rückgang von Zahnverlusten bedingt ist.

Der Kariessanierungsgrad zeigt bei jüngeren Erwachsenen ein außerordentlich hohes Niveau. 93,7 Prozent der an Karies erkrankten Zähne sind in Deutschland zahnmedizinisch versorgt. Damit verfügen die jüngeren Erwachsenen über durchschnittlich 23,6 primär gesunde oder restaurierte, funktionstüchtige eigene Zähne.

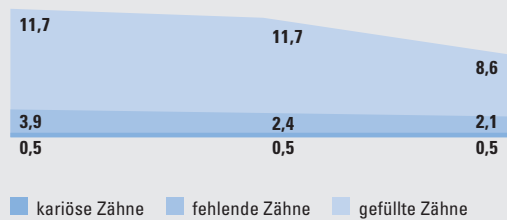
Die Erhebungen zur Mundgesundheit der jüngeren Erwachsenen belegen zudem, dass die Prävention alle sozialen Schichten erreicht. Die 35- bis 44-Jährigen haben heute über alle Schichten hinweg eine deutlich geringere Karieserfahrung.

Erfreulich ist darüber hinaus, dass die Karieserkrankungen der Zahnwurzel um die Hälfte zurückgegangen sind – von 22,1 Prozent der Altersgruppe im Jahr 1997 (DMS III) auf 11,8 Prozent.



Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT) bei jüngeren Erwachsenen

DMS III (1997): **16,1** DMS IV (2005): **14,6** DMS V (2014): **11,2**



Sinkende Karieserfahrung bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige)

Jüngere Senioren

Wie in den anderen Altersgruppen verstetigt sich der Kariessanierungsgrad auch bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige): Während der Kariesindex im Jahr 1997 noch bei 23,6 Zähnen lag, beträgt er nun 17,7 Zähne. Hier liegt die Ursache vor allem darin, dass heute deutlich weniger Zähne wegen Karies verloren gehen und somit die zahnerhaltenden professionellen Maßnahmen greifen: In den Jahren 1997 bis 2014 ist eine deutliche Zunahme eigener Zähne um mehr als sechs Zähne zu verzeichnen. Diese Steigerung der Mundgesundheit kann über alle sozialen Schichten hinweg festgestellt werden.

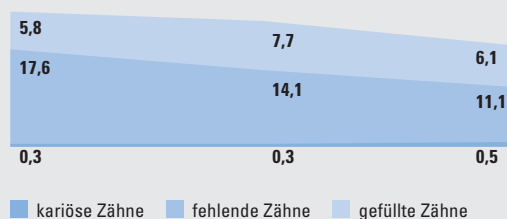
Bei den jüngeren Senioren zeigt sich ebenfalls ein sehr hoher Kariessanierungsgrad von 90,6 Prozent. Sie verfügen über 16,4 primär gesunde oder restaurierte eigene Zähne. Trotz mehr erhaltener Zähne ist der Anteil in der Bevölkerung mit einer Wurzelkaries im Vergleich zur DMS IV (2005) wieder stark rückläufig und liegt nun bei 28 Prozent.

KZBV/BZÄK



Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT) bei jüngeren Senioren

DMS III (1997): **23,6** DMS IV (2005): **22,1** DMS V (2014): **17,7**



Sinkende Karieserfahrung bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige)

Wahl zur KZV- Vertreterversammlung: Ihre Stimme zählt!

Die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz geht in die heiße Phase. Vom 28. September bis zum 11. Oktober 2016, 18.00 Uhr, können alle Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz für ihre Kandidaten stimmen.

Alle dazu nötigen Wahlunterlagen (Wahlbriefumschlag, Wahlumschlag, Stimmzettel und eidesstattliche Versicherung) bekommen Sie rechtzeitig mit der Post zugeschickt. Bitte beachten Sie, dass nur die Stimmen gezählt werden, die fristgerecht im Zahnärztheaus Mainz eingegangen sind – auf dem Postweg oder durch persönliche Abgabe.

Privileg Selbstverwaltung

Mitmachen, Mitgestalten und Mitbestimmen – das alles heißt Selbstverwaltung. Bei der Wahl zur Vertreterversammlung haben Sie dazu die Chance. Sie wählen die Vertreter Ihrer Interessen und gestalten dadurch die Politik der KZV Rheinland-Pfalz für die kommenden sechs Jahre mit. Durch Ihre Wahl entscheiden Sie mit über Dinge, die Ihren Praxisalltag betreffen.

Die Wahl zur Vertreterversammlung legt das Fundament für die Arbeit der KZV Rheinland-Pfalz. Sie steht für die Legitimation und Unterstützung, die die KZV Rheinland-Pfalz benötigt, um als Sachwalter Ihrer Interessen zu agieren – gegenüber den Krankenkassen, der Politik und der Öffentlichkeit. Sie haben die Wahl! Ihre Stimme zählt!

Detaillierte Informationen zur Wahl zur Vertreterversammlung finden Sie in der Mai-Ausgabe der *KZV aktuell* und auf www.kzv-rheinlandpfalz.de. kb

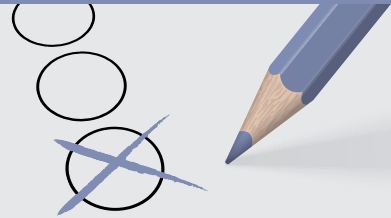


Die Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz – Mehr dazu in *dentTV*, dem Online-Magazin der KZV Rheinland-Pfalz unter



www.dent-TV.de
www.kzv-rheinlandpfalz.de
www.youtube.com/mydentTV

Fahrplan zur Vertreterversammlung



27. September 2016

Versand der Wahlunterlagen an die Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz



11. Oktober 2016, 18.00 Uhr,
Zahnärztheaus Mainz

Wahlschlusstag: Ablauf der Frist zur Abgabe der Stimmzettel



12. Oktober 2016

Auszählung der Stimmen und Feststellung des Wahlergebnisses durch den Wahlausschuss



13. Oktober 2016

Bekanntgabe des Wahlergebnisses



10. Dezember 2016

Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung
Wahl des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz



1. Januar 2017

Beginn der neuen Legislaturperiode der KZV Rheinland-Pfalz



Ein Plädoyer für die PZR



San.-Rat
Dr. Helmut Stein

Sie ist eine eindrückliche Dokumentation der Mundgesundheit der Deutschen und ein Beleg der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung: die fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, kurz DMS V. Auf über 600 Seiten hält sie fest: Noch nie hatten die Deutschen gesündere Zähne. Vor allem der Sprung von der dritten Mundgesundheitsstudie 1997 zur heutigen Untersuchung ist bemerkenswert. Demnach hat sich in den vergangenen 20 Jahren die Zahl der kariesfreien Gebisse bei den Zwölfjährigen verdoppelt. Bei den jüngeren Erwachsenen ist die Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung um ein Drittel zurückgegangen. Die Anzahl der zahnlosen Senioren hat sich halbiert. Die „jungen Alten“ besitzen heute durchschnittlich fünf eigene Zähne mehr als noch vor 20 Jahren.

Der konsequente Ausbau von Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe in den letzten 35 Jahren hat Früchte getragen. Der Paradigmenwechsel von der Reparaturmedizin zur präventionsorientierten Zahnheilkunde war epochal. Es ist davon auszugehen, dass die im Frühjahr 2017 zu erwartende Studie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ) die Ergebnisse der DMS V bestätigen werden, zumal beide Studien in der Vergangenheit – trotz unterschiedlichem Studiendesign – bereits überzeugende Übereinstimmungen brachten.

Mit den Ergebnissen rückt Deutschland bei der Zahngesundheit endgültig ganz an die Spitze vergleichbarer Länder. Der Satz unseres KZBV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eßer: „Wir haben die Karies im Griff“ bewahrheitet sich immer mehr. Gleichwohl tun sich neue Problemfelder auf: die frühkindliche Karies bei Kindern unter drei Jahren und die Kariesgefährdung bei den immer älter werdenden Bürgern (Stichwort: Wurzelkaries). Doch auch hier hat die Zahnärzteschaft überzeugende Konzepte parat: einerseits das Konzept zur Vermeidung der frühkindlichen Karies von KZBV und BZÄK und das hoffnungsvolle Pilotprojekt der KZV Rheinland-Pfalz in der Region Pirmasens-Zweibrücken, andererseits das „AuB-Konzept“, ebenfalls von KZBV und BZÄK.

Die DMS V hat als weiteren Handlungsschwerpunkt die Parodontitis identifiziert. Hier ist zwar bei den schweren und mittelschweren Parodontien gegenüber der DMS IV aus 2009 ein Rückgang feststellbar. Die Ursachenforschung für diese auffällige Verbesserung gestaltet sich schwierig, denn die Abrechnungsstatistiken weisen immer noch viel zu wenige PA-Behandlungen aus. Eine Rolle spielt sicherlich das veränderte Studiendesign, bei dem nun nicht mehr von einem erkrankten Zahn auf den gesamten Quadranten geschlossen, sondern jeder einzelne erkrankte Zahn gezählt wurde.

Die tägliche Erfahrung in unseren Praxen lässt eine weitere Ursache wahrscheinlich werden: die PZR. Präventive und nicht nur kosmetisch orientierte Professionelle Zahnreinigungen, die zahnmedizinisch korrekt ausgeführt und mit einer intensiven Anleitung der Patienten zur für sie richtigen Zahnpflege verbunden sind, haben bei etlichen Patienten zum „Turnaround“ geführt. Bei vielen Patienten, die beim ersten Kontakt noch als potenzielle PA-Patienten vorgemerkt worden waren, wurde die PA-Therapie nach der sogenannten Vorbehandlung mit der PZR entbehrlich. Das erfahren wir täglich in der Praxis.

Umso unverständlicher ist es aber, dass die zahnmedizinische Wissenschaft die PZR immer noch als nicht sicher „valide“ bezeichnet. Gar nicht zu verstehen ist dabei, dass die in vielen Bestandteilen der PZR gleichenden UPT (Unterstützende PA-Therapie) von derselben Wissenschaft als „Conditio sine qua non“ bei einer Nachsorge im Rahmen einer neuen PA-Strategie angesehen wird! Die angebliche fragliche Validität lässt die PZR in der (pseudo-)öffentlichen Diskussion in die Sparte „IGeL“ rutschen, mit der entsprechenden Kritik und Anprangerung als Abzocke. Gänzlich überrascht die Tatsache, dass inzwischen ein Großteil der Krankenkassen die PZR bezuschusst, sie zugleich in diversen Zahn- und Gesundheitsreports stets in Frage stellt.

Sind wir also selbstbewusst genug, die Erfahrungen aus der Praxis gleichwertig neben Evaluierungsbestrebungen zu stellen, damit das erfolgreiche Zusammenwirken von guter häuslicher Mundhygiene und regelmäßigen Professionellen Zahnreinigungen endgültig die längst überfällige Anerkennung in den Medien findet. San.-Rat Dr. Helmut Stein



Wie lasse ich mich nieder? Ein Zahnarzt – fünf Optionen

Die Assistenzzeit ist vorbei – wie geht es nun weiter? Eine Niederlassung in eigener Praxis oder doch eine Angestelltentätigkeit? Zahnärzte haben viele Möglichkeiten, ihr berufliches Umfeld zu gestalten. KZV aktuell erklärt die wesentlichen.

Die Wege in den Beruf als Vertragszahnarzt können sehr unterschiedlich sein. Zahnärzte haben die Möglichkeit, eine Praxis neu zu gründen oder eine bestehende zu übernehmen. Sie können in einer Praxisgemeinschaft oder Berufsausübungsgemeinschaft kooperieren. Sie können selbstständig arbeiten oder in einem Angestelltenverhältnis, in Vollzeit oder in Teilzeit.

Einzelpraxis

Die Selbstständigkeit in einer Einzelpraxis steht dabei noch immer hoch im Kurs. Fast 1.400 Vertragszahnärzte in Rheinland-Pfalz sind momentan ihr eigener Chef. Die Gründe hierfür sind offensichtlich: Von den Öffnungszeiten und der Einrichtung über die Praxisorganisation bis hin zum zahnmedizinischen Schwerpunkt – der Zahnarzt kann alles

alleinverantwortlich und „nach eigenem Geschmack“ entscheiden. Auch den Erfolg der eigenen Praxis hat er selbst in der Hand: Durch Eigeninitiative und freie Entscheidungen bestimmt er seinen wirtschaftlichen Erfolg und sein Einkommen.

Selbstständig in einer Einzelpraxis bedeutet heute nicht mehr, selbst und ständig in der Praxis vor Ort sein zu müssen. Gesetzliche Regelungen (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und GKV-Versorgungsstrukturgesetz) versetzen Praxisinhaber in die gute Situation, ihr Berufsleben flexibler und individueller gestalten zu können. So hat der Zahnarzt keine Residenzpflicht mehr; das heißt, sein Wohnsitz muss nicht in Praxisnähe liegen. Auch bedeutet eine Zulassung nicht mehr automatisch eine Vollzeittätigkeit. Halbe Versorgungsaufträge bzw. halbe Zulassungen sind ebenso möglich wie die Anstellung von Zahnärzten. Darüber hinaus können mit Sicherstellungs- bzw. Entlastungsassistenten Vertretungen, zum Beispiel für eine Elternzeit, organisiert werden, die bis zu 36 Monate in Voll- oder Teilzeit in der Praxis tätig sein können.

