



Mitteilungsblatt der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

Februar 2017

Mit Rundschreiben 3/17

Titelthema

**KZV Rheinland-Pfalz:
Start in die neue
Legislaturperiode**



Aktuelles

Neue DGZMK-Leitlinien

Recht

Vorsicht Abmahnung:
Bildnutzung im Internet

Praxisführung

Serie „Praxis-BWL“:
Abschreibung

Position

Wo bleibt die Demokratie? 3

Titelthema

KZV-Vertreterversammlung:
Start in die parlamentarische Arbeit 4

KZV Rheinland-Pfalz:
Vorstand stellt sich auf 7

Im Porträt: Die Delegierten der
Vertreterversammlung der
KZV Rheinland-Pfalz 8

Aktuelles

Qualitätsmanagement:
Neue sektorenübergreifende Richtlinie
in Kraft 10

KZV intern

Aktuelle Fortbildungen der
KZV Rheinland-Pfalz 11

Aktuelles

Leitlinie: Implantieren bei Behandlung
mit Knochenantiresorptiva 12

Aktuelle Leitlinien der DGZMK 14

Rundschreiben

Wichtige Informationen für
Kollegenschaft und Praxen 15

Recht

Bildnutzung im Internet:
Fotos rechtlich sicher verwenden 20

Unerlaubte Bildnutzung kann
teuer werden 22

Praxisführung

Praxisführung wirtschaftlich betrachtet:
AfA – alles klar? 24

Aktuelles

DMS V: Deutsche sind länger
mundgesund 28

Mundgesundheit: Deutschland
weltweit in Spitzenpositionen 30

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rund-
schreiben 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

Dr. Peter Matovinovic (V. i. S. d. P.)
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, Shutterstock, 123rf
Titelfoto: Die Vertreterversammlung der
KZV Rheinland-Pfalz hat mit ihrer ersten
Sitzung am 10. Februar 2017 die neue
Legislaturperiode eingeläutet.
Foto: KZV Rheinland-Pfalz

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.



Wo bleibt die Demokratie?

Die Vertreterversammlung hat entschieden. Die Delegierten haben wichtige Ausschüsse besetzt und damit personelle und inhaltliche Weichen für die nächsten sechs Jahre unserer KZV Rheinland-Pfalz gestellt. Mit großer Einmütigkeit sind sie dabei vorgegangen. In konstruktiver Atmosphäre haben sie Geschlossenheit demonstriert.

Unsere Vertreterversammlung hat erneut Handlungsfähigkeit bewiesen. Eine Handlungsfähigkeit, die der Gesetzgeber unserer Selbstverwaltung in zunehmendem Maße abspricht. Mit dem sogenannten Selbstverwaltungsstärkungsgesetz hat er zum Rundumschlag gegen unsere bewährten Strukturen ausgeholt. Das Gesetz ist ein Beispiel dafür, wie staatlicher Dirigismus und eine rigide Kontrolle den Patienten und den Arzt bzw. Zahnarzt bevormunden und in seinen bürgerlichen Rechten beschneiden. Zugleich lässt das Gesetz zweifelsfrei erkennen, dass die Politik nicht wirklich verstanden hat, woran unser Gesundheitssystem krankt: Es fehlt an nachhaltigen Konzepten. Die Überbürokratisierung bindet unnötig personelle und finanzielle Kapazitäten. Der Fachkräftemangel schlägt sich immer mehr auch in der Gesundheitsversorgung nieder.

Dort, wo politischer Aktionismus, Fremdbestimmung und Gleichmacherei überwiegen, bleibt für eine lebendige und handlungsfähige Selbstverwaltung kein Platz. Selbstverwaltung aber braucht Freiräume, um zum Wohle der Patienten Gesundheitsversorgung gestalten zu können. Das deutsche Gesundheitssystem zählt nicht zuletzt wegen eben dieser Selbstverwaltung zu einem der besten weltweit. Weder rein staatliche Systeme wie in Großbritannien noch der völlig freie Gesundheitsmarkt wie in den USA können eine vergleichbare medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung leisten.

Selbstverwaltung ist ein wesentliches Element in unserer demokratisch verfassten Republik. Und in einer Demokratie kann es für einen Parlamentarier, einen Delegierten, nur ein Mandat geben: das freie! Der im Selbstverwaltungsstärkungsgesetz beschrittene Weg, der Selbstverwaltung durch stärkere Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht engere Fesseln anzulegen, ist schlichtweg falsch und ein Angriff auf demokratisch legitimierte Strukturen. Die Pflicht zur namentlichen Abstimmung in der Vertreterversammlung und die persönliche Haftung der Delegierten greifen sachwidrig

in die freie Ausübung des Mandats ein. Diese verstoßen gegen jegliche demokratischen Grundsätze. Sie mögen sich fragen: Wozu brauchen wir dann überhaupt noch eine Vertreterversammlung? Für uns ist die Antwort klar: Ein Parlament, das sich aus frei gewählten Vertreterinnen und Vertretern eines Berufsstandes zusammensetzt, ist das geeignete und einzig richtige Kontrollorgan!

Mit demokratischer Gepflogenheit hat auch das Verhalten des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums nichts zu tun. Unverständlich, ja ärgerlich ist nicht nur der Fakt, dass unsere Aufsicht die Vorstandsdiensverträge bis heute nicht genehmigt hat. Bitter ist zudem die Tatsache, dass es die Landesregierung bisher nicht für nötig befunden hat, uns zur Wahl in den Vorstand zu gratulieren. Verstehen Sie uns nicht falsch, es geht hierbei nicht um persönliche Eitelkeiten. Es geht allein darum, dass die Landesregierung das demokratische Votum der Vertreterversammlung, Ihr Votum, ignoriert!

Unserer Selbstverwaltung schlägt ein eisiger Wind entgegen, ihre Zukunft erscheint unberechenbarer denn je. In Zeiten der Demontage der Selbstverwaltung und der Diskreditierung der Heilberufe dürfen wir uns als Berufsstand nicht auseinanderdividieren lassen. Die Vertreterversammlung und der Vorstand unserer KZV Rheinland-Pfalz setzen all ihre Kraft für den Erhalt und die Stärkung der Selbstverwaltung ein. Als Ausdruck einer funktionierenden Eigenverantwortung, als wirkungsvolle berufsständische Interessenvertretung und als ordnende, dem Patientenwohl verpflichtete Kraft.

Marcus Koller
stv. Vorsitzender
des Vorstandes

Dr. Peter Matovinovic
Vorsitzender
des Vorstandes

Joachim Stübener
stv. Vorsitzender
des Vorstandes



Bei der Besetzung der Ausschüsse herrschte große Einigkeit unter den Delegierten. | Fotos: KZV Rheinland-Pfalz

KZV-Vertreterversammlung: Start in die parlamentarische Arbeit

Nach der Wahl ihrer Vorsitzenden und des Vorstandes (KZV aktuell berichtete) hat die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz die Sacharbeit in der neuen Legislaturperiode aufgenommen.

In ihrer ersten Sitzung nach der Konstituierung besetzten die Delegierten viele wichtige Gremien. Denn vergleichbar mit dem Bundes- oder Landtag findet ein Großteil der parlamentarischen Arbeit der Vertreterversammlung in Ausschüssen statt. Einige sind gesetzlich oder vertraglich vorgegeben, andere hingegen beruhen auf der Satzung der KZV Rheinland-Pfalz oder auf Beschlüssen der Vertreterversammlung.

Spezialisten am Werk

In den thematisch gegliederten Ausschüssen bringen Zahnärzte ihr individuelles Wissen und ihre Erfahrungen ehrenamtlich ein. Mit ihrem Engagement bilden sie eine wertvolle Säule der zahnärztlichen Selbstverwaltung, ohne das die Arbeit der KZV nicht möglich wäre, betonte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Sanitätsrat Prof. Dr. Günter Dhom. „Vielen Dank an alle, die Verantwortung übernehmen.“

Vorstandsverträge: In Rheinland-Pfalz nichts Neues

Keinen neuen Sachstand konnte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Sanitätsrat Prof. Dr. Günter Dhom, zu den Vorstandsdienstverträgen vermelden. Am Tag der Vertreterversammlung, dem 10. Februar, lagen noch immer keine vom rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium genehmigten Verträge vor. Ein ungewöhnlicher Vorgang im Bundesgebiet: Selbst Kassenzahnärztliche Vereinigungen, die erst im Januar ihre Führungsspitzen neu besetzten, haben bereits gültige Vorstandsverträge. Deutliche Kritik übte Dhom an der Aufsichtsbehörde, die alle wichtigen Punkte in den Verträgen moniert hat. Bis heute liege aber keine schriftliche Begründung vor, gegen die sich klagen ließe. Im Disput mit dem Ministerium will Dhom standhaft bleiben: „Wir lassen

uns die Verträge für die Kollegen, die sich für den Berufsstand engagieren, nicht diktieren.“ Inzwischen wird die KZV Rheinland-Pfalz von einem Fachanwalt unterstützt, um das Tauziehen mit dem Ministerium zu beenden.

Ungeachtet dessen hat der Vorstand am Jahresbeginn seine Arbeit aufgenommen. In ihren ersten 40 Tagen im Amt haben Dr. Peter Matovinovic, Marcus Koller und Joachim Stöbener die Vorstandsarbeit organisiert und Zuständigkeiten geklärt (mehr dazu auf Seite 7), die Vertreterversammlung vorbereitet und die vertragszahnärztlichen Gutachter bestellt. Zudem haben sie erste standespolitische Kontakte auf Bundes- wie auf Landesebene geknüpft.

kb

Die Vertreterversammlung besetzt für die kommenden sechs Jahre folgende Gremien:

Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (gemäß § 90 SGB V)

Aufgabe: Bedarfsplanung zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung

Dr. Peter Matovinovic (Mitglied)
Dr. Georg Jacob (erster Stellvertreter)
Dr. Uwe Müller (zweiter Stellvertreter)

Marcus Koller (Mitglied)
Dr. Hans Joachim Menges (erster Stellvertreter)
Dr. Karl-Heinz Platt (zweiter Stellvertreter)

RA Joachim Stöbener (Mitglied)
Dr. Michael Orth (erster Stellvertreter)
Dr. Andrea Habig-Mika (zweite Stellvertreterin)

Dr. Holger Dausch (Mitglied)
Dr. Hans-Jürgen Krebs (erster Stellvertreter)
Dr. Dr. Thomas Morbach (zweiter Stellvertreter)

Dr. Holger Kerbeck (Mitglied)
Dr. Kerstin Bienroth (erste Stellvertreterin)
Dr. Michael Heyden (zweiter Stellvertreter)

Dr. Michael Herget (Mitglied)
Dr. Carola Franzen (erste Stellvertreterin)
Pablo Ramón Seidel (zweiter Stellvertreter)

Robert Schwan (Mitglied)
Dr. Willi Hemeyer (erster Stellvertreter)
Dr. Markus Esch (zweiter Stellvertreter)

Dr. Ulrike Stern (Mitglied)
Dr. Jens Vaterrodt (erster Stellvertreter)
Dr. Till Gerlach (zweiter Stellvertreter)

Dr. Kerstin Meudt (Mitglied)
Dr. Bernd Prestel (erster Stellvertreter)
Dr. Carmen Werling (zweite Stellvertreterin)

Landesschiedsamt (gemäß § 89 Abs. 2 SGB V)

Aufgabe: Entscheidungen über vertragszahnärztliche Verträge bei Nichteinigung von Zahnärzten und Krankenkassen

Dr. Peter Matovinovic (Mitglied)
Dr. Holger Kerbeck (erster Stellvertreter)
Dr. Uwe Müller (zweiter Stellvertreter)

Marcus Koller (Mitglied)
Dr. Hans Joachim Menges (erster Stellvertreter)
Dr. Gerrit Meyer (zweiter Stellvertreter)

RA Joachim Stöbener (Mitglied)
Florian Dehne (erster Stellvertreter)
Dr. Clara Irma Döring (zweite Stellvertreterin)

Dr. Holger Dausch (Mitglied)
Dr. Ulrike Stern (erste Stellvertreterin)
Dr. Mischa Krebs (zweiter Stellvertreter)

Vertragsausschuss (gemäß § 7 der Satzung)

Aufgabe: Feststellung der Eignung von Bewerbern für das Vorstandsamt und Arbeitsverträge

Sanitätsrat Prof. Dr. Günter Dhom
Sanitätsrat Dr. Werner Sträterhoff
Dr. Christine Ehrhardt
Dr. Peter Mohr
Dr. Wilfried Woop

Landesverwaltungsbeirat (gemäß § 9 der Satzung)

Aufgabe: Beratung des KZV-Vorstands in standespolitischen Angelegenheiten, Bindeglied zwischen KZV-Mitgliedern, Vorstand und Vertreterversammlung

Dr. Kerstin Bienroth
Dr. Holger Dausch
Dr. Willi Hemeyer
Hendrik Scheiderbauer



Konzentriert und gut gestimmt leiteten der Vorsitzende Sanitätsrat Prof. Dr. Günter Dhom (rechts) und sein Stellvertreter Sanitätsrat Dr. Werner Sträterhoff durch die Vertreterversammlung.

Finanzausschuss (gemäß § 13 der Satzung)

Aufgabe: Prüfung von Haushaltsplan und Jahresrechnung der KZV Rheinland-Pfalz, Beratung des Vorstands in Finanzangelegenheiten

Dr. Georg Jacob (Vorsitzender)
 Dr. Martin Spukti (stv. Vorsitzender)
 Dr. Hans-Joachim Kötz
 Dr. Hans-Jürgen Krebs
 Dr. Hans Joachim Menges

Vertragszahnärztlicher Fortbildungsausschuss (Beschluss der Vertreterversammlung auf Antrag des Vorstandes)

Aufgabe: Fortbildung der KZV-Mitglieder und deren Praxismitarbeiter

Dr. Christian Brandstätter, M.Sc. M.Sc.
 Stefan Chybych, M.Sc. M.Sc.
 Dr. Christine Ehrhardt
 Dr. Michael Heyden
 Dr. Michael Orth

Disziplinarausschuss (gemäß § 14 der Satzung in Verbindung mit SGB V)

Aufgabe: Disziplinarverfahren bei Verstößen eines KZV-Mitglieds gegen vertragszahnärztliche Pflichten

RA Patrick Königsamen (Vorsitzender)
 RA Felix Schütz (stv. Vorsitzender)

Dr. Karl-Heinz Platt (Mitglied)
 Dr. Gerrit Meyer (erster Stellvertreter)
 Dr. Franz-Werner Krieger (zweiter Stellvertreter)

Dr. Christian Brandstätter, M.Sc. M.Sc. (Mitglied)
 Florian Dehne (erster Stellvertreter)
 Dr. Kerstin Meudt (zweite Stellvertreterin)

Dr. Kerstin Bienroth (Mitglied)
 Dr. Uwe Müller (erster Stellvertreter)
 Dr. Burga Ripplinger (zweite Stellvertreterin)

Dr. Christine Ehrhardt (Mitglied)
 Dr. Hans-Jürgen Krebs (erster Stellvertreter)
 Dr. Dr. Thomas Morbach (zweiter Stellvertreter)

Ausschuss für Qualität (Beschluss der Vertreterversammlung auf Antrag des Vorstandes)

Aufgabe: Qualitätsmanagement und -sicherung in der Zahnarztpraxis

Dr. Holger Dausch
 Florian Dehne
 Dr. Günter Kau
 Dr. Steffen Rode
 Dr. Jens Vaterrodt

Hätten Sie's gewusst?