Praxisgemeinschaft

Schließen sich (Zahn-)Ärzte nicht zur Patientenversorgung, sondern lediglich zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, Einrichtung und Geräten sowie Personal zusammen, spricht man von einer Praxisgemeinschaft. Bei einer Praxisgemeinschaft handelt es sich also um zwei oder mehrere Einzelpraxen, die räumlich zumeist aus Kostenersparnis zusammengelegt sind.

Jeder Partner der Praxisgemeinschaft bleibt in seiner Praxisführung selbstständig. Das heißt, jeder Partner führt seine eigene Patientenkartei und rechnet gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mit einer eigenen Abrechnungsnummer ab. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Patientenunterlagen so aufbewahrt werden, dass die übrigen Zahnärzte keinen Zugriff darauf haben. Der Patient schließt einen Behandlungsvertrag immer mit dem jeweiligen Behandler. Folglich kann auch nur der Behandler in Haftung genommen werden. Anders als in einer Berufsausübungsgemeinschaft (siehe unten) ist in der Praxisgemeinschaft eine Vertretung nicht ohne weiteres möglich. Der gegenseitigen Vertretung sind enge Grenzen gesetzt, zum Beispiel wenn die Behandlung wie in Notfällen keinen Aufschub zulässt.

Über die Gründung einer Praxisgemeinschaft wird die Kassenzahnärztliche Vereinigung lediglich informiert. Sie muss nicht vom Zulassungsausschuss genehmigt werden.

Berufsausübungsgemeinschaft

In einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG, früher Gemeinschaftspraxis) arbeiten Zahnärzte mit einem oder mehreren Kollegen zusammen. Sie teilen sich dabei nicht nur die Praxisräume und -einrichtung, sondern sie haben auch gemeinsam angestelltes Personal, einen gemeinsamen Patientenstamm und ein gemeinsames Budget. Die Praxispartner können sich gegenseitig vertreten. Darüber hinaus rechnen sie gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unter einer Abrechnungsnummer ab. Praxisgewinne werden ebenso wie Verluste geteilt. Die Berufsausübungsgemeinschaft setzt voraus, dass die Zahnärzte einen Gesellschaftervertrag schließen, der das Verhältnis der Zahnärzte untereinander regelt. Eine BAG wird in der Regel als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder als Partnergesellschaft geführt und erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Wohlgermerkt: Zahnärzte in einer BAG bilden eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit, arbeiten aber trotzdem eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig.

Eine BAG von Zahnärzten mit mehreren Praxissitzen (überörtliche BAG) ist möglich. Sichergestellt sein muss, dass an jedem Praxissitz mindestens ein BAG-Partner hauptberuflich tätig ist, das heißt mindestens 20 Wochenstunden. Eine überörtliche BAG kann sich auch über mehrere KZV-Bereiche erstrecken. In diesen Fällen hat sich die überörtliche BAG für einen Vertragszahnarztsitz und somit für eine KZV zu entscheiden, über die die Zulassung und gesamte Leistungserbringung erfolgt.

In Rheinland-Pfalz gibt es derzeit rund 350 Berufsausübungsgemeinschaften. Die Gründung einer BAG setzt die Genehmigung des Zulassungsausschusses voraus.

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) standen bisher für ein fachübergreifendes medizinisches Versorgungsangebot unter einem Dach. Seit 2015 können auch zugelassene Zahnärzte ein MVZ gründen. Die Leitung eines MVZ muss in der Hand eines Zahnarztes liegen, der in dem MVZ selbst als Vertragszahnarzt oder als Angestellter tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist.

MVZ können in allen zulässigen Rechtsformen – mit Ausnahme einer Aktiengesellschaft – gegründet werden. Besonders zu beachten ist, dass die Wahl der Rechtsform immer auch steuerliche Auswirkungen hat. Wie bei der BAG regelt der Gesellschaftervertrag das Verhältnis der Behandler untereinander. Für ein MVZ gilt ebenfalls nur eine Abrechnungsnummer.

Die Zulassung eines MVZ zur vertragszahnärztlichen Versorgung wie auch die Genehmigung zur Anstellung von Zahnärzten erfolgt durch den Zulassungsausschuss. Vertragszahnärzte, die für ein MVZ tätig werden, behalten ihre Zulassung, allerdings wird diese während der MVZ-Tätigkeit von der Zulassung des MVZ überlagert.

Angestelltentätigkeit

Um nach der Vorbereitungszeit als Zahnarzt arbeiten zu können, muss man nicht zwingend in einer eigenen Praxis niedergelassen sein. Es besteht auch die Möglichkeit, sich in einer Praxis anstellen zu lassen. Gerade jüngere Zahnärzte schlagen



nach ihrer Assistenzzeit zunächst diesen Weg ein. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Eventuell scheuen einige Zahnärzte das betriebswirtschaftliche Risiko, die eine Praxisneugründung oder eine Praxisübernahme mit sich bringen. Auch, wer sich mit den administrativen Anforderungen einer Selbstständigkeit nicht auseinandersetzen möchte, mag die Anstellung vorziehen. Sicher gibt es auch Zahnärzte, die ihre Arbeitszeit flexibler gestalten und den Beruf besser mit dem Familienleben in Einklang bringen möchten. Für diejenigen, die Erziehungsaufgaben übernehmen, mag die Angestelltentätigkeit die Chance bieten, Beruf und Familie besser miteinander zu vereinbaren. In Rheinland-Pfalz befinden sich zurzeit rund 480 Zahnärzte in einer Anstellung.

Bevor ein angestellter Zahnarzt vertragszahnärztlich tätig werden kann, muss die Anstellung vom Praxisinhaber beim Zulassungsausschuss beantragt und von diesem genehmigt werden. Die vom angestellten Zahnarzt erbrachten medizinischen Leistungen stehen unter der persönlichen Aufsicht des Praxisinhabers und werden von ihm verantwortet.

Gut geplant in die Niederlassung

Ganz gleich für welches Praxismodell sich ein Zahnarzt entscheidet: Der Schritt in die Niederlassung will gut überlegt und sorgfältig vorbereitet sein. Vorab lohnt es, sich folgende Fragen zu beantworten:

Welche Form der zahnärztlichen Tätigkeit kommt in Frage?

a) Selbstständigkeit

- › Neugründung einer Einzelpraxis
- › Übernahme einer Einzelpraxis
- › Eintritt in eine oder Gründung einer BAG
- › Eintritt in ein MVZ

b) Angestelltenverhältnis

- › Anstellung in einer Einzelpraxis
- › Anstellung in einer BAG
- › Anstellung in einem MVZ

Welchen zeitlichen Umfang soll die Tätigkeit haben?

a) Selbstständigkeit

- › voller Versorgungsauftrag
- › hälftiger Versorgungsauftrag (20 Wochenstunden)

b) Angestelltenverhältnis

- › bis 10 Stunden pro Woche
- › über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- › über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- › über 30 Stunden pro Woche

c) Auf welche Dauer kann oder will ich mich festlegen?

Welcher Standort kommt in Frage?

- › Wo möchte ich tätig werden? Habe ich regionale Vorlieben? Bevorzuge ich eher ein städtisches oder ein ländliches Umfeld?
- › Welche Infrastruktur ist mir wichtig (zum Beispiel Freizeitangebote in Sport und Kultur, Schulen vor Ort, medizinische Versorgung, Verkehrsanbindungen, schnelles Internet)?
- › Wo gibt es Vertragszahnarztpraxen zur Übernahme?
- › Wo gibt es Anstellungsmöglichkeiten?
- › Wie ist der Versorgungsgrad (Zahnärztdichte, Spezialisierung, Altersstruktur der Zahnärzte)?
- › Einwohnerzahl, Bevölkerungsentwicklung, Versorgungsbedarf der Bevölkerung
- › Pendlerströme, wirtschaftliche Situation der großen Arbeitgeber am Ort
- › Einkommensstruktur am Wunschort, Arbeitslosenquote und -entwicklung

kb



Literaturtipp

- › Formen zahnärztlicher Berufsausübung, Bundeszahnärztekammer, Berlin 2011
Download unter www.bzaek.de > Für Zahnärzte > Zahnärztliche Berufsausübung

InvestMonitor Zahnarztpraxis 2014: Übernahme einer Einzelpraxis hoch im Kurs

Die Übernahme einer Einzelpraxis ist die häufigste Form der zahnärztlichen Niederlassung. 60 Prozent der Zahnärzte entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit. Zu dem Ergebnis kommt der InvestMonitor Zahnarztpraxis 2014. Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert darin gemeinsam mit der apoBank das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung.

Durchschnittlich 323.000 EUR musste ein Zahnarzt 2014 für einen Kauf in die Hand nehmen. Das waren zwar 8 Prozent mehr als im Vorjahr. Allerdings lagen die Übernahmekosten deutlich unter den Ausgaben für eine Neugründung einer Einzelpraxis. Hierfür musste ein Zahnarzt im Schnitt 422.000 EUR investieren; rund 1 Prozent weniger als im Vorjahr. 11 Prozent der Existenzgründer wählten 2014 diese Form der Selbstständigkeit.

29 Prozent der Zahnärzte setzen für ihre Existenzgründung auf eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Die Neugründung einer BAG schlug durchschnittlich mit 312.000 EUR zu Buche. Die Übernahme einer selbigen erforderte 262.000 EUR. Die Finanzierungsvolumen für beide Investitionen sanken zum Vorjahr kräftig um 28 bzw. 39 Prozent. Ein Beitritt bzw. ein Einstieg in eine BAG veranschlagte hingegen 3 Prozent höhere Investitionen. Hier zahlte ein Zahnarzt 2014 im Schnitt 281.000 EUR.

Der InvestMonitor wirft auch einen genaueren Blick auf die Investitionskosten für fachzahnärztliche Praxen. Demnach lag das Finanzierungsvolumen kieferorthopädischer Praxen 2014 zwischen 10 und 30 Prozent über dem Niveau allgemeinzahnärztlicher Praxen. Die Gründung von Fachpraxen für Oralchirurgie sowie für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie benötigte ein um 25 bis 40 Prozent höheres Finanzierungsvolumen.

Demografie der Existenzgründer

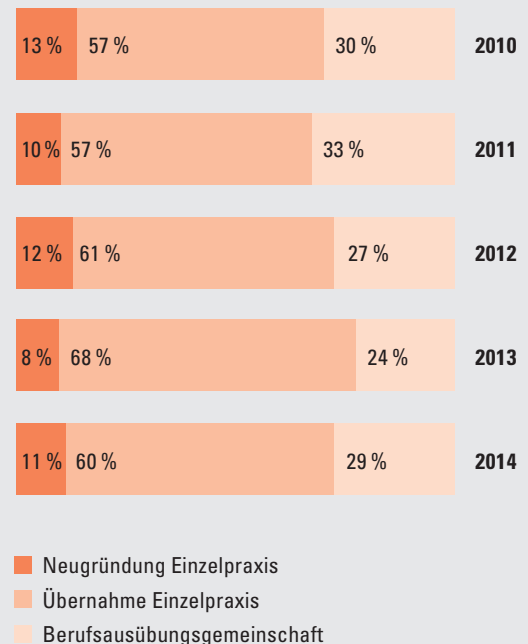
Das Gros der Existenzgründer (62 Prozent) war zwischen 30 und 40 Jahre alt. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass sich Zahnärzte zunehmend erst nach dem 40. Lebensjahr zur Selbstständigkeit entschließen. 2014 waren dies 24 Prozent, 2010 waren lediglich 13 Prozent 40 Jahre und älter. 14 Prozent

der Existenzgründer 2014 waren 30 Jahre oder jünger. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer lag bei 36,7 Jahren.

Bei der Existenzgründung spielt der Standort eine entscheidende Rolle. 2014 entschieden 43 Prozent der Zahnärzte, sich in einer Großstadt niederzulassen. 31 Prozent zog es in den ländlichen Raum, 26 Prozent wählten eine mittelgroße Stadt. Der Anteil der Praxen auf dem Land nahm demnach seit 2010 um 5 Prozent zu, während der Anteil der Praxen in mittelstädtischen Regionen um eben diese 5 Prozent sank.

Der InvestMonitor Zahnarztpraxis wurde als IDZ-Information 3/15 veröffentlicht. Diese kann kostenlos beim IDZ angefordert werden oder als PDF unter www.idz-koeln.de abgerufen werden. kb

Art der zahnärztlichen Existenzgründung



Quelle: IDZ-Information 3/15, © IDZ/apoBank

Was ist wichtig bei der Zulassung?