Rund 300 Zahnärztinnen und Zahnärzte engagieren sich ehrenamtlich in der KZV Rheinland-Pfalz und für den Berufsstand – als Delegierte in der Vertreterversammlung, als Mitglieder in vielfältigen Ausschüssen oder als vertragszahnärztliche Gutachter.

KZV Rheinland-Pfalz: Vorstand stellt sich auf

Die KZV Rheinland-Pfalz ist mit einem Vorstandstrio in die neue Legislaturperiode gestartet. Dr. Peter Matovinovic, Zahnarzt Marcus Koller und Rechtsanwalt Joachim Stöbener führen seit Januar die Organisation der rheinland-pfälzischen Vertragszahnärzte. Sie haben klare Zuständigkeiten.

Der Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Matovinovic verantwortet demnach unter anderem die Ressorts Unternehmensleitung und Unternehmenspolitik, Vertragswesen, vertragszahnärztliche Zulassung und Öffentlichkeitsarbeit.

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Marcus Koller führt die Geschäftsbereiche Zahnärztliche Abrechnung und Prüfwesen. Er ist zudem zuständig für das Gutachterwesen sowie für die Themen Qualitätsmanagement und -sicherung.

Joachim Stöbener, ebenfalls stellvertretender Vorstandsvorsitzender, zeichnet verantwortlich für Personal, Verwaltung und Finanzen. Darüber hinaus fallen die Bereiche IT und Datenschutz in seine Zuständigkeit. kb

Geschäftsverteilungsplan des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz



ZA Marcus Koller
stv. Vorsitzender des Vorstandes

- › Zahnärztliche Abrechnung
- › Prüfwesen / Wirtschaftlichkeitsprüfung
- › Widerspruchsstelle
- › Qualität
- › Gutachterwesen
- › Disziplinarwesen
- › Alters- und Behindertenzahnheilkunde (AuB)
- › Patientenberatung
- › Vertragswesen
- › Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement



Dr. Peter Matovinovic
Vorsitzender des Vorstandes

- › Unternehmensleitung
- › Unternehmenspolitik
- › Vertragswesen
- › Kommunikation
- › Zulassungswesen
- › Vertragszahnärztliche Fortbildung
- › Jugendzahnpflege
- › Medizinproduktegesetz (MPG)
- › Zentrum für Informationstechnologie (ZIT)



RA Joachim Stöbener
stv. Vorsitzender des Vorstandes

- › Personal / Recht
- › Informationstechnologie (IT) / ZIT
- › Verwaltung / Organisation
- › Finanzen
- › Vertragswesen
- › Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 81a SGB V)
- › Datenschutz

Fotos: KZV Rheinland-Pfalz

Im Porträt: Die Delegierten der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz

Legislaturperiode 2017 bis 2022



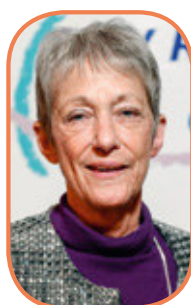
San.-Rat Prof. Dr. Günter Dhom,
Ludwigshafen, Vorsitzender der
Vertreterversammlung



San.-Rat Dr. Werner Sträterhoff,
Kirchen, stv. Vorsitzender der
Vertreterversammlung



Dr. Kerstin Bienroth,
Schweigenheim



Dr. Margrit Brecht-
Hemeyer, Koblenz



Dr. Boris Brehmer,
Ludwigshafen



Dr. Holger Dausch,
Mainz



Dr. Christine Ehrhardt,
Mainz



Dr. Till Gerlach,
Oppenheim



Dr. Andrea Habig-Mika,
Mainz



Dr. Willi Hemeyer,
Koblenz



Dr. Michael Herget,
Konz



Dr. Michael Heyden,
Bad Kreuznach



Dorothee Hof,
Kaiserslautern



Dr. Georg Jacob,
Kaiserslautern



Dr. Dr. Wolfgang Jakobs,
Speicher



Dr. Günter Kau,
Waldmohr



Dr. Holger Kerbeck,
Ludwigshafen



Dr. Joachim J. Kneis,
Koblenz



Marcus Koller,
Urbar



Dr. Hans-Joachim Kötz,
Idar-Oberstein



Dr. Hans-Jürgen Krebs,
Mainz



Dr. Rainer Lehnen,
Daun



Dr. Dr. Reinhard Lieberum,
Koblenz



Dr. Peter Matovinovic,
Kaiserslautern



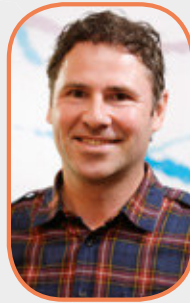
Dr. Hans Joachim Menges,
Andernach



Dr. Kerstin Meudt,
Daun



Dr. Peter Mohr,
Bitburg



Dr. Dr. Thomas Morbach,
Alzey



Dr. Dr. Norbert Mrochen,
Kaiserslautern



Dr. Uwe Müller,
Trippstadt



Dr. Michael Orth,
Bad Dürkheim



Dr. Karl-Heinz Platt,
Idar-Oberstein



Hendrik Scheiderbauer,
Trier



Robert Schwan,
Koblenz



Dr. Jürgen Simonis,
Hinterweidenthal



Dr. Martin Spukti,
Trier



Dr. Ulrike Stern,
Ingelheim



Dr. Jens Vaterrodt,
Mainz



Dr. Carmen Werling,
Offenbach



Dr. Wilfried Woop,
Neustadt

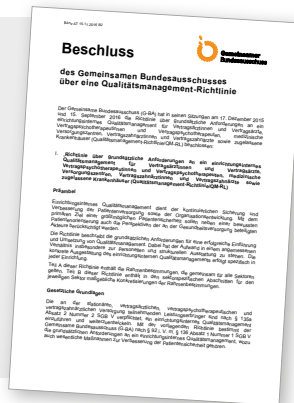
Fotos: KZV Rheinland-Pfalz

Qualitätsmanagement: Neue sektorenübergreifende Richtlinie in Kraft

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist die neue, sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie am 16.11.2016 in Kraft getreten. Sie hat die bisherige Richtlinie für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) in der vertragszahnärztlichen Versorgung abgelöst.

Diese neue Richtlinie besteht aus einem allgemeinen Teil A zur Anwendung in Arzt- und Zahnarztpraxen, Krankenhäusern, bei Psychotherapeuten und in Medizinischen Versorgungszentren und einem Teil B mit sektorenspezifischen Regelungen.

Die neue QM-Richtlinie findet sich auf der Internetseite der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung: www.kzbv.de > Zahnärzte > Qualitätsförderung > Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement



In Folge der Neufassung der QM-Richtlinie wurde der bisherige Berichtsbogen angepasst. Er wird erstmalig Ende 2017 zur Abfrage bei zwei Prozent aller Praxen zum Einsatz kommen. Alle im Berichtsbogen aufgelisteten Instrumente sind nach der neuen QM-Richtlinie grundsätzlich anzuwenden. Davon kann nur abgewichen werden, falls dies aufgrund der bestehenden Praxisstruktur keinen Sinn ergeben würde und ein Grund für die Nichtanwendung angegeben wird (Beispiel „Teambesprechungen“, weil keine Mitarbeiter beschäftigt werden).

Die QM-Instrumente „Risiko-, Fehlermanagement“ und „Fehlermeldesysteme“ sind weiterhin verpflichtend anzuwenden, eine Nichtanwendung ist ausgeschlossen. Dies gilt gleichfalls für die neu eingeführte Anwendung von OP-Checklisten, falls mehr als zwei (Zahn-)Ärzte an einer OP beteiligt sind oder die OP unter Sedierung erfolgt.

In der neuen QM-Richtlinie sind zudem bisherige Methoden und Instrumente umbenannt bzw. zusammengefasst worden. Neu eingeführt wurden unter anderem folgende Methoden und Instrumente:

- > Arzneimitteltherapiesicherheit (Maßnahmen für einen optimalen Medikationsprozess, zum Beispiel Medikationsplan)
- > Schmerzmanagement (zur Vorbeugung, Reduzierung oder Ausschaltung von Schmerzen)
- > Sturzprophylaxe (zur Vorbeugung von Stürzen und Minimierung von Sturzfolgen)

Praxisgründer haben erstmalig eine Übergangsfrist von drei Jahren, um die in der QM-Richtlinie genannten Instrumente und deren Anwendungsbereiche im Rahmen ihres praxisinternen Qualitätsmanagements einzuführen, zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Hierfür empfehlen wir das Seminar „Z-QMS Einsteiger- und Fortgeschrittenen-Workshop“ der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz.

Für die Aktualisierung des praxisinternen Qualitätsmanagements, entsprechend den Vorgaben der neuen QM-Richtlinie, hatte die KZV Rheinland-Pfalz bereits 2016 die Fortbildung „Der QM-Berichtsbogen im Qualitätskreislauf – Wo finde ich die Anwendung im Z-QMS?“ angeboten. Diese wird voraussichtlich 2017 wiederholt. Bitte beachten Sie die Ankündigungen in *KZV aktuell*.

Dr. Holger Dausch
Mitglied im Ausschuss Qualität
der KZV Rheinland-Pfalz

Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Mehr Lebens- und Arbeitsfreude durch positive Stressbewältigung

Wie lassen sich Stressanzeichen erkennen? Welche Ursachen hat der Stress? Wie gelingt ein förderlicher Umgang mit Ängsten, Verzweiflung, Ärger, Überforderung, Eile und Hetze? Wie kann man sich destruktive Verhaltensweisen bewusst machen und persönliche Kraftquellen wie auch Energiekiller identifizieren? Antworten auf diese Fragen will das Seminar „Mehr Lebens- und Arbeitsfreude durch positive Stressbewältigung“ geben. Ziel ist es zu lernen, mit den eigenen Ressourcen bewusster umgehen zu können.

Folgende Inhalte sind geplant:

- › Was sind Stressbelastungen und wie entstehen sie?
- › Stressminderung am Arbeitsplatz
- › Stress als positiver Lebensantrieb
- › Sorgenvolles Grübeln und negative Selbstgespräche vermindern
- › Aktivitäten zur Erleichterung positiver mentaler Vorgänge
- › Spannungsminderung in Stresssituationen
- › Ärger, Wut, Feindseligkeit – herauslassen? Unterdrücken?

Das Seminar findet statt am:

Mittwoch, 10. Mai 2017, 15.00 bis 19.00 Uhr
Erbacher Hof, Grebenstraße 24 – 26, 55116 Mainz



Referent:

Peter Edwin Brandt
Unternehmensberater für
Personalentwicklung und
Rhetorik-Trainer

Foto: privat

Die Veranstaltung wird mit 4 Fortbildungspunkten bewertet. Für die Seminarteilnahme wird ein Kostenbeitrag in Höhe von 89 Euro erhoben. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt. Bitte nutzen Sie zur Anmeldung das beiliegende Antwortfax. Wir freuen uns auf Sie!

Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz und der apoBank: Schenken und Vererben

Ob Vermögen zu Lebzeiten verschenkt oder besser nach dem Tod vererbt werden soll – gute Planung ist für Erblasser das A und O. Nur wer sich rechtzeitig mit der Vermögensübertragung beschäftigt, kann rechtliche oder steuerliche Stolperfallen vermeiden. Das Seminar will Ihnen wertvolle Tipps rund um das Thema „Schenken und Vererben“ geben, damit Sie die richtigen Entscheidungen für Ihren Nachlass treffen können.

Folgende Themen sind unter anderem geplant:

- › Vermögensnachfolge im Todesfall
- › Gesetzliche Erbfolge
- › Neuregelungen zum Pflichtteilsrecht
- › Gewillkürte Erbfolge als Gestaltungsmittel
- › Vorweggenommene Erbfolge
- › Allgemeines zur Erbschaftssteuer
- › Ehegattenschenkung / Problematik „nichteheliche Lebensgemeinschaft“
- › Vermögenssicherung durch rechtzeitige Nachfolgestaltung

Das Seminar findet statt am:

Mittwoch, 3. Mai 2017, 15.00 bis 17.00 Uhr
Zahnärztehaus Ludwigshafen, Brunhildenstraße 1,
67059 Ludwigshafen

Referent:

Rechtsanwalt Jan Gehrlein
Fachanwalt für Steuerrecht, Erbrecht und
Handels- und Gesellschaftsrecht

Das Seminar ist für Sie kostenfrei. Für die Teilnahme erhalten Sie 2 Fortbildungspunkte. Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl werden die Anmeldungen nach ihrem Eingang berücksichtigt. Bitte nutzen Sie bei Interesse beiliegendes Antwortfax. Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Leitlinie: Implantieren bei Behandlung mit Knochenantiresorptiva

Erstmals haben die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) eine S3-Leitlinie für die Versorgung von Patienten mit Zahnimplantaten unter antiresorptiver Therapie entwickelt. Federführender Autor der Leitlinie ist Prof. Dr. Dr. Christian Walter aus Mainz. *KZV aktuell* sprach mit ihm über die Kerninhalte.

KZV aktuell: Prof. Walter, vor welchem Hintergrund ist die Leitlinie entwickelt worden?

Prof. Dr. Dr. Christian Walter: Durch den demografischen Wandel wird die Patientenklientel in Zahnarztpraxen immer älter. Somit häufen sich Kontakte zu alterstypischen Erkrankungen wie zum Beispiel der Osteoporose oder malignen Erkrankungen und entsprechenden medikamentösen Therapien wie einer antiresorptiven Behandlung mit Bisphosphonaten oder Denosumab.

Die für den Zahnarzt wichtigste Nebenwirkung der antiresorptiven Therapie stellt die Medikamenten-assoziierte Osteonekrose der Kiefer dar. Diese wird definiert als nekrotischer Knochen, der für einen Zeitraum von mindestens acht Wochen in der Mundhöhle freiliegt, ohne dass eine Kopfhals-Radiatio vorliegt. In Deutschland werden jährlich 200 Millionen Tagesdosen allein an Bisphosphonaten ver-

schrieben. Die Prävalenz der Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose liegt bei der primären Osteoporose bei zirka 0,1 Prozent, bei der sekundären Osteoporose bei 1 Prozent und bei bestimmten Subklientelen mit maligner Grunderkrankung bei partiell über 20 Prozent. Die Zulassungsstudien zu Denosumab lassen darauf schließen, dass Denosumab häufiger Nekrosen verursacht als Bisphosphonate.