Wie bekomme ich eine Zulassung als Vertragszahnarzt? Was muss ich tun, um einen Zahnarzt anzustellen? Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz bietet ihren Mitgliedern und den Mitgliedern „in spe“ umfassende Informationen und persönliche Beratung rund um die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Mit ihrem Angebot will die KZV den Zahnärzten Perspektiven für die Berufsausübung in Rheinland-Pfalz geben und sie beim Start in die vertragszahnärztliche Tätigkeit unterstützen. *KZV aktuell* gibt erste Hinweise, wie der Weg in die Zulassung oder auch in die Anstellung reibungslos verläuft:

- › Schritt für Schritt zur Zulassung: Auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz (www.kzv-rheinlandpfalz.de) finden Sie alle notwendigen Informationen und Antragsformulare, wenn Sie sich als Vertragszahnarzt in Rheinland-Pfalz niederlassen, wenn Sie einen Zahnarzt in eigener Praxis anstellen oder wenn Sie eine Berufsausübungsgemeinschaft gründen möchten. Auf der Seite finden Sie auch alle notwendigen Hinweise, wenn Sie Ihre Zulassung zurückgeben oder ruhen lassen möchten.
- › Wichtig: Bitte verwenden Sie dabei nur die Formulare, die Sie unter www.kzv-rheinlandpfalz.de > Praxis > Zulassung finden.

- › Grundsätzlich gilt: Angestellte Zahnärzte erhalten keine Zulassung, sondern der anstellende Zahnarzt stellt einen Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes gemäß § 32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z).
- › Bitte nutzen Sie bei Anträgen für angestellte Zahnärzte den Musterarbeitsvertrag unter www.kzv-rheinlandpfalz.de > Praxis > Zulassung > Weitere Anträge.
- › Voraussetzung für die Zulassung als Vertragszahnarzt oder die Genehmigung eines angestellten Zahnarztes ist die Eintragung in das Zahnarztregister der zuständigen KZV. Bei Antragstellung muss der Eintrag erfolgt bzw. beantragt sein. Voraussetzung für die Eintragung in das Zahnarztregister ist in der Regel eine 24-monatige Vorbereitungszeit.
- › Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen alle notwendigen Formulare vollständig ausgefüllt und die Anlagen vollzählig beigelegt sein.
- › Sämtliche Anträge müssen der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses – ansässig bei der KZV Rheinland-Pfalz, Eppichmauergasse 1, 55116 Mainz – mindestens vier Wochen vor Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen. Anträge, die später eingereicht werden oder die unvollständig sind, werden bis zur nächsten Sitzung zurückgestellt.

Der Zulassungsausschuss

Der Zulassungsausschuss, ein gemeinsames Gremium der KZV und der gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz, entscheidet nicht nur über die Zulassung von Zahnärzten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Darüber hinaus genehmigt er auch die Beschäftigung von angestellten Zahnärzten, die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften, die Verlegung einer Praxis und vieles mehr.

Der Zulassungsausschuss tagt in der Regel acht Mal pro Jahr. 2015 hat er insgesamt 628 Anträge bearbeitet und beschieden, darunter

- › 72 Anträge auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung,
- › 36 Anträge auf Führung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft, einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sowie einer KZV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft,
- › 4 Anträge auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums,
- › 73 Anträge auf Ende der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung,
- › 183 Anträge auf Genehmigung zur Beschäftigung von angestellten Zahnärzten,
- › 113 Anträge auf Beendigung der Genehmigung zur Beschäftigung von angestellten Zahnärzten.



Vertragszahnärztliche Zulassung ausländischer Zahnärzte

Ausländische Zahnärzte haben die Chance, in Deutschland ihren Beruf auszuüben. Dies setzt voraus, dass sie erfolgreich eine Approbation oder eine befristete Berufserlaubnis beantragen. Diese Anträge werden in Rheinland-Pfalz beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung gestellt. Darüber hinaus müssen ausländische Zahnärzte die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache nachweisen. In Rheinland-Pfalz ist die Landeszahnärztekammer für die Sprachprüfung zuständig.

Beabsichtigt der Zahnarzt, auch gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln, geht es nicht ohne die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Neben der Approbation oder der befristeten Berufserlaubnis benötigt er, wie alle Zahnärzte, eine Zulassung bzw. bei Anstellung eine Genehmigung durch die zuständige KZV.

Detaillierte Informationen zur Zulassung und Anstellung ausländischer Zahnärzte in Rheinland-Pfalz geben Ralf Seib und Dagmar Silz.

› Der Zulassungsausschuss tagt in der Regel im Zahnärzthehaus Mainz. Die ausstehenden Sitzungen 2016 finden statt am

- › 5. Oktober
- › 30. November

Die Sitzungstermine 2017 sind wie folgt geplant

- › 18. Januar
- › 1. März
- › 26. April
- › 7. Juni
- › 16. August
- › 20. September
- › 18. Oktober
- › 6. Dezember

› Ihre Ansprechpartner bei der KZV Rheinland-Pfalz rund um die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung sind

Dagmar Silz
Telefon 06131 / 8927 206, E-Mail: dagmar.silz@kzvrlp.de

Ralf Seib
Telefon 06131 / 8927 145, E-Mail: ralf.seib@kzvrlp.de



Nein zur Entmündigung der Selbstverwaltung: Die KZBV-Vertreterversammlung bezog geschlossen Stellung gegen die Pläne der Bundesregierung, Körperschaften deutlich enger an aufsichtsrechtliche Weisungen zu binden. | Foto: © KZBV/Darchingner

Prof. Josef Hecken: „Die Selbstverwaltung ist alternativlos“

Die Selbstverwaltung eignet sich besser als die Politik, Gesundheitsversorgung zu gestalten, sagt Prof. Josef Hecken. Vor der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hielt der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein deutliches Plädoyer für die Selbstverwaltung.

„Wir können es patienten- und sachnäher als jede weit von der realen Versorgung entfernte Staatsbürokratie, die Staatsmedizin zur Folge hat und alle Vorteile der Freiberuflichkeit erstickt“, betonte Hecken vor dem obersten Gremium der Vertragszahnärzteschaft Anfang Juli in Köln. Seit 1913 habe sich die Selbstverwaltung bei der Regelung von Versorgungsinhalten und anderen wichtigen Aufgabenstellungen immer wieder bewährt.

Selbstverwaltung in der Legitimationskrise

Das Plädoyer des G-BA-Vorsitzenden hat einen aktuellen und ernsten Hintergrund. Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigt mit einem sogenannten Selbstverwaltungsstärkungsgesetz die Rechtsaufsicht über die Spitzenorganisationen der Gesetzlichen Krankenversicherung – die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV), die KZBV, den

GKV-Spitzenverband, den G-BA sowie den Medizinischen Dienst – erheblich auszuweiten. In der Diskussion sind unter anderem engere Vorgaben zu Vermögensanlagen und Betriebsmitteln, erweiterte Prüf- und Mitteilungspflichten sowie verschärfte Kontrollrechte. Hinzu kommt, dass das Bundesverfassungsgericht die demokratische Legitimation des G-BA – und in letzter Konsequenz auch die der Kammern sowie der Kassenzahnärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen – in einem Beschluss aus November 2015 in Frage gestellt hat und nun überprüfen wird. Hecken warnte: „Wir sind an einem gefährlichen Punkt angekommen. Die Selbstverwaltung steckt in einer Legitimations- und Legalitätskrise.“ Beide Aspekte zeigten, so Hecken, dass die Selbstverwaltung in Teilen der Politik und bei Verfassungsrechtlern nicht mehr den Stellenwert besitze, den der Gesetzgeber ihr über Jahrzehnte eingeräumt habe.

Diese Krise sei durch „selbstverwaltungsinterne Fehlentwicklungen“ – Hecken bezog sich auf die öffentlich diskutierten Vorgänge bei der KBV – mitunter hausgemacht. Er appellierte an die Politik, wegen möglicher Verfehlungen Einzelner die Selbstverwaltung nicht insgesamt zu diskreditieren und so das Kind mit dem Bade auszuschütten.

Fortsetzung auf Seite 25

„Das wäre ein fataler Irrweg.“ Die Möglichkeiten der Kontrolle von Angelegenheiten der Selbstverwaltung seien bereits heute sehr weitgehend, so dass Selbstbereicherung, Misswirtschaft oder Veruntreuung effektiv aufgedeckt und bestraft werden könnten. Die Aufsicht müsse die vorhandenen Möglichkeiten nur konsequent nutzen, befand Hecken.

Kritisch reflektierte er aber auch die Arbeit in seinem Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Ihm gelinge es meist nicht zügig genug, evidenzbasierte Entscheidungen über Therapien und Produkte zu treffen. Dies sei allerdings Voraussetzung dafür, dass das Vertrauen in die Regelungskraft und die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung erhalten bleibe.

Selbstverwaltung ist ein Gebot der Rationalität

Hecken positionierte sich deutlich gegen die Pläne der Politik. „Selbstverwaltung lebt von Staatsferne und eigenverantwortlicher Aufgabenwahrnehmung. Dieser Rubikon darf nicht überschritten werden.“ Deshalb sei es wichtig, dass etwa das Haushaltsrecht unangetastet bleibe und dass es keine Einzelfallweisungen in fachlichen Selbstverwaltungsangelegenheiten gebe. „Hierdurch würde die Grenze einer maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht eindeutig überschritten, dies wäre Fachaufsicht. „Eine Selbstverwaltung, die der Fachaufsicht unterliegt, ist keine Selbstverwaltung mehr“, so Hecken weiter.

Um der Politik nicht in die Karten zu spielen, nahm Hecken die Partner der Selbstverwaltung in die Pflicht und forderte den Schulterschluss. „Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck zur Befriedigung persönlicher Eitelkeiten, sondern Gebot der Rationalität und der politischen Vernunft zur Verbesserung der Patientenversorgung.“ Die Körperschaften müssten beweisen, dass sie die moralische und charakterliche Kompetenz haben, Gemeinwohlorientierung vor Eigennutz zu stellen und auf dieser Basis leistungsorientiert und kompromissbereit Entscheidungen zu treffen. Entscheidend sei es, dass die Akteure den Wert der Selbstverwaltung geschlossen nach außen tragen. Hecken: „Wir müssen klarmachen, dass die Selbstverwaltung alternativlos ist.“ Wenn eine Bundesbehörde den Stand der medizinischen Versorgung definiere, sei dies Staatsmedizin. „Dann sind wir auf dem Weg zu einem National Health System“, mahnte Hecken.



Resolution gegen Pläne des BMG

Eine deutliche Position bezog auch die KZBV-Vertreterversammlung. In einer einstimmig beschlossenen Resolution lehnt sie die Pläne der Bundesregierung für ein „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ vehement ab. Sie fordert den Gesetzgeber darin auf, die Selbstverwaltungskompetenz zu erhalten und die bislang bekannt gewordenen Maßnahmen für ein solches Gesetz nicht umzusetzen. „Durch zusätzliche Bürokratie und ausgeweitete Eingriffsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörde würden die Selbstverwaltungskompetenzen erheblich eingeschränkt und die Selbstverwaltungs-idee in Frage gestellt“, heißt es in der Resolution.

Die Partner der Selbstverwaltung untereinander sowie in Kooperation mit den Aufsichtsbehörden garantierten seit Jahrzehnten die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung. Die geplanten Regelungen entmündigten diejenigen Körperschaften, die den geltenden Vorschriften sorgfältig und ordnungsgemäß nachkommen. Persönliche Verfehlungen weniger Funktionsträger rechtfertigten nicht die geplanten massiven Eingriffe in die Selbstverwaltung, heißt es weiter in der Resolution. Sie seien darüber hinaus nicht verantwortbare Schritte hin zu einem staatlich gelenkten Gesundheitswesen. kb

Für den G-BA-Vorsitzenden Prof. Josef Hecken gibt es keine Alternative zur Selbstverwaltung. Foto: © KZBV/Darchingner

Der Gemeinsame Bundesausschuss: Der kleine Gesetzgeber

Leistungskatalog, Bedarfsplanung, Qualitätssicherung – das sind nur einige der Bereiche, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) regelt. In seiner Abschlussarbeit an der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS) skizziert Dr. Andreas Martin die Entwicklung des gerne als „kleinen Gesetzgeber“ betitelten Gremiums. In loser Reihenfolge stellt KZV aktuell Zertifikatsarbeiten rheinland-pfälzischer AS-Absolventen vor.

Der Begriff der gemeinsamen Selbstverwaltung bedeutet das Zusammenwirken der Verbände und Vereinigungen von Krankenkassen, Vertragsärzten und -zahnärzten sowie zugelassenen Krankenhäusern, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten durch Verträge und gemeinsam gebildete Ausschüsse die Leistungserbringung regeln. Die Entwicklung dieses äußerst komplexen Systems gegenseitiger rechtlicher Beziehungen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten beruht maßgeblich auf unterschiedlichen Interessenlagen und den daraus resultierenden Konflikten von Ärzten und Krankenkassen bei der Einführung des Sachleistungsprinzips.