Getriggert wird die Entstehung der Nekrose meist durch lokale Faktoren in der Mundhöhle, zum Beispiel Parodontalerkrankungen, Prothesendruckstellen oder dentalchirurgische Eingriffe wie Implantationen. Eine Implantation kann aber über die Vermeidung eines tegumental getragenen Zahnersatzes Prothesendruckstellen verhindern und somit einen präventiven Charakter erhalten.

KZV aktuell: Was ist das Ziel der Leitlinie?

Prof. Dr. Dr. Christian Walter: Es existiert bereits eine S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie der Medikamenten-assoziierten Osteonekrose. Darin wird aber nicht Stellung genommen zur kaufunktionellen Rehabilitation. Diese Lücke sollte durch eine neue systemische Literaturanalyse als additive, evidenz- und konsensbasierte Leitlinie gefüllt werden.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christian Walter

- 1993-2004 Studium der Human- und Zahnmedizin an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 2000-2004 Studium der Technik in der Medizin, Technische Universität Kaiserslautern
- 2002 Medizinische Promotion
- 2004-2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 2005 Zahnmedizinische Promotion
- 2008 Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- 2009 Ernennung zum Oberarzt und Leitung der Poliklinik der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 2010 Habilitation an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 2016 Gründungspartner der zahnärztlichen Praxisklinik medi+, Mainz
- 2016 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die durch die Leitlinie zu klärende Fragestellung lautete: „Für welche Subklientel der Patienten mit antiresorptiver Therapie ist eine Versorgung mit dentalen Implantaten gegenüber dem Verzicht auf dentale Implantate eine Verbesserung der Kaufunktion und Lebensqualität zu erreichen, ohne mit einem unangemessenen Osteonekroserisiko einherzugehen.“

KZV aktuell: Welche sind die Kerninhalte?

Prof. Dr. Dr. Christian Walter: Die Leitlinie gibt Entscheidungshilfen bei einer potenziellen Implantation von Patienten unter Therapie mit antiresorptiven Substanzen (Tab. 1). Dabei geht sie ein auf die einzelnen Behandlungsschritte von der Erstvorstellung mit individueller Risikoklassifizierung bis zum risikoadaptierten Recall.

Die Leitlinie bespricht zudem kurz antiresorptive Substanzen und die dadurch verursachten Osteonekrosen, die Epidemiologie, Ätiologie und Risikofaktoren sowie die Lebensqualität betroffener Patienten.

Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der präoperativen, klinischen, radiologischen und laborchemischen Diagnostik sowie mit der Evaluation der Mundhygiene des Patienten. Auf Basis dessen soll die Indikation zur Implantation überprüft werden, hier vor allem, ob ein tegumental getragener Zahner-

satz verzichtbar wird, im Idealfall ohne die Notwendigkeit eines Knochenaufbaus. Bei der Aufklärung des Patienten sollte die Problematik der Osteonekrose erörtert werden. Für den Nutzen eines perioperativen Absetzens der Antiresorptiva gibt es keine belastbaren Daten, jedoch sollte eine perioperative antimikrobielle Prophylaxe stattfinden. Auch zum Einheilmodus, das heißt des sub- oder transgingivalen Einheilens gibt es keine Daten. Die prothetische Versorgung sollte das Ziel haben, das Tegument zu entlasten. Nach entsprechenden implantologischen Versorgungen sollten Patienten in ein risikoadaptiertes Recall aufgenommen werden.

KZV aktuell: Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen.



Die S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“ ist abrufbar unter www.awmf.org und www.dgzmk.de.



Tab. 1: Kriterien, die für bzw. gegen eine Implantation sprechen bei Patienten unter Therapie mit antiresorptiven Substanzen wie Bisphosphonate und Denosumab. | Quelle: S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“

Für ein Implantat sprechen	Gegen ein Implantat sprechen
niedrigeres Osteonekroserisiko	höheres Osteonekroserisiko
keine Osteonekrose in Eigenanamnese	bestehende/vorausgegangene Osteonekrose
gute onkologische Prognose	schlechte onkologische Prognose
keine Infektionsherde	bestehende Infektionsherde
klinisch keine scharfen Knochenkanten, radiologisch keine persistierenden Alveolen	klinisch und radiologisch schlechtes Bone Remodeling und schlechte Knochenneubildungsrate
gute Compliance	schlechte Compliance
gute Mundhygiene	schlechte Mundhygiene
Vermeidung von Prothesendruckstellen	keine Vermeidung von Prothesendruckstellen
hohe Indikationsstärke	fragliche Notwendigkeit eines Implantates bzw. gleichwertiger konventionell prothetischer Ersatz möglich
keine Augmentation erforderlich	Notwendigkeit einer Augmentation

Aktuelle Leitlinien der DGZMK

Implantate, Kariesprophylaxe, Zahntrauma – 2016 haben die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und ihre Fachgesellschaften neue Leitlinien zu verschiedenen zahnmedizinischen Indikationen veröffentlicht. Die Leitlinien sollen Zahnärzten als wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Orientierungshilfe für eine angemessene Versorgung spezifischer Krankheitsbilder dienen.

Leitlinien entstehen durch ein strukturiertes, genau definiertes Verfahren der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Auf der Internetseite der DGZMK heißt es hierzu:

„Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen.“

Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist: S1-Leitlinien sind Empfehlungen einer repräsentativ zusammengestellten Expertengruppe. S2-Leitlinien gliedern sich in S2k und S2e. Die S2k-Leitlinien werden durch eine formale Konsensusfindung erstellt, die S2e durch eine systematische Evidenzrecherche. In den S3-Leitlinien sind alle diese Elemente miteinander verknüpft.

Alle Leitlinienvorhaben werden vor der Anmeldung bei der AWMF in der „Task Force Qualität“, bestehend aus Vertretern der DGZMK, der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und des Zentrums Zahnärztliche Qualität (ZZQ), zunächst auf ihre Relevanz für die Zahnärzteschaft überprüft.

Wichtig zu wissen ist: Leitlinien sind – anders als Richtlinien – für Ärzte bzw. Zahnärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Gleichwohl entsprechen die Leitlinien dem aktuellen Stand der Wissenschaft und sind im Konsens mit den verantwortlichen Fachgesellschaften erstellt. Sie bieten dem Zahnarzt jeglicher Fachrichtung eine Orientierung bei der täglichen Arbeit und leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung.

Folgende Leitlinien wurden 2016 veröffentlicht:

- › Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne (S2k-Leitlinie)
- › Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten (S3-Leitlinie)
- › Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen (S2k-Leitlinie)
- › Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inklusive Bisphosphonate) (S3-Leitlinie)
- › Zahnimplantate bei Diabetes mellitus (S3-Leitlinie)
- › Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich (S1-Leitlinie)

Diese und weitere Leitlinien aus den Vorjahren können auf der Internetseite der DGZMK unter www.dgzmk.de > Zahnärzte > Wissenschaft & Forschung > Leitlinien abgerufen werden.

Leitlinie zur Behandlung von Crystal-Meth-Abhängigen

Für Zahnärzte relevant ist zudem die ebenfalls 2016 veröffentlichte und weltweit erste S3-Leitlinie zu Methamphetamin-bezogenen Störungen („Crystal Meth“). Die Leitlinie enthält Empfehlungen für Akut- und Postakutbehandlungen sowie für die Behandlung von Begleiterkrankungen wie das „Meth Mouth“-Syndrom. Die Leitlinie fasst für zahnmedizinisches Fachpersonal typische Symptome eines langfristigen Methamphetamin-Konsums zusammen und gibt Empfehlungen für die zahnärztliche Behandlung und für Prophylaxemaßnahmen. Die Leitlinie findet sich unter www.aezq.de.

kb

AUTO- WASCHEN KANN TÖDLICH SEIN.*

 WENN SIE
DESHALB NICHT ZUR
DARMKREBS-
VORSORGE
GEHEN.

Nehmen Sie sich die Zeit. Gehen Sie zum Arzt.
Denn früh erkannt, ist Darmkrebs harmlos.
Mehr Informationen unter: felix-burda-stiftung.de



FELIX BURDA
STIFTUNG

Bildnutzung im Internet: Fotos rechtlich sicher verwenden

Bilder sind ein Muss für attraktive Seiten im Internet. Viele Seiteninhaber erwerben die Nutzungsrechte an Fotografien über Bildagenturen oder direkt beim Fotografen. Nachfolgend erfahren Sie, worauf bei der Verwendung fremder Fotos zu achten ist.

Die rechtlichen Grundlagen

Im Urheberrecht kann der Fotograf einer anderen Person das Recht einräumen, die Fotografie für die Internetseite oder für Social-Media-Kanäle zu nutzen. Die Übertragung des Nutzungsrechts erfolgt durch eine Lizenzvereinbarung, die mündlich als auch schriftlich mit dem Fotografen geschlossen werden kann.

Nach § 31 Abs. 1 S. 2 Urhebergesetz (UrhG) können Nutzungsrechte grundsätzlich auch zeitlich, räumlich oder inhaltlich beschränkt eingeräumt werden. Dann dürfen Fotos nur auf einer bestimmten Webseite oder in

einem Printprodukt, nur für zwei Jahre oder nur innerhalb Europas etc. verwendet werden. Meist erfolgt eine Beschränkung dabei auf die jeweilige Nutzungsart, beispielsweise „gewerbliche Nutzung für Webseite“.

Das Problem

Viele Unternehmen und auch Privatpersonen erwerben die Nutzungsrechte an Fotografien direkt beim Fotografen oder über Bildagenturen. Bei Fotolia, Pixelio und Co. lassen sich gratis oder für wenig Geld Nutzungsrechte an Bildern von professionellen Fotografen erwerben. Aber kann sich der Seitenbetreiber darauf verlassen, dass mit den Bildern lizenzrechtlich alles in Ordnung ist? Was ist, wenn das Foto gar nicht dem Fotografen gehört oder die Werbeagentur, die die Internetseite erstellt hat, Lizenzen nicht korrekt eingekauft hat?

Haftet der Seiteninhaber für eventuelle urheberrechtliche Abmahnungen? Die Antwort ist eindeutig: Ja, er haftet, denn es gibt keinen gutgläubigen Erwerb von Nutzungsrechten. Wer im guten Glauben vermeintlich Rechte erwirbt, der kann gleichwohl vom Urheber auf Unterlassung in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass der Urheber berechtigt ist, eine Unterlassungserklärung zu fordern und die Kosten der Abmahnung zu verlangen. Bei der Frage, ob auch Schadensersatz (Lizenzgebühr) an den Urheber zu zahlen ist, kommt es darauf an, ob der Seiteninhaber schuldhaft gehandelt hat. Die Rechtsprechung legt hier einen strengen Maßstab an: Der Verwender der Fotografie hat die Erwerberkette bei Nutzungsrechten vollständig zu überprüfen.

So sichern Sie sich möglichst weitgehend ab Erwerb von Fotos über Fotoagenturen

Bei den Bildagenturen im Internet gilt es, die Lizenzbedingungen genau zu lesen. Wie eingangs erwähnt, werden Nutzungsrechte meist auf eine bestimmte Nutzungsart beschränkt. Oft muss man für die Social-Media-Nutzung ein erhöhtes Entgelt zahlen.





Welche Bilder sind urheberrechtlich geschützt?

Alle Bilder und Fotografien genießen Urheberrechtsschutz. Das Urheberrechtsgesetz unterscheidet zwischen Lichtbildwerken und Lichtbildern. Lichtbildwerke sind künstlerisch anspruchsvolle und qualitativ hochwertige Aufnahmen, wie sie etwa von Profifotografen gemacht werden. Deren Schutzdauer endet 70 Jahre nach dem Tod des Urhebers. Die unerlaubte Nutzung von Lichtbildwerken kostet mehr als die von Lichtbildern. Darunter fallen alle anderen Fotografien. Die Schutzdauer beträgt 50 Jahre ab Veröffentlichung.

Ein Foto ist nicht mit einem Copyrightzeichen versehen. Ist das Bild frei verwendbar?

Das Urheberrecht entsteht automatisch mit der Vollendung des Werkes, bei einem Foto unmittelbar nach Drücken des Auslösers. Das Copyrightzeichen ©, zu Deutsch Urheberrechtsvermerk, ist lediglich ein Hinweis auf den Urheberrechtsschutz. Es ist jedoch keine Voraussetzung für einen Schutz. Fotos ohne Copyrightvermerk dürfen also nicht frei verwendet werden. Das Gleiche gilt für Bilder, deren Urheber oder Rechteinhaber unbekannt sind.

Bei vielen Fotoagenturen wird eine solche Beschränkung bereits beim Download der erworbenen Bilder vorgenommen. So wird für die jeweilige Verwendung entsprechend eine angepasste Größe der Fotografie gekauft. Hochauflösende Versionen sind regelmäßig für großflächige Printinhalte gedacht, die kleineren Versionen dagegen eher für die Onlinenutzung. Welche Einschränkungen in der Nutzung genau bestehen, sollte auf jeden Fall vorher mithilfe der Lizenzverträge und Nutzungsbedingungen nachgelesen werden.

Erwerb von Fotos direkt beim Fotografen

Werden die Nutzungsrechte direkt vom Fotografen erworben, sollte eine schriftliche Übertragung der Rechte erfolgen, welche auch Art und Umfang der Nutzung beinhaltet. Ferner sollte man sich vom Fotografen vertraglich zusichern lassen, dass das Bild frei von Rechten Dritter ist. Da es keinen gutgläubigen Erwerb von Nutzungsrechten gibt, haftet der Seitenbetreiber im Fall der Fälle trotzdem noch auf Unterlassung. Er kann seinen Schaden aber direkt beim Fotografen geltend machen.

Erstellung der Webseite durch Werbeagentur

Entweder kauft die Agentur im eigenen Namen Fotos ein und hat das Recht, die Fotos weiter an Kunden unterlizenzieren zu dürfen oder die Fotos werden direkt auf den Namen des jeweiligen Kunden lizenziert. In beiden Fällen gilt, dass der Auftraggeber nicht darauf vertrauen kann, dass die Werbeagentur den Internetauftritt frei von Rechten Dritter erstellt und „schon alles richtig macht“. Auch mit der Auswahl einer etablierten, vertrauenswürdigen Werbeagentur kann sich der Seiteninhaber nicht exkulpieren, denn beim Verschulden gilt ein strenger Maßstab. Vielmehr muss er sich erkundigen, ob die Agentur im Besitz von Verwertungsrechten ist oder ob die Fotos korrekt auf den Namen des Kunden gekauft wurden – und sich dies auch vertraglich zusichern lassen. Nur so besteht die Möglichkeit, dass ein eventuell später entstandener Schaden von der Agentur übernommen werden muss.