Geschichte

Die soziale Sicherung in der vorindustrialisierten Gesellschaft erfolgte durch die Familie, den Besitz von Gütern, durch die Zünfte, Knappschaften und Armen- und Krankenfürsorge, die zunächst allein von den Kirchen, später auch vom Staat erbracht wurde. Arzt und Patient standen sich als freie Vertragspartner gegenüber, die das Honorar für die ärztliche Leistung untereinander auf privatvertraglicher Ebene, in der Regel anhand der Vermögenslage des Patienten, aushandelten. Rechtsbeziehungen bestanden somit lediglich zwischen Arzt und Patient.

Ab Anfang des 19. Jahrhunderts änderten sich die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialpolitischen Verhältnisse aufgrund der Landflucht und der Industrialisierung grundlegend. Mitte des 19. Jahrhunderts

entwickelten sich die ersten Krankenkassen in Form von Zwangskassen und freien Hilfskassen. Diese Kassen arbeiteten nach dem Erstattungsprinzip. Da die Kostenerstattungsleistungen in keinem annehmbaren Verhältnis zu den Arzthonoraren standen, die Kosten ärztlicher Behandlungen aufgrund des medizinischen Fortschritts stiegen und sich das Morbiditätsrisiko der Industriearbeiter erhöhte, wurde das finanzielle Risiko der ärztlichen Versorgung größtenteils auf die Versicherten abgewälzt.

Von Bismarck wurde 1881 die Idee der sozialen Sicherheit geboren, in deren Folge eine völlig neue sozialpolitische Ordnung geschaffen wurde. Verschiedene Sozialversicherungszweige wurden gegründet, der Krankenversicherung (1883) folgten die Unfallversicherung (1884) und die Alters- und Invaliditätssicherung (1889).

Mit Beschluss des „Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ (KVG) im Jahr 1883 wurde der Kreis der Pflichtversicherten auf den Großteil der Arbeiterschaft ausgeweitet. Durch diese Neuregelung, die die Geburt des Kassenarztrechts verkörpert, wurden die Rechtsbeziehungen zwischen Patient bzw. Versicherten, Ärzten und Krankenkassen grundlegend umgestaltet; es galt seitdem grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Dieses Prinzip diente dem Zweck, die Versicherten von der Last, die Behandlungskosten vorstrecken zu müssen, zu befreien. Dieses Prinzip wurde für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland prägend. Es fand sich seit 1911 in der Reichsversicherungsordnung (RVO) und wurde auch im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) ausdrücklich festgeschrieben.

Die Ausdehnung der Versicherungspflicht bedeutete für die Ärzteschaft hingegen eine zunehmende Abhängigkeit von den Einkünften aus der Behandlung gesetzlich Versicherter und in der Konsequenz eine berufliche und wirtschaftliche Abhängigkeit von den Krankenkassen. Als Reaktion auf die übermächtige Stärke der Krankenkassen und die Bildung von Krankenkassenverbänden kam es bei den Ärzten zu einer gewerkschaftsähnlichen Solidarisierung und die Bildung von Verbänden.

Die Spannungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen verschärften sich mit der Kodifikation der Krankenversiche-



zung als Bestandteil der RVO. Die Reichsversicherungsordnung galt als „Grundgesetz der gesamten Sozialversicherung“. Die zuvor unübersehbare Zahl von Kassen ging über in ein gegliedertes System von Kassenverbänden.

Das Berliner Abkommen, einem freiwilligen Vertrag zwischen Ärzten und Spitzenverbänden der Krankenkassen, war 1913 der erste große Versuch, die vertragsrechtlichen Beziehungen zu systematisieren. Mit der Schaffung paritätisch besetzter (Selbst-)Verwaltungsgremien als wesentliche Neuerung wurde mit dem Berliner Abkommen vor etwa 100 Jahren der Grundstein für das Kollektivvertragssystem und die gemeinsame Selbstverwaltung gelegt.

Mit der 1931 erlassenen „4. Notverordnung zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des Inneren Friedens“ wurde die gemeinsame Selbstverwaltung weiter ausgebaut, in dem alle Kassenärzte zwangsweise in Kassenärztliche Vereinigungen (KV) zusammengeschlossen wurden. Die Krankenkassen oder ihre Verbände schlossen mit den KVen Gesamtverträge. Diese Verträge verpflichteten die KVen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Die Krankenkassen mussten im Gegenzug die Gesamtvergütung zahlen. Damit wurde das Einzelvertragssystem zugunsten von Kollektivverträgen endgültig fallen gelassen.

1955 stellte in der Bundesrepublik das „Gesetz über Kassenarztrecht“ (GKAR) das Kassenarztrecht auf eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage. Es stellte die föderalistische Verbandsstruktur und die gemeinsame Selbstverwaltung wieder her (im Nationalsozialismus wurde auch das Gesundheitssystem gleichgeschaltet und staatlich gelenkt) und integrierte die Kassenärzte und Krankenkassen in die RVO. Das GKAR beinhaltete auch die Rechtsgrundlagen für den „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ sowie den „Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“, den Vorläufern des G-BA.

Die GKV entwickelte sich in der Folgezeit zu einer umfassenden Versicherung, die neben Krankheit zahlreiche weitere Risiken und einen breiten Kreis von Anspruchsberechtigten (etwa 90 Prozent der Bevölkerung) abdeckte. Dies führte zwangsläufig zu einer Verschärfung der finanziellen Situation und zu einem Verteilungskampf um knapper werdende



Finanzmittel. Dies mündete 1977 im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG), das die bis heute anhaltende Kostendämpfungspolitik eingeleitet hat.

In den letzten beiden Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts wurde mit einer Vielzahl von Gesetzen und Reformen versucht, die durch den medizinischen Fortschritt und den demografischen Wandel steigenden Gesundheitskosten unter Beibehaltung des Sachleistungsprinzips und unter der Prämisse der Beitragssatzstabilität weiter zu regulieren. Dazu zählt auch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), mit dem der Gesetzgeber 2003 den Gemeinsamen Bundesausschuss schuf. Er ersetzte die bisher bestehenden Bundesausschüsse mit dem Ziel, Entscheidungsabläufe zu straffen sowie Personal und Mittel besser einzusetzen. Im Gremium saßen die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Bundesverbände der Krankenkassen.

Die Trägerorganisationen

Eine organisatorische Weiterentwicklung des G-BA erfolgte 2007 mit dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG). Nunmehr setzt sich das Gremium aus den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammen (§ 91 I SGB V). Diese verbändeübergreifende Kooperation der Krankenkassen und Leistungserbringer soll deren gegenläufige Interessen ausgleichen und den Versicherten eine medizinische Versorgung gewährleisten, die dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Plenum – das Entscheidungsgremium

Entsprechend der 2008 in Kraft getretenen Neufassung des § 91 II SGB V gibt es im G-BA nur noch ein einziges Beschlussgremium, das unabhängig von dem jeweiligen Leistungssektor entscheidet, zu dem die Entscheidung ergeht.

Die Geschäftsstelle des G-BA in Berlin.



Die Arbeit in Ausschüssen und Arbeitsgruppen prägt den G-BA.
Fotos: G-BA

Das Beschlussgremium des G-BA besteht aus 13 Mitgliedern mit jeweils einer Stimme:

- > ein unparteiischer Vorsitzender
- > zwei weitere unparteiische Mitglieder
- > ein von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benanntes Mitglied
- > zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung benannte Mitglieder
- > zwei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannte Mitglieder
- > fünf vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder

Da die Vertreter von Krankenkassen und Leistungserbringern sich mit gleichem Stimmgewicht gegenüberstehen, dient die Beteiligung von Unparteiischen der Vermeidung von „Pattsituationen“ und soll gewährleisten, dass das Gremium selbst bei starker Interessenpolarisierung handlungsfähig bleibt.

Die Berufung der unparteiischen Mitglieder soll im Einverständnis der Trägerorganisationen des G-BA erfolgen. Die unparteiischen Mitglieder werden dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgeschlagen, das die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit im Bundestag übermittelt.

Das Plenum des G-BA tagt ein- bis zweimal monatlich und beschließt in der Regel in öffentlicher Sitzung. Es fasst einen Beschluss, wenn für diesen mindestens sieben Stimmen abgegeben werden. An den Sitzungen des Plenums nehmen entsprechend den Vorgaben des SGB V weitere – nicht stimmberechtigte – Vertreter von Verbänden und Organisationen aus dem deutschen Gesundheitswesen teil.

Patientenbeteiligung und Unterausschüsse

Aufgrund der Weiterentwicklung von Patientenrechten in den vergangenen Jahren und der möglichen Betroffenheit großer Bevölkerungsteile als auch aufgrund der Tatsache, dass das Gesundheitswesen im Wesentlichen von Bürgern und Versicherten finanziert wird, wurde im G-BA die Beteiligung von Patientenvertretern erstmals 2003 durch das GMG in das SGB V aufgenommen.

Neben dem Beschlussgremium verfügt der G-BA über weitere Unterausschüsse, die ihrerseits Arbeitsausschüsse und Arbeitsgruppen bilden können. Jeder dieser Unterausschüsse verfügt über einen unparteiischen Vorsitzenden und jeweils sechs Vertreter von Krankenkassen und Leistungserbringern. Neben den benannten Mitgliedern im Unterausschuss nehmen Patientenvertreter mitberatend an den Sitzungen teil. Darüber hinaus werden Vertreter weiterer Organisationen und Verbände normenbezogen beteiligt und bei Bedarf Sachverständige hinzugezogen. Anders als das Plenum beraten die Unterausschüsse ausschließlich in nicht öffentlichen Sitzungen. Die Unterausschüsse fassen das Ergebnis ihrer Beratungen als Beschlussempfehlung an das Plenum zusammen. Für den Bereich der Zahnmedizin gibt es je einen Unterausschuss zur zahnärztlichen Behandlung allgemein, zur Kieferorthopädie und zum Zahnersatz.

Stellungnahmeberechtigte

In die Beratungsprozesse des G-BA fließen schriftliche und mündliche Einschätzungen und Bewertungen von Dritten ein, die nicht mit Stimm- oder Beteiligungsrechten direkt im G-BA vertreten sind, beispielsweise Organisationen der Leistungserbringer, Heilberufekammern, Medizinproduktehersteller, pharmazeutische Unternehmen, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, das Robert-Koch-Institut, die Strahlenschutzkommission oder wissenschaftliche Fachgesellschaften.

Aufgabe des G-BA

Die zentrale Aufgabe des G-BA besteht im Erlass von Richtlinien zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Sie sind das zentrale Handlungsinstrument des G-BA und Bestandteil eines generellen Regelungskonzeptes untergesetzlicher Normgebung, das der Gesetzgeber an die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Körperschaften übertragen hat. Die Richtlinien sind für alle gesetzlich Krankenversicherten und Akteure in der GKV rechtlich bindend.

Die Richtlinien definieren den Handlungskorridor, in dessen Grenzen der einzelne Vertragsarzt bzw. Vertragszahnarzt den Inhalt der Krankenbehandlung für den einzelnen gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der Krankenkassen festlegen darf. Sie regeln die Versorgung von Patienten mit Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln ebenso wie die Versorgung mit ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Methoden. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsma-

nagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung.

Rechtsaufsicht und Finanzierung

Die Rechtsaufsicht über den G-BA hat – so ist es in § 91 Abs. 8 SGB V geregelt – das Bundesministerium für Gesundheit. Der G-BA wird durch Systemzuschläge finanziert. Diese setzen sich zusammen aus einem Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall (auch für Selbstzahler) sowie durch die zusätzliche Anhebung der Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung.

Die institutionelle und demokratische Legitimation des G-BA

Der Staats- und Verwaltungsaufbau unter dem Grundgesetz ist traditionell durch eine starke Betonung dezentraler Entscheidungskompetenzen geprägt. Neben der föderalen Gliederung der Verwaltung als solcher kommt dabei vor allem der Nutzung des Ordnungsprinzips der Selbstverwaltung eine große praktische Bedeutung zu.

Da der parlamentarische Gesetzgeber, der Bundestag, aus vielen Gründen alleine nicht in der Lage ist, die Leistungserbringung im Detail zu normieren, bediente er sich schon sehr früh der unterstützenden Normkonkretisierung durch die Selbstverwaltungsträger. Einer organisatorischen Einheit kommt dabei eine herausgehobene Stellung zu: dem Gemeinsamen Bundesausschuss, auch als kleiner Gesetzgeber für die Leistungserbringung bezeichnet.

In der Demokratie gilt es die Volkssouveränität dadurch abzusichern, dass alle Ausübung von Staatsgewalt auf einer demokratischen Legitimation basieren muss. Da bei der funktionalen Selbstverwaltung die klassische, auf das Staatsvolk zurückführbare Legitimation nicht vorliegt, wird die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung insbesondere von der Rechtswissenschaft kritisch diskutiert. Hinzu kommt, dass der G-BA im Falle der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch durch eine Organisation getragen wird, die nicht öffentlich-rechtlich verfasst ist und die Versicherten nur mittelbar durch die Versicherungsträger mit repräsentiert.