Rechtsanwältin Katrin Freihof
Fachanwältin für gewerblichen Rechtsschutz
RESMEDIA Berlin

Unerlaubte Bildnutzung kann teuer werden



Rechtsanwältin Katrin Freihof
Foto: RESMEDIA Berlin

Ob aus Unwissenheit oder Kalkül: Wer Bilder ohne Einwilligung des Urhebers nutzt, riskiert eine Abmahnung. Das gilt für Internetseiten ebenso wie für Printprodukte. Wie verhält man sich im Fall einer Abmahnung richtig? KZV aktuell fragt bei Rechtsanwältin Katrin Freihof nach.

KZV aktuell: Frau Freihof, was ist eine Abmahnung?

Katrin Freihof: Bei einer Abmahnung handelt es sich um ein außergerichtliches Schreiben, das in erster Linie dazu dient, den Rechtsverletzer auf sein rechtswidriges Verhalten hinzuweisen und wenn möglich eine gerichtliche Auseinandersetzung zu vermeiden. Außerdem enthält die Abmahnung die Aufforderung, das vorgeworfene Verhalten in Zukunft zu unterlassen. Um den Unterlassungsanspruch der Gegenseite zu befriedigen, sollte eine Unterlassungserklärung innerhalb einer kurzen Frist abgegeben werden. Die Abmahnung enthält zudem ein Auskunftsverlangen sowie ein Zahlungsbegehren für Rechtsanwaltskosten und gegebenenfalls Lizenzgebühren für die Bilder, die meist erst nach Auskunftserteilung konkret beziffert werden. Die Abmahnung muss in jedem Fall die Androhung gerichtlicher Schritte enthalten.



KZV aktuell: Was genau ist der Unterschied zwischen einer Abmahnung und einer Unterlassungserklärung?

Katrin Freihof: Die Abmahnung weist auf den Rechtsverstoß hin und enthält in den meisten Fällen eine vorformulierte Unterlassungserklärung. Die Unterlassungserklärung hat der Rechtsverletzer abzugeben. Dabei handelt es sich um einen Vertrag auf unbestimmte Zeit, der im Wiederholungsfall eine Vertragsstrafenforderung der Gegenseite nach sich zieht. Gültig ist die Unterlassungserklärung nur, wenn sie dem Gegner im Original zugeht. Sollte man die Unterlassungserklärung des Gegners ändern, also nicht das vorformulierte Schreiben verwenden, muss dieser die geänderte Unterlassungserklärung ausdrücklich annehmen und den Zugang der Annahmeerklärung im Streitfall auch beweisen.

KZV aktuell: Die Abmahnung wegen unerlaubter Bildnutzung ist ins Haus geflattert. Wie reagiere ich richtig?

Katrin Freihof: Es besteht ein Anspruch darauf, sich in angemessener Zeit einen Rechtsrat einzuholen. Sollte die Abmahnung also erst einen Tag vor Fristablauf zugestellt werden, verlängern Sie die Frist um eine angemessene Zeit, in der Regel um fünf Werktage. Es sollte Ruhe bewahrt werden, die vorgeworfenen Tatsachen geprüft, Lizenzvereinbarungen gesichert und im Falle von Internetseiten Screenshots mit Datum gefertigt werden. Erst danach sollten die Fotos gegebenenfalls entfernt werden. Nur so lässt sich prüfen, ob der Vorwurf gerechtfertigt ist. Die Frist für die Abgabe der Unterlassungserklärung sollte unbedingt eingehalten werden – sofern sich die urheberrechtliche Verletzung bestätigt.

KZV aktuell: Was sollte ich auf keinen Fall tun?

Katrin Freihof: Falsch wäre es, auf die Abmahnung gar nicht zu reagieren. Persönlicher Kontakt mit dem gegnerischen Rechtsanwalt sollte vermieden werden. Die Unterlassungserklärung sollte nicht vorschnell abgegeben werden, denn es muss zunächst geprüft werden, ob

überhaupt eine urheberrechtliche Verletzung vorliegt. Aber selbst wenn ein Rechtsverstoß vorliegt, kann die vorformulierte Unterlassungserklärung des Gegners zu weit oder zu eng gefasst sein oder ein zu hohes Vertragsstrafeversprechen oder Regelungen zu Auskunft und Kosten enthalten.

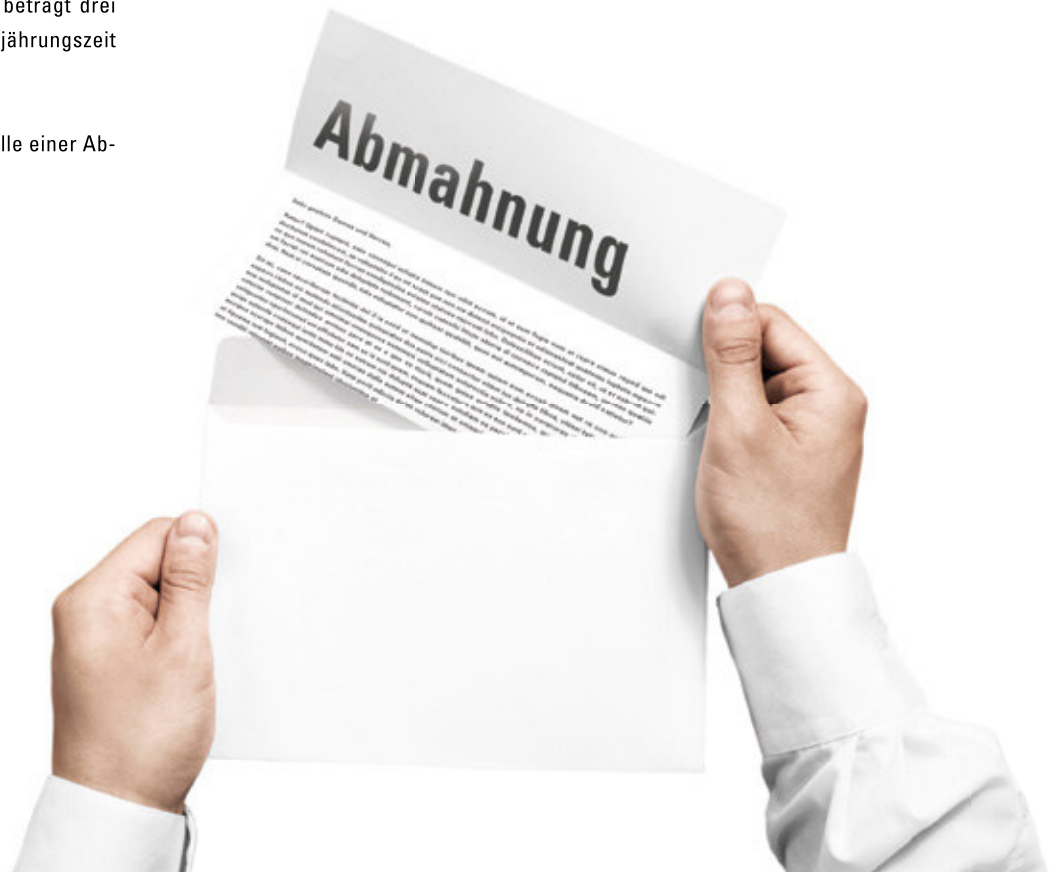
KZV aktuell: Was passiert, wenn ich auf die Abmahnung nicht reagiere?