Die neuere Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu verschiedenen Erscheinungsformen der funktionalen Selbstverwaltung sowie zur weiteren Einbindung von (gesellschaftlichem) Sachverstand in staatliche Entscheidungsprozesse hat deutlich gemacht, dass der Gesetzgeber

Selbstverwaltungsorganisationen neben der Verwirklichung von Partizipation auch nutzen kann, um qualifiziertes Wissen zu generieren und divergierende Interessen zur Steigerung der Akzeptanz von Normen einzubeziehen und zum Ausgleich zu bringen. Hinzu kommen die staatliche Rechtsaufsicht und die fachgerichtliche (Voll-)Kontrolle als absichernde Legitimationsmechanismen.

Gleichwohl muss sich der Gesetzgeber bemühen, Legitimation und Akzeptanz der Ausschussentscheidungen zu erhöhen sowie die erforderliche Transparenz und die Beteiligungsmöglichkeiten weiter zu stärken, um den Ausschuss als institutionelles Modell zu etablieren, das in einem hohen Maß an gesellschaftlicher Teilhabe an Gesundheitsverantwortung orientiert ist.

Dr. Andreas Martin



Foto: AS-Akademie/Lopata, 2016

AS-Akademie zu Gast bei der KZV Rheinland-Pfalz

Die zahnärztliche Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS-Akademie) tagte Ende Juni turnusgemäß im Zahnärzthehaus Koblenz. Es ist bereits der neunte Studiengang dieser zweijährigen berufsbegleitenden Fortbildung für standespolitisch interessierte Zahnärzte. Ziel der Akademie ist es, Zahnärzte für Aufgaben in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und in den Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik zu qualifizieren. An den drei Seminartagen in Koblenz standen für die 26 Teilnehmer unter anderem Verwaltungs- und Vertragszahnrecht auf dem Stundenplan. Einen Schwerpunkt bildeten die vertragszahnärztlichen Vertrags- und Honorarverhandlungen, zu denen Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz, referierte. Am aktuellen Studiengang, der Ende 2017 endet, nehmen aus Rheinland-Pfalz Dr. Boris Brehmer, Dr. Christoph Schirmer und Dr. Walter Schülin teil. Die KZV Rheinland-Pfalz gehört zu den Trägerorganisationen der AS-Akademie. kb

Risiko für Kleinkinder: Frühkindliche Karies

Definition und Klassifikation

Die konsequente Umsetzung von Präventionsmaßnahmen erzielte in den letzten Jahrzehnten eine erhebliche Verbesserung bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen. Bei der Milchzahnkaries stagniert allerdings dieser „caries decline“ [1]. Wie die Zahlen belegen, geht die Kariesreduktion gerade bei Kleinkindern eher schleppend voran [2, 3, 4, 5]. Ursache für diese unbefriedigende Situation ist die bereits kurz nach dem Zahndurchbruch auftretende, rasch voranschreitende frühkindliche Karies, die ebenfalls unter dem Begriff „Early Childhood Caries, ECC“ bekannt ist. Die American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) definiert diese frühkindliche Karies als eine Erkrankung von Kindern unter 71 Monaten, bei der ein oder mehrere Zähne kariös, gefüllt oder aufgrund einer Karies extrahiert sind [6]. Detaillierter ist die Klassifikation nach Wyne [7]: Abzugrenzen von der „allgemeinen Milchzahnkaries“ (Typ 1), die im Alter von 2 bis 5 Jahren aufgrund mangelnder Mundhygiene vorrangig auf den Kauflächen und in den Zahnzwischenräumen im Milchmolarenbereich auftritt, ist die sogenannte Nuckelflaschenkaries (Typ 2 & 3), auf die sich die folgenden Ausführungen beziehen. Dabei manifestieren sich neben Zahnbelägen Gingivitis und kreidig-weiße (Initial-)Läsionen bzw. kariöse Defekte vornehmlich an den Oberkieferfrontmilchzähnen (Typ II, Abb. 1-3), die in schweren Fällen auf das Gesamtgebiss übergreifen (Typ III).

Das Ursachengeschehen der frühkindlichen Karies ist multifaktoriell. Als Risikofaktoren werden der exzessive Gebrauch der Nuckelflasche mit kariogenen/erosiven Getränken [6, 8, 9, 10] insbesondere nachts [11, 12, 13, 14, 15], die frühzeitige orale Infektion mit kariesauslösenden Bakterien (Mutans-Streptokokken) [16] meist von der Mutter und ein niedriger sozioökonomischer Status identifiziert [17, 12, 18, 19, 20, 21, 15]. Nach der „Infektion“ mit kariogenen Keimen in den

ersten Lebensmonaten verstoffwechseln diese den Zucker aus Lebensmitteln und Getränken zu Säure, bewirken einen rapiden und tiefen Abfall des pH-Wertes und erhöhen dementsprechend das Kariesrisiko [11, 14]. Dabei hat eine hohe Frequenz der Zuckeraufnahme, die meist auch eine größere Zuckermenge bedingen, eine enorm kariesfördernde Wirkung [22]. Durch das permanente Flaschnuckeln, meist ebenfalls zur „Selbstbedienung“ des Kleinkindes, werden die oberen Milchzähne von süßen Getränken ständig umspült. Je häufiger diese kariogene Nahrung konsumiert wird, desto eher treten Demineralisationsprozesse der Zähne auf. Mit einer drastischen Reduzierung von ungesüßtem Tee und gleichzeitigem Anstieg von Fruchtsaftkonsum über 2 Jahre sank die Zahl der naturgesunden Kindergebisse von 90 Prozent auf 53 Prozent [23]. Das kariesfördernde Ernährungsverhalten geht häufig mit einer inadäquaten Zahn- und Mundhygiene des Kleinkindes durch die Eltern einher. So wird oftmals versäumt, mit dem Zähneputzen zu beginnen, wenn der erste Milchzahn durchbricht. Gleichzeitig ist die Zufuhr von Fluoriden, die den Demineralisationsprozessen der Karies entgegenwirken, unregelmäßig oder unzureichend.

Kariesepidemiologie

Nicht nur in Deutschland, sondern auch international ist die frühkindliche Karies eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkind- und Vorschulalter [11], deren Vorkommen 5-mal häufiger als Asthma und 7-mal öfter als Heuschnupfen bestätigt wird [24]. Damit stellt die frühkindliche Karies national und international ein ernsthaftes und bislang ungelöstes Versorgungsproblem dar [25, 26, 27].

Derzeitig existieren aufgrund der Zugangshindernisse dieser Altersgruppe nur regionale Daten, so dass eine Vergleichbarkeit nur bedingt möglich ist. Aktuelle Literaturangaben zufolge liegt die durchschnittliche Prävalenz der frühkindlichen Karies unter Einbeziehung der Initialläsionen in Deutschland bei 10 bis 15 Prozent [Abb. 4]. International liegt die Prävalenz zwischen 3 und 45 Prozent.

Im Land Brandenburg konnten Rojas et al. [28] feststellen, dass bereits 5,3 Prozent der untersuchten Kinder zwischen 13 und 36 Monaten eine manifeste frühkindliche Karies auf-

Abbildung 1-3:
Klinische Bilder der frühkindlichen Karies: Charakteristisch sind Initialläsionen an den Glattflächen der Oberkiefermilchfrontzähne, die bei progressivem Verlauf zur kariösen Kavitation und zur kompletten Gebissdestruktion führen können.



Prävalenz frühkindlicher Karies in Regionen

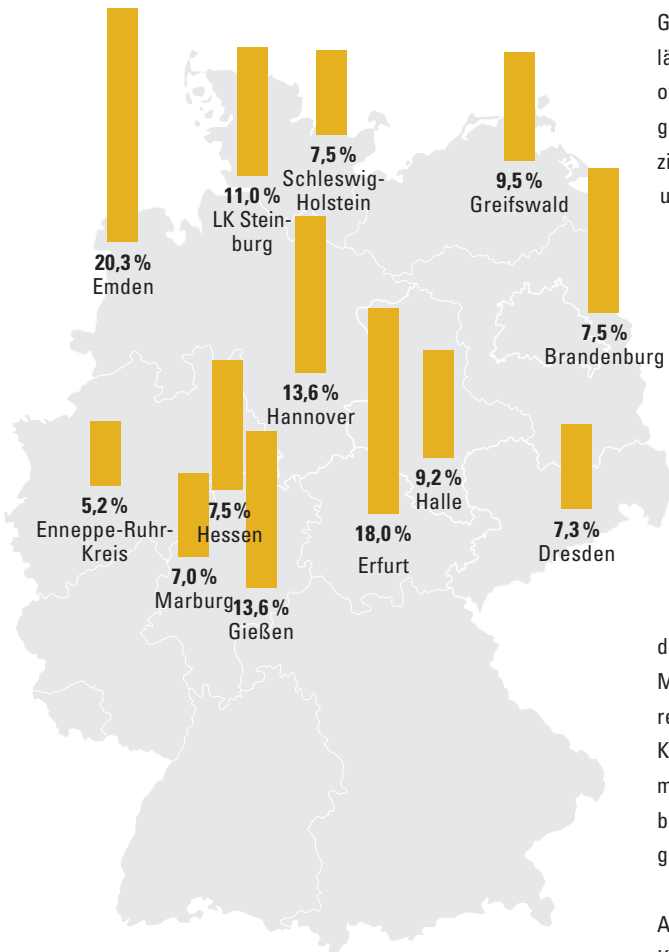


Abb. 4: Regionale Studien zur Prävalenz von frühkindlicher Karies [41, 42, 43, 44, 45, 15, 46, 9, 47, 48, 17, 29, 40, 37, 23].

wiesen und 7,4 Prozent eine beginnende Karies zeigten. Gerade hinsichtlich der Häufigkeit von initialer frühkindlicher Karies existieren Unterschiede zwischen der sozialen Einstufung [29]. Dies deutet auf eine stärkere Umsetzung prophylaktischer Maßnahmen bei höherem Bildungsstand hin, die eine Manifestation von Kavitationen verhindern.

Generell weisen besonders Kinder mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status oder mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko auf, an frühkindlicher Karies zu erkranken [30, 31, 32, 33, 17, 34, 35, 25] sowie eine doppelt so hohe Kariesprävalenz [36]. In sozialen Brennpunkten steigen die Prävalenzen bis auf 35 bis 41,7 Prozent [37, 17]. Diese Durchschnittswerte kaschieren allerdings die realistische Kariesverteilung. Die verstärkte Polarisierung der Karies

wird mehrfach bestätigt [38, 5, 39, 40]: Ein hoher Anteil der gesamten Karieslast konzentriert sich auf eine kleinere Gruppe von Kindern. Diese Kinder mit Karies bekommen länger die Nuckelflasche verabreicht, deren Eltern waren oft jünger als 20 Jahre und wiesen einen signifikant geringeren Sozialstatus auf [28]. Aber auch viele Eltern der sozialen Mittelschicht sind bei der Ernährung, Mundhygiene und Fluoridnutzung für ihre Kleinkinder unsicher.

Folgen der frühkindlichen Karies

Somit stellt die frühe Milchzahnkaries häufig ein ernsthaftes Problem für den kleinen Patienten, die Eltern und natürlich den behandelnden Zahnarzt dar, weil die Compliance der betroffenen Kinder noch nicht für die erforderliche, meist invasive und umfangreiche Therapie ausreicht. Folglich bleiben viele behandlungsbedürftige Zähne im Kleinkindalter unversorgt. Ein unzureichender Sanierungsgrad wird in zahlreichen Studien belegt [17, 5]. Bleiben kariöse Milchzähne unversorgt, können neben Zahnschmerzen die nachfolgend sich bildenden Fisteln oder Abszesse auftreten, die zum vorzeitigen Milchzahnverlust mit allen negativen Folgen für die spätere Gebissentwicklung führen [49]. Kinder mit frühkindlicher Karies entwickeln auch im permanenten Gebiss signifikant mehr Karies [50, 51, 52], so dass verstärkte Aufmerksamkeit bei Präventionsbemühungen im Kleinkindalter gelegt werden muss.

Allgemeinmedizinisch weisen die von Karies betroffenen Kinder aufgrund des erhöhten Nahrungskonsums Übergewicht auf [53, 54, 55, 56]. Eine erhöhte Infektanfälligkeit insbesondere der oberen Atemwege wird beschrieben [57, 58]. Als Spätfolge von frühkindlicher Karies wird ein negativer Einfluss auf die kindliche Entwicklung [59, 60], auf die schulische Leistungsfähigkeit und auf das Sozialverhalten festgestellt.

Das Erkrankungsbild der frühkindlichen Karies mit den so genannten „white spots“ ausgehend von den Glattflächen wird häufig von den Eltern nicht erkannt oder zu spät wahrgenommen, so dass eine zahnärztliche Konsultation erst im fortgeschrittenen Stadium

Abb. 5a+b: Oft stellt die Extraktion der kariös zerstörten Milchfrontzähne die einzige Therapiemaßnahme dar, mit folglich auftretenden Sprachproblemen und ästhetischen Konsequenzen für das Kind. Eine Kinderprothese kann hier eine weiterführende Therapie darstellen.



Abb. 6: Tägliches Zähneputzen in Kindertageseinrichtungen und bei Tagesmüttern ermöglicht eine regelmäßige Plaqueentfernung und Lokalfluoridierung, die ausgesprochen wirksam ist und häusliche Probleme bei der Mundhygiene erfolgreich kompensieren kann.



erfolgt. Demzufolge machen diese von Karies betroffenen Kinder ihre ersten Zahnarztbesuche nicht mehr, um (schmerzfreie) Präventionsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, sondern müssen primär auf die Schmerzausschaltung ausgerichtete Maßnahmen ertragen. Bei der Behandlung von Kleinkindern, die aufgrund der psychomentalen Entwicklung häufig nur in Allgemeinanästhesie erfolgen kann [61], sollte das Ziel von Therapiemaßnahmen eine lange Überlebensdauer und hohe Erfolgsraten beinhalten [Krämer 2002] (Abb. 5 a & b). Allerdings verursacht gerade die mangelnde Compliance der Eltern von Kindern mit bereits sanierten Zähnen einen erneuten Behandlungsbedarf, so dass das bestehende Kariesrisiko nicht beherrschbar wird [62]. Kann beim Hauszahnarzt eine adäquate zahnärztliche Betreuung von den betroffenen Kindern, die neben der Prophylaxe auch die umfangreichen Therapiemaßnahmen (unter anderem endodontische Maßnahmen, Stahlkronen, anschließendes Lückenmanagement) umfasst, nicht gewährleistet werden, ist eine Überweisung an spezialisierte Kollegen beziehungsweise an den Fachzahnarzt für Kinderzahnheilkunde anzustreben.

Aufgrund des rapiden Vorschreitens der Karies und der Ungleichverteilung der Karies müssen intensiv Präventionsbemühungen frühzeitig zum Einsatz kommen, flächendeckend alle Bevölkerungsgruppen erreichen und intersektoral ausgerichtet sein [28], um den Grundstein für eine Kindheit ohne Karieserfahrung zu legen.

Zahnärztliche Prophylaxe beginnt in der Schwangerschaft

Idealerweise beginnt die zahnärztliche Prophylaxe der frühkindlichen Karies, bevor die Milchzähne vorhanden sind.

Prophylaktische Bemühungen sollten zielorientiert an werdende Mütter/Eltern und Eltern mit Säuglingen gerichtet sein. Zur Verbesserung der Umsetzung ist künftig ein Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzten essentiell [23]. Im Gegensatz zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen werden zahnärztliche Untersuchungen während der Schwangerschaft von nur 51 Prozent der werdenden Mütter wahrgenommen. Insgesamt 70,9 Prozent der Schwangeren erhalten keinerlei Aufklärung über Mund- und Zahnpflege [63]. Mit der Etablierung des zahnärztlichen Kinder- oder Prophylaxepasses ist der erste Grundstein für interdisziplinäre Informationen gelegt. Die Mutter wird bereits mit der Überreichung ihres Mutterpasses an frühzeitige zahnärztliche Vorsorgetermine beginnend in der Schwangerschaft hingewiesen und erhält zudem Hinweise über Keimübertragungen, Mundhygiene und Ernährungsgewohnheiten, das Kariesrisiko und den Zahndurchbruch.

Für gesetzlich krankenversicherte Kinder steht anschließend die jährliche Früherkennungsuntersuchung ab dem 30. Lebensmonat als individualprophylaktische Maßnahme zur Verfügung, insbesondere für die Kinder, die keine öffentliche Einrichtung besuchen, in der gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden. Da die frühkindliche Karies mit dem ersten Zahndurchbruch im Alter von 6 bis 8 Monaten auftreten kann [64, 65], kommen diese individualprophylaktischen Maßnahmen in der zahnärztlichen Praxis häufig zu spät. Hinzu kommt, dass gerade Familien mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund nicht selten ein präventionsaversives Gesundheitsverhalten aufweisen [66] und zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen nur eingeschränkt in Anspruch nehmen [67], obwohl gerade hier der Bedarf am

größten ist. Um die Risikogruppen zu erreichen, sollten sich Präventionsprogramme auf das Drittel mit den schlechtesten Werten konzentrieren, anstatt die Anstrengungen der Prophylaxe auf die ganze Bevölkerung zu verteilen, bei denen die Risikopatienten nur bedingt profitieren [68]. Daher sind präventive Maßnahmen, die auf einer „Komm-Struktur“ (wie der Zahnarztpraxis) basieren, für diese Zielgruppe ungeeignet [69]. Der aufsuchende Ansatz zum Beispiel in öffentlichen Einrichtungen wäre wesentlich effektiver und zudem mit der Fluoridierung und gleichzeitigen Plaqueentfernung kostengünstiger [70, 71, 72]. Darüber hinaus kann damit ebenfalls die bestehende Kariespolarisation reduziert werden [73], da diese Maßnahmen gerade Gruppen mit Compliance-Problemen erreichen und gleiche Chancen auf orale Gesundheit bieten. Allerdings ist dafür dringend der Ausbaugruppenprophylaktischer Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes ab dem ersten Milchzahn notwendig.

Prävention von ECC in der zahnärztlichen Praxis

Da Eltern einen entscheidenden Einfluss auf die Mundgesundheitserziehung und das Herausbilden gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen ihres Kindes haben, gilt es hier, mit der präventiven zahnärztlichen Betreuung anzusetzen. Eine intensive zahnmedizinische Betreuung von schwangeren Frauen im Sinne einer Gesundheitsfrühförderung (Primär-Primär-Prophylaxe) bringt entscheidende Vorteile für die Mundgesundheit des Kindes [74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81]. Kariesrisikoerkennung und -minimierung stehen dabei im Mittelpunkt. Ein zahnärztlicher Behandlungsbedarf der mütterlichen Mundhöhle sollte möglichst vor der Geburt behoben werden, da hohe DMFT-Werte (DMFT-Wert: Zahl der kariösen, gefüllten oder extrahierten Zähne) der Mutter im Zusammenhang mit einer hohen Keimbelastung auftreten und eine erhöhte Kariesprävalenz für das Kind bedeuten [82]. Insbesondere



Elterntipps zur Babyzahnpflege – so bleiben die Zähne gesund

- ✓ Sobald Ihr Kind 1 Jahr ist, lassen Sie es aus einer Tasse oder einem Becher trinken. Meist wird noch gekleckert – geben Sie Wasser, das macht keine klebrigen Flecken. Eine Trinklerntasse brauchen die meisten Kinder nicht. Wenn doch, nur einen Monat lang – dann weg damit!
- ✓ Verzichten Sie auf die Gabe von zuckerhaltigen Getränken (insbesondere gesüßte Tees, Instanttees, Obstsäfte oder verdünnte Fruchtsäfte) aus der Nuckelflasche. Die Säfte enthalten viel Fruchtzucker und -säure, auch wenn „ohne Zuckerzusatz“ auf der Verpackung steht, und sind damit schlecht für die Zähne. Nehmen Sie stattdessen ungesüßten Tee oder Mineralwasser.
- ✓ Überlassen Sie Ihrem Kind die Nuckelflasche nicht zur „Selbstbedienung“. Das Trinken sollte zum Durstlöschen erfolgen und nicht als Nuckelersatz. Geben Sie Ihrem Kind die Nuckelflasche nicht zum Dauergebrauch oder in der Nacht.
- ✓ Schon der erste Milchzahn sollte gepflegt werden: beginnen Sie mit einer kleinen, weichen Zahnbürste. Wichtig ist das elterliche Putzen. Abends bitte eine erbsengroße Menge Kinderzahnpaste mit Fluoriden auf die Bürste geben. Die Fluoridtabletten sind dann nicht nötig. Nach dem Zähneputzen gibt es dann auch nichts Süßes mehr zu trinken oder zu essen.
- ✓ Schauen Sie beim Zähneputzen immer wieder die Zähne Ihres Kindes genauer an. Schieben Sie die Oberlippe nach oben. Sind die Schneidezähne sauber oder ist Zahnbelag zu sehen? Achten Sie darauf, dass Sie beim Zähneputzen alle Zähne und alle Zahnflächen reinigen. Setzen Sie die Zahnbürste mit den Borsten leicht schräg zum Zahnfleischsaum an und rütteln dann auf der Stelle.
- ✓ Putzen Sie die Zähne des Kindes im Schoß eines Elternteils oder auf dem Wickeltisch.
- ✓ Ab dem 2. Geburtstag sollten die Zähne des Kindes morgens und abends mit fluoridhaltiger Kinderzahnpaste gereinigt werden.
- ✓ Verwenden Sie zum Kochen und Salzen Speisesalz mit der Aufschrift „Fluorid“, wenn in Ihrer Familie ein hohes Kariesrisiko vorliegt – fragen Sie Ihren Zahnarzt. Kleinkinder sollten nicht zu viele Fluoridpräparate zu sich nehmen – Ihr Zahnarzt berät Sie.
- ✓ Vermeiden Sie viele Zwischenmahlzeiten. Insgesamt reichen 4 bis 5 Mahlzeiten am Tag.
- ✓ Zahnfreundliche Süßigkeiten sind ein wunderbarer Ersatz zu den „herkömmlichen“ und verursachen keine Karies.
- ✓ Zahnärztliche Vorsorge fängt schon bei den ganz Kleinen an. Vereinbaren Sie den ersten Zahnarzttermin, wenn Ihr Kind 6 Monate alt ist.

während der Durchbruchphasen der Milchzähne bewirkt eine Streptococcus-mutans-Reduktion der Mutter eine langfristige Keimsenkung des Kindes und folglich eine geringere Kariesprävalenz [83, 80]. Neben der zahnärztlichen Sanierung drücken die professionelle Zahnreinigung mit Empfehlungen zur Optimierung der eigenen häuslichen Mundhygiene und Aufklärungsgespräche in den Fokus der Präventionsarbeit. Bereits in der Schwangerschaft sind in den Aufklärungsgesprächen Hinweise zur Prophylaxe beim Kleinkind zu übermitteln [84], wie Übertragungswege kariespathogener Keime von den Eltern zum Kind, zahngesunde Ernährung, Fluoridierungsmöglichkeiten, altersgerechte Mundhygiene, erster Zahndurchbruch und Informationen zur frühkindlichen Karies. Es empfiehlt sich, Informationsmaterial zum häuslichen Rekapitulieren auszuhändigen. Zur Etablierung positiver Verhaltensweisen ist eine regelmäßige motivierende Unterstützung [85], je nach individuellem Risiko, notwendig, da eine reine Risikoaufklärung noch lange nicht zur Änderung des tatsächlichen Handelns führt.

Richtungsweisend für die präventive Betreuung von unter 3-Jährigen in zahnärztlichen Praxen sind die aktuellen Handlungsempfehlungen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), die bestehende Defizite durch eine Erweiterung des Leistungskataloges für zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen beheben sollen, mit dem Ziel, frühkindliche Karies deutlich zu minimieren [85]. Demnach beginnen zahnärztliche Frühuntersuchungen ab dem 6. Lebensmonat und ergänzen die bisherigen Frühuntersuchungen ab dem 30. Lebensmonat um 3 zusätzliche zahnärztliche Betreuungs-

impulse. Zudem sollte im ärztlichen Kinder-Untersuchungsheft ein verbindlicher Hinweis auf zahnärztliche Frühuntersuchungen ab dem ersten Milchzahn vorgesehen sein, so dass ebenfalls die notwendige Zusammenarbeit zwischen den Kinder- und Zahnärzten stärker vernetzt wird. Bereits mit der U5-Untersuchung macht somit der Kinderarzt auf die notwendige erste zahnärztliche Untersuchung aufmerksam. Mit den nachfolgenden Untersuchungen (U6 und U7) kontrolliert der Kinderarzt, ob die zahnärztlichen Untersuchungen (FU 1 bis 3) dokumentiert wurden. Diese Empfehlungen sind mittlerweile in Teilen umgesetzt. Dazu wurde in Vorarbeit durch eine Arbeitsgruppe aus KZBV, BZÄK, DGKiZ, BuKiZ sowie dem Hebammenverband in Kooperation mit der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Universität Greifswald der Ratgeber „Zahnmedizinische Prävention der frühkindlichen Karies“ erstellt. Er ist auf den Internetseiten von KZBV und BZÄK zu finden.

Dr. Anja Treuner

Prof. Dr. Christian H. Splieth

Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Greifswald

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
IGZ Die Alternative Nr.1/2014
www.i-g-z.de

Das Literaturverzeichnis kann bei den Autoren angefordert werden.



Zahnärztliche Vorsorge im „gelben Heft“

Zum 1. September ist eine neu gefasste Kinderrichtlinie in Kraft getreten. Sie sieht sechs rechtsverbindliche Verweise vom Kinder- bzw. Hausarzt zum Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat im gelben Kinderuntersuchungsheft vor. Einen entsprechenden Beschluss hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Gemeinsamen Bundesausschuss erwirkt. Auf Bundesebene noch zu klären sind die notwendigen zusätzlichen Leistungsbeschreibungen und -positionen (siehe dazu Rundschreiben 7/16).

Foto links: Becker | Abb. oben: G-BA



BGH-Urteil: Patientenverfügung muss konkret sein



Eine Patientenverfügung erlaubt selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen in Situationen, in denen der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann. Auch deshalb, um die Last von Angehörigen zu nehmen, stellvertretend Entscheidungen treffen zu müssen. Doch viele Patientenverfügungen sind zu ungenau und deshalb ungültig. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.

Eine Patientenverfügung ist nach dem BGH-Urteil nur rechtsverbindlich, wenn der Patient hierin konkrete Behandlungsentscheidungen trifft. Das heißt, er muss einzelne ärztliche Maßnahmen benennen oder Krankheiten und Behandlungssituationen beschreiben.

Unzureichend sind nach der Auffassung der Bundesrichter nicht nur allgemeine Anweisungen wie ein „würdevolles Sterben“ ermöglicht zu bekommen. Auch der Wunsch, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu erhalten, sei für sich genommen nicht präzise genug (Az.: XII ZB 61/16).

Leitfaden für rechtssichere Patientenverfügungen

Dreißig Prozent der Deutschen haben laut Deutscher Stiftung Patientenschutz bislang eine Patientenverfügung verfasst. Sie seien nun aufgefordert, ihre Dokumente zu überprüfen. Die Stiftung bietet über ihre Internetseite www.stiftung-patientenschutz.de eine Überprüfung an. Zudem kann dort eine entsprechende Checkliste heruntergeladen werden. Das Bundesministerium für Justiz und

Das Patientenverfügungsgesetz

Seit 2009 regelt das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, umgangssprachlich Patientenverfügungsgesetz, dass Ärzte den in einer Patientenverfügung dokumentierten Willen des Patienten respektieren müssen. Das Stadium der Erkrankung spielt dabei ausdrücklich keine Rolle. Nach dem Gesetz muss die Patientenverfügung schriftlich verfasst und vom Patienten unterschrieben sein. Hat der nicht mehr entscheidungsfähige Patient weitere Vorsorge getroffen und einen Bevollmächtigten ernannt oder hat ein Gericht einen Betreuer bestellt, muss dieser den Patientenwillen gegenüber den behandelnden Ärzten oder dem Pflegepersonal durchsetzen. Gibt es keine schriftliche Patientenverfügung, sind die Behandlungswünsche oder der mutmaßliche Wille des Patienten zu ermitteln. Hierzu werden etwa frühere mündliche Äußerungen, religiöse und ethische Überzeugungen oder persönliche Wertvorstellungen herangezogen.

Verbraucherschutz bietet ebenfalls einen Leitfaden an. Die Broschüre „Patientenverfügung: Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?“ kann unter www.bmjv.de kostenfrei bestellt oder heruntergeladen werden. kb



Praxisführung wirtschaftlich betrachtet: kaufmännisches Rechnen – Fortsetzung

Die Serie „Praxisführung wirtschaftlich betrachtet“ geht in die nächste Runde. Heute: Zinsrechnung.

E) Die Zinsrechnung

Der Zinsrechnung kommt im wirtschaftlichen Bereich große Bedeutung zu. Einiges wird Ihnen bekannt vorkommen, denn sie ist eng verwandt mit der Prozentrechnung. Als neuer Faktor kommt die Zeit hinzu, die in Jahren, Monaten oder Tagen angegeben wird.

Was sind überhaupt Zinsen? Angenommen, Sie möchten eine Anschaffung tätigen und haben zum Anschaffungszeitpunkt nicht das dafür erforderliche Kapital. Dieses können Sie sich, entsprechende Sicherheiten vorausgesetzt, leihen. Sie werden es aber nur in seltenen Fällen umsonst geliehen bekommen. Derjenige, der es Ihnen leiht, wird in der Regel eine finanzielle Gegenleistung dafür erwarten. Man spricht von Kapitalgeber und Kapitalnehmer.

Sollzinsen und Habenzinsen

Für den Kapitalgeber sind die Habenzinsen relevant. Darunter versteht man jene Gelder, die der Kapitalgeber vom Kapitalnehmer als „Entschädigung“ für das geliehene Kapital erhält. Die Höhe der Zinsen ist in Abhängigkeit vom Kapitalgeber Schwankungen unterworfen, ein Vergleich verschiedener Angebote ist daher sinnvoll. Sollzinsen stellen das Gegenteil zu den Habenzinsen dar. Diese Zinsen müssen von demjenigen bezahlt werden, der sich Geld von einem Kreditinstitut oder einer Privatperson geliehen hat. Das kann zum Beispiel ein Ratenkredit, eine Baufinanzierung, eine Autofinanzierung oder eine Praxisfinanzierung sein. Falls Sie Ihr Konto überziehen, fallen Zinsen in Form von Dispo-Zinsen und Überziehungszinsen an. Wer regelmäßig Soll-Zinsen für die Kontoüberziehung an sein Kreditinstitut bezahlen muss, sollte auf jeden Fall versuchen, dafür einen günstigeren Kredit zu finden (Umschuldung). Als Ausgangsbasis eignen sich sehr gut Kreditvergleiche aus dem Internet. Mit wenigen Klicks ist es möglich, die Konditionen diverser Anbieter zu vergleichen, um so schnell und einfach eine Grundlage zur Verhandlung mit Kreditinstituten zu erhalten.

Die Höhe der Zinsen hängt von drei verschiedenen Faktoren ab:

1. Von der Höhe des zu finanzierenden Betrages: Je höher der Kapitalbedarf, desto höher ist der zu entrichtende Zinsbetrag.

2. Von der Nutzungsdauer: Je länger das Geld benötigt wird, desto mehr müssen Sie in der Gesamtbetrachtung an Zinsen zahlen.
3. Von der Höhe des Zinssatzes: Je höher der Zinssatz liegt, desto höher ist der zu entrichtende Zinsbetrag.

Zur Zinsberechnung wird die allgemeine Zinsformel verwendet:

$$\text{Zinsen} = \frac{\text{Kapital} * \text{Zinssatz} * \text{Jahre}}{100}$$


Der Zinsfuß oder Zinssatz ist die in Prozentwerten ausgedrückte Höhe der Zinsen. In der Regel bezieht er sich auf die Zinsen, die nach einem Jahr zu entrichten wären. Nehmen wir an, Sie würden ein Darlehen in Höhe von 50.000 EUR aufnehmen und müssten für ein Jahr 2.000 EUR Zinsen zahlen, dann wäre der Zinsfuß 4 Prozent. Falls Sie die entlehene Summe für einen Zeitraum von 5 Jahren benötigen, beträgt die insgesamt zu entrichtende Zinssumme 10.000 EUR. Auch wenn Sie dann insgesamt 20 Prozent der entlehene Summe an Zinsen bezahlt haben, maßgeblich für den Zinssatz sind die Zinszahlungen für ein Jahr. Das gilt auch für den Fall, dass Sie einen Kredit deutlich kürzer als ein Jahr in Anspruch nehmen, zum Beispiel im Falle der kurzfristigen Kontoüberziehung.

Die monatlichen Zinsen sind ebenfalls relativ einfach zu berechnen: Dazu wird die vorstehende allgemeine Zinsformel erweitert. Die Anzahl der Monate, die das Darlehen in Anspruch genommen wird, dividiert durch 12:

$$\text{Monatszinsen} = \frac{\text{Kapital} * \text{Zinssatz} * \text{Jahre}}{100 * 12}$$

In der Praxis wird an Stelle der monatlichen Abrechnung häufiger die tagesgenaue Abrechnung verwendet. Das liegt daran, dass nicht alle Monate die gleiche Anzahl von Tagen haben. Außerdem kann sich die Auszahlung verzögern, wenn beispielsweise das Monatsende auf ein Wochenende fällt. Die Zinsen werden deswegen tagesgenau berechnet, auch wenn das betreffende Kapital für einen oder mehrere Monate festgelegt wurde. Die Formel zur Berechnung der Tageszinsen lautet analog:

$$\text{Tageszinsen} = \frac{\text{Kapital} * \text{Zinssatz} * \text{Jahre}}{100 * 360}$$



Im Nenner dieser Gleichung wird das Basisjahr mit 360 Tagen gezählt. Im kaufmännischen Rechnen wird seit 1994 in Deutschland und vielen anderen europäischen Ländern die so genannte Eurozinsmethode verwendet, die der französischen Zinsberechnung entspricht:

- › Das Jahr wird als Standardbasis mit 360 Zinstagen angesetzt, die Monate werden tagesgenau abgerechnet.
- › Januar, März, Mai, Juli, August, Oktober und Dezember werden mit jeweils 31 Zinstagen gerechnet,
- › Für April, Juni, September und November werden jeweils 30 Zinstage angesetzt.
- › Der Februar hat 28 Zinstage, in Schaltjahren 29 Tage.

Für das gesamte Kalenderjahr ergeben sich somit 365 Tage in „normalen“ Jahren, bei Schaltjahren werden 366 Tage gerechnet. Das Basisjahr (die Zahl im Nenner) besteht bei der Eurozinsmethode allerdings nur aus 360 Tagen, weshalb diese Methode auch „act/360“ bezeichnet wird. Damit grenzt sich die Eurozinsmethode von der englischen Zinsmethode ab, bei der das Basisjahr mit 365 Tagen gerechnet wird.

Effektivzins


Bei der Angabe der Zinsen wird zwischen Nominal- und Effektivzins unterschieden. Um einen Vergleich der Konditionen zu ermöglichen, sind Banken verpflichtet, bei Krediten immer die effektiven Zinsen mit auszuweisen. Dennoch sind Verbraucher häufig verunsichert, weil es zwischen beiden Varianten Differenzen geben kann. Der Unterschied der aus dem Handel bekannten Begriffe „Netto“ und „Brutto“ dürfte bekannt sein: Im Nettopreis ist keine Mehrwertsteuer enthalten, zusätzliche Kosten wie Porto- und Versandgebühren können noch hinzukommen. Im Brutto-Endpreis sind alle Steuern, Gebühren und Nebenkosten enthalten. Die Nominalzinsen sind mit dem „Nettopreis“ des Kredites vergleichbar. Hier handelt es sich um die Zinskosten, die der Kreditnehmer an die Bank bezahlt. Die finanzielle Belastung wird jedoch in aller Regel höher ausfallen, weil noch Zusatzkosten entstehen, die erst im „Bruttopreis“ – sprich: Effektivzins – berücksichtigt werden. Dazu zählen beispielsweise Bearbeitungsgebühren, die manche Kreditinstitute bei der Darlehensvergabe in Rechnung stellen. Diese Gebühr kann je nach Kreditgeber einige Prozent des Kreditbetrags ausmachen und muss zum Nominalzins hinzuaddiert werden. Ein weiterer Faktor, der die Differenz zwi-

schen Nominalzins und effektivem Jahreszins beeinflussen kann, ist die Verrechnung der Tilgungsleistungen. Werden Tilgungsanteile innerhalb der Kreditrate erst später verrechnet (zum Beispiel monatliche Tilgung und quartalsweise Zinsabrechnung), dann zahlt der Kreditnehmer für einen gewissen Zeitraum Zinsen für bereits getilgte Kreditanteile an die Bank. Dies wird erst bei der Ermittlung des Effektivzinses berücksichtigt. Beachtet werden muss allerdings, dass Gebühren, die für die Bestellung von Sicherheiten anfallen, grundsätzlich nicht in den Effektivzins mit einfließen. Bei einer Baufinanzierung sind das zum Beispiel Notar- und Grundbuchkosten für das Eintragen der Grundschulden – dieser Gebührenposten muss vom Kreditnehmer bei der Betrachtung der Gesamtkosten zusätzlich beachtet werden.

Agio und Disagio

Agio und Disagio sind Begriffe, die manchmal im Zusammenhang mit Kapitalanlage oder Kreditanträgen auftauchen. Was versteht man genau darunter? Disagio wird manchmal auch als Damnum, Abgeld oder Interchangegebühr bezeichnet. Es ist nichts anderes als eine vorgezogene Zinszahlung. Eine Verrechnung findet üblicherweise mit einem Teil des Darlehensauszahlungsanspruchs statt. Das hat zur Folge, dass Sie als Darlehensnehmer nur einen verminderten Kapitalbetrag ausgezahlt bekommen. Warum macht man so etwas? Das Disagio lässt sich steuerlich absetzen. Sie sollten jedoch genau prüfen, ob Ihnen tatsächlich ein steuerlicher Nutzen entsteht (gerade bei betrieblichen Darlehen oder solchen für vermietete Immobilien, bei denen die Schuldzinsen sowieso steuerlich geltend gemacht werden können, ist es umstritten, ob es sich lohnt). Bei Vereinbarung eines Disagios ist der Nominalzins des Darlehens niedriger, der Effektivzins liegt jedoch in der Regel höher als der bei einem Kredit ohne Disagio. Normalerweise können als Disagio bis zu 10 Prozent der Darlehenssumme vereinbart werden.

Treten Sie selbst als Darlehensgeber auf, also beispielsweise beim Erwerb einer Anleihe, ist es nicht unwahrscheinlich, dass Sie eine höhere Summe investieren müssen, als es dem Nennwert der Anleihe entspricht. Sie bezahlen also einen Aufschlag. Dieser Aufschlag wird als Agio bezeichnet. Für das bezahlte Aufgeld gibt es einen Ausgleich: Die Zinssätze sind nämlich so gestaltet,





dass sie diesen vermeintlichen Nachteil wieder wettmachen. Mit Disagio zahlen Sie für Ihr Darlehen einen niedrigeren Zins, beim Agio erhalten Sie einen höheren Zins. Damit erscheinen Darlehen und Anleihen günstiger, als sie tatsächlich sind.

Praxistipp: Orientieren Sie sich bei Ihren Investitionen am Effektivzins. Damit können Sie Ihr geplantes Projekt sehr viel besser beurteilen. Kreditinstitute sind gesetzlich verpflichtet, den Effektivzinssatz anzugeben. Dennoch sollten Sie stets selbst nachrechnen, ob tatsächlich alle Kosten berücksichtigt wurden und die Angebote damit tatsächlich vergleichbar sind.

Wie überprüfen Sie den angegebenen Effektivzins?

Im Effektivzins müssen alle Kosten und Gebühren berücksichtigt sein, die mit der Kapitalanlage oder dem Darlehen in Zusammenhang stehen. Darunter fallen in erster Linie Gebühren für die Vermittlung, Bearbeitung und Bereitstellung sowie die vorstehend beschriebenen Aufschläge oder Abschläge. Zur Berechnung gehen Sie wie folgt vor:

1. Unterscheiden Sie die regelmäßig jährlich entstehenden (oder Ihnen gutgeschrieben) Zinsen von den einmalig zu Beginn entstehenden Kosten und Gebühren. Berücksichtigen Sie ein eventuelles Agio/Disagio.
2. Addieren Sie die einmalig entstehenden Kosten und subtrahieren Sie diese Summe vom Nennbetrag bei einem Darlehen oder addieren Sie sie bei einer Geldanlage zum Nennbetrag hinzu. Als Ergebnis erhalten Sie den Auszahlungsbetrag beim Darlehen bzw. den Investitionsbetrag bei der Kapitalanlage.
3. Dividieren Sie nun den Nennbetrag durch den Auszahlungs- bzw. Investitionsbetrag. Multiplizieren Sie das Ergebnis mit dem Nominalzins. Damit erhalten Sie die Verzinsung Ihres Auszahlungs- bzw. Anlagekapitals.
4. Jetzt müssen Sie aber berücksichtigen, dass Sie bei Darlehen ja nicht nur den Auszahlungsbetrag, sondern den kompletten Nennbetrag zurückbezahlen müssen. Bei einer Kapitalanlage bekommen Sie am Ende der Laufzeit nicht das ausbezahlt, was Sie investiert haben, sondern nur den vereinbarten Nennbetrag.
5. Berechnen Sie deswegen die Differenz zwischen Nennbetrag und Auszahlungs- bzw. Investitionsbetrag. Das Ergebnis drücken Sie in Prozent aus – und zwar bezogen auf den Auszahlungs- bzw. Investitionsbetrag. Diese Prozentzahl müssen Sie nun noch durch die Laufzeit des Darlehens (oder der Anleihe) dividieren. Addieren Sie das Ergebnis zu dem unter 3. erhaltenen Zinssatz und Sie erhalten den effektiven Zins.

Die entsprechende Formel lautet:

$$\text{Effektivzins} = \text{Nominalzins} * \frac{\text{Nennbetrag}}{\text{Auszahlungsbetrag}} + \frac{\text{Disagio}}{\text{Laufzeit}}$$

Beispiel:

(Die angegebenen Zinssätze entsprechen nicht der aktuellen Marktsituation, sondern sind fiktive Beispiele.)

Sie benötigen zur Finanzierung von Praxisinventar einen Kredit über 150.000 EUR, Laufzeit 4 Jahre. Ihnen liegen folgende Angebote vor:

1. Die Heilberufsbank bietet Ihnen an: Auszahlung 98 Prozent, Nominalzins 9 Prozent. Keine Bearbeitungsgebühr, keine weiteren Kosten und Gebühren.
2. Die örtliche Sparkasse bietet Ihnen an: Auszahlung 97 Prozent, Bearbeitungsgebühr 450 EUR, Nominalzins 8 Prozent.

Welches der beiden Angebote würden Sie wählen?

1. Kreditangebot der Heilberufsbank:

Berechnung des Auszahlungsbetrags: Die Zinsen in Höhe von 9 Prozent zahlen Sie auf den Nennbetrag von 150.000 EUR. Ausbezahlt werden aber nur 98 Prozent davon, das sind 147.000 EUR.

- › Wir dividieren den Nennbetrag durch den Auszahlungsbetrag: 150.000 EUR / 147.000 EUR = 1,02
- › Wir multiplizieren diesen Faktor mit dem Nominalzins: 1,02 * 9 Prozent = 9,18 Prozent
- › Wir berechnen die Differenz zwischen Nennbetrag und Auszahlungsbetrag: 150.000 EUR – 147.000 EUR = 3.000 EUR
- › Wir wenden den Dreisatz an und berechnen: 147.000 EUR = 100 Prozent, 3.000 EUR = x Prozent und erhalten als Ergebnis x = 2,04 Prozent
- › Dividiert durch die Laufzeit von 4 Jahren ergibt dies 0,51 Prozent p.a.
- › Addieren Sie diesen Wert zu den oben errechneten 9,18 Prozent und Sie erhalten damit den Effektivzins für Ihr erstes Angebot zu 9,69 Prozent p.a.

2. Kreditangebot der Sparkasse:

Die Sparkasse zahlt Ihnen nur 97 Prozent der Darlehenssumme aus, das sind 145.500 EUR. Davon müssen sie noch die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 450 EUR subtrahieren, so dass Sie im Endeffekt nur 145.050 EUR ausbezahlt bekommen.

- › Wir dividieren den Nennbetrag durch den Auszahlungsbetrag: 150.000 EUR / 145.050 EUR = 1,034 EUR
- › Wir multiplizieren diesen Faktor mit dem Nominalzins: 1,034 * 8 Prozent = 8,27 Prozent
- › Wir berechnen die Differenz zwischen Nennbetrag und Auszahlungsbetrag: 150.000 EUR – 145.050 EUR = 4.950 EUR

- › Wir wenden den Dreisatz an und berechnen:
145.050 EUR = 100 Prozent, 4.950 EUR = x Prozent und erhalten als Ergebnis $x = 3,41$ Prozent.
- › Dividiert durch die Laufzeit von 4 Jahren ergibt dies 0,85 Prozent p.a.
- › Addieren Sie diesen Wert zu den oben errechneten 8,27 Prozent und Sie erhalten damit den Effektivzins für Ihr zweites Angebot zu 9,12 Prozent

Das Finanzierungsangebot Ihrer örtlichen Sparkasse ist also deutlich günstiger. Beachten Sie aber, dass zum ursprünglich angegebenen Kapitalbedarf noch eine Finanzierungslücke von knapp 5.000 EUR besteht (bei der Heilberufsbank wären dies 3.000 EUR).

Und zur Vertiefung des Stoffs noch zwei Übungsaufgaben:

Aufgabe 1

Sie haben ein Darlehen von 36.000 EUR zu 7 Prozent aufgenommen, der Auszahlungsbetrag beträgt 98 Prozent. Die Laufzeit beträgt 8 Jahre. Außerdem wurden 80 EUR Spesen berechnet.

- a) Ermitteln Sie den Auszahlungsbetrag.
- b) Ermitteln Sie die Kreditkosten.

Aufgabe 2

Sie möchten für Ihre Praxis Geräte anschaffen. Die Anschaffungskosten belaufen sich auf brutto 12.500 EUR. Bei Barzahlung gewährt Ihr Dentaldepot 2 Prozent Skonto. Ihre Bank bietet Ihnen folgende Finanzierung (wir sehen übungshalber wieder von der aktuellen Niedrigzinsphase ab): Laufzeit ein Jahr, 8 Prozent Zinsen und 24,50 EUR Bearbeitungsgebühr. Ihr Depot bietet Ihnen eine Ratenfinanzierung an: 20 Prozent Anzahlung, 12 Monatsraten à 935 EUR

- a) Wie hoch ist der Bruttopreis bei Barzahlung?
- b) Für welche Finanzierung werden Sie sich sinnvollerweise entscheiden?
- c) Um wie viel Prozent unterscheidet sich die Ratenfinanzierung von der Bankfinanzierung?

So, genug gerechnet für heute. Der Mathematikunterricht für kaufmännisches Rechnen geht in der nächsten Folge mit der Zinseszinsrechnung weiter und Sie werden unter anderem erfahren, was es mit dem Barwert auf sich hat. Dann erfahren Sie auch, ob Sie die Übungsaufgaben richtig gelöst haben.

Dr. Günter Kau, M.Sc.

Lösungen zu Folge 3 „Prozentrechnung“

Aufgabe 1

Eine Zahnarztpraxis erzielt mit eingesetztem Eigenkapital von 450.000 EUR einen Gewinn von 71.325 EUR. Wie viel Prozent Gewinn – bezogen auf das Eigenkapital – wird erzielt?

Lösung:

$$P = 71.325 \text{ EUR} / 450.000 \text{ EUR} * 100 \text{ Prozent} = 15,85 \text{ Prozent}$$

Der Gewinn beträgt bezogen auf das Eigenkapital 15,85 Prozent.

Aufgabe 2

Im Vergleich zum Vorjahr sank der Umsatz eines MVZ um 21 Prozent und beträgt jetzt 1.698.500 EUR. Wie hoch war der Umsatz im Vorjahr?

Lösung:

$$\text{neuer Umsatz: } 79 \text{ Prozent} = 1.698.500 \text{ EUR}$$

$$\text{alter Umsatz: } x = (1.698.500 \text{ EUR} / 79 \text{ Prozent}) * 100 \text{ Prozent} = 2.150.000 \text{ EUR}$$

Der alte Umsatz betrug 2.150.000 EUR.

Aufgabe 3

Nach einer ersten Preissenkung um 6 Prozent und einer weiteren Preissenkung um 8 Prozent beträgt der neue Verkaufspreis 575 EUR. Wie hoch war der ursprüngliche Verkaufspreis?

1. Der Endpreis entspricht 92 Prozent des gesenkten Preises:

$$x = (575 \text{ EUR} / 92 \text{ Prozent}) * 100 \text{ Prozent} = 625 \text{ EUR}$$

2. Der gesenkte Preis entspricht 94 Prozent des Ursprungspreises:

$$x = (625 \text{ EUR} / 94 \text{ Prozent}) * 100 \text{ Prozent} = 664,89 \text{ EUR}$$

Der ursprüngliche Preis betrug 664,89 EUR.

Aufgabe 4

Sie erhalten bei einem Einkauf 3 Prozent Skonto in Höhe von 128,58 EUR. Wie hoch ist der ursprüngliche Rechnungsbetrag und was zahlen Sie tatsächlich?

$$x = (128,58 \text{ EUR} / 3 \text{ Prozent}) * 100 \text{ Prozent} = 4.286 \text{ EUR}$$

$$4.286 \text{ EUR} - 128,58 \text{ EUR} = 4.157,42 \text{ EUR}$$

Der Rechnungsbetrag war 4.286 EUR und Sie zahlen nach Skontoabzug 4.157,42 EUR.

Erratum

Leider werden auch wir nicht vom Fehlerteufel verschont. Es freut uns, dass unsere Artikel so aufmerksam gelesen werden und wir bedanken uns für folgenden Hinweis: Im dritten Teil unserer Serie mit dem Schwerpunkt Prozentrechnung (*KZV aktuell*, Juli/August 2016) steht auf Seite 21 fälschlicherweise: „Eine neuerliche Steigerung um 20 Prozent entspricht 16.000 EUR. Sie haben also immer noch einen Verlust von 4.000 EUR wettzumachen.“ Hier muss es korrekt heißen: 1.600 EUR und 400 EUR.

Kann ich mir eine Existenzgründung leisten?

Das Sonderkreditprogramm
Exi500.

0,99 %

p. a. 10 Jahre fest

Wir fördern Existenzgründungen.
Jetzt Beratungstermin vereinbaren:
apobank.de/exi500

Weil uns mehr verbindet.



deutsche apotheker-
und ärztebank