Katrin Freihof: Der Gegner kann eine einstweilige Verfügung beim Gericht erwirken und das schon nach relativ kurzer Zeit nach der Abmahnung. Von der Antragstellung bekommt man als Abgemahnter nichts mit. Erst wenn der Gerichtsvollzieher den gerichtlichen Beschluss zustellt, erlangt man Kenntnis von der Einschaltung des Gerichts. Gegen den einstweiligen Verfügungsbeschluss kann man jedoch jederzeit Widerspruch einlegen, wenn Chancen auf eine Rechtsverteidigung bestehen. Sollte der Gegner keine einstweilige Verfügung beantragen, hat dieser die Möglichkeit der Klage. Im Falle einer Abmahnung wegen einer Fotografie wird im Regelfall eine Stufenklage eingereicht, diese ist gerichtet auf Unterlassung, Auskunft und Schadensersatz. Die regelmäßige Verjährungszeit beträgt drei Jahre, für den Lizenzschaden beträgt die Verjährungszeit allerdings zehn Jahre.

KZV aktuell: Welche Kosten kommen im Falle einer Abmahnung auf mich zu?

Katrin Freihof: Das kommt immer darauf an, um was für eine Fotografie es sich handelt, zum Beispiel eine Produktfotografie aus einem Onlineshop, eine künstlerische Fotografie oder eine Stockfotografie einer Bildagentur. Die Kosten hängen zudem davon ab, wie das Foto genutzt wurde. Der Gegner verlangt in der Regel Kosten für die Abmahnung – zumindest dann, wenn ein Anwalt die Abmahnung verschickt hat. Diese Kosten stellen oft den größten Posten dar und liegen bei der unberechtigten Nutzung eines einzigen Bildes meist zwischen 150 EUR (private Nutzung) und 800 EUR netto. Die Gebühren erhöhen sich, wenn mehrere Bilder benutzt wurden. Der Schadensersatz für den Fotografen berechnet sich meist nach der Nutzungsdauer. Als Branchenwert für Fotografen kann beispielsweise die Broschüre „Bildhonorare“ der Mittelstandsgemeinschaft Foto-Marketing herangezogen werden, die jährlich erscheint. Zum Beispiel würden bei einer sechsmonatigen Nutzung in einem Unternehmensblog 180 EUR Schadensersatz anfallen.

KZV aktuell: Vielen Dank für die Auskunft.



Praxisführung wirtschaftlich betrachtet: AfA – alles klar?

Praxiseinrichtungen, Gebäude und Fahrzeuge verlieren kontinuierlich an Wert. Der siebte Teil der Serie „Praxisführung wirtschaftlich betrachtet“ beschäftigt sich mit dem Schwerpunktthema „Abschreibung“.

Durch die kontinuierliche Nutzung, aber auch durch den technischen Fortschritt büßt ein wesentlicher Teil des Anlagevermögens eines Unternehmens permanent an Wert ein. Diesem Umstand wird dadurch Rechnung getragen, dass pro Jahr ein bestimmter Betrag der Anschaffungskosten steuerlich geltend gemacht werden kann und damit die Steuerbelastung mindert. Diesen Vorgang bezeichnet man als Abschreibung.

Ein Beispiel: Sie schaffen ein neues medizintechnisches Gerät für 20.000 EUR an. Im Verzeichnis des Anlagevermögens wird das Gerät am Ende des Geschäftsjahres mit einem Buchwert von 18.000 EUR aufgeführt. Die Wertminderung von 2.000 EUR ist der Abschreibungsbetrag. Er gilt als betrieblicher Aufwand und wird in der Buchhaltung auf einem eigenen Aufwandskonto erfasst. Ihr zu versteuerndes Einkommen sinkt um diesen Betrag.

Warum überhaupt abschreiben?

Wenn ein Objekt abgeschrieben wird, findet damit die Dokumentation eines Wertverlusts statt. Wozu ist das erforderlich?

- › Abschreibungen sind als Aufwand steuerlich absetzbar.
- › Im Anlageverzeichnis muss erkennbar sein, über welches Kapital das Unternehmen zurzeit verfügt. Wenn keine Abschreibung erfolgen würde, dann würden Vermögenswerte aufgeführt, die nicht mehr existieren. Das Anlagevermögen wäre stark überbewertet.
- › Anlagegüter werden im Allgemeinen über einen längeren Zeitraum genutzt. Die Anschaffungskosten werden über die Nutzungsdauer verteilt und nicht sofort in voller Höhe geltend gemacht. Andernfalls ergäbe sich ein irreführendes Bild: Im Anschaffungsjahr entstünde ein hoher Aufwand, dem nur ein geringer Ertrag aus der Nutzung des Anlagegutes gegenüberstünde. In den folgenden Jahren würde kein Aufwand mehr angesetzt werden, obwohl durch die Nutzung weiterhin Erträge erzielt würden.
- › Abschreibungen finden auch in die Kosten- und Leistungsrechnung Eingang. Würden Sie nicht berücksichtigt, wären verlässliche Kalkulationen unmöglich.

Abgeschrieben werden nur Anlageobjekte, die auch tatsächlich einer „Abnutzung“ unterliegen. Keiner Abnutzung unterliegen beispielsweise Beteiligungen oder Grundstücke. Betreiben Sie Ihre Praxis in der eigenen zum Praxisvermögen gehörenden Immobilie, müssen Sie unterscheiden zwischen dem eigentlichen Gebäudewert (das Gebäude unterliegt einer Abnutzung und kann daher abgeschrieben werden) und dem Wert von Grund und Boden, der nicht abgeschrieben werden kann. Falls in der Kaufurkunde der Kostenanteil für Grund und Boden nicht getrennt ausgewiesen ist, muss geschätzt werden, welcher Anteil vom Kaufpreis auf die Bebauung und welcher Anteil auf das Grundstück entfällt.

Jetzt werden sie mit Recht einwenden, es könne doch durchaus der Fall eintreten, dass Grundstücke durch fallende Grundstückspreise oder äußere Einflüsse an Wert verlieren oder Beteiligungen einer Wertveränderung unterliegen können. Diese Wertveränderungen können trotzdem nicht abgeschrieben werden, denn es ist durchaus möglich, dass sich derartige Veränderungen im zeitlichen Verlauf wieder gegenläufig entwickeln. Statt einer Abschreibung kann in derartigen Fällen eine „Wertberichtigung“ erfolgen.

Merke: Abgeschrieben werden können nur Anlageobjekte, die auch einer tatsächlichen Abnutzung unterliegen.

Wie funktioniert das nun genau mit der Abschreibung?

Nehmen wir an, Sie schaffen eine neue Behandlungseinheit an. Dadurch entstehen Ihnen Kosten. Allerdings erhöht sich gleichzeitig der Wert Ihres Betriebsvermögens. Gehen wir der Einfachheit halber davon aus, dass zum Zeitpunkt der Anschaffung die Anschaffungskosten und der Buchwert gleich groß sind, dann hat sich im Prinzip nichts geändert. Den Kosten steht der Vermögenszuwachs gleichwertig gegenüber. Ist die Behandlungseinheit aber erst einmal montiert, dann ist sie kein Neugerät mehr. Im Falle eines etwaigen Verkaufs wird Ihnen kaum ein Käufer den ehemaligen Neuwert bezahlen. Die Nutzung führt zu einem weiteren Wertverlust. Die beschriebenen Wertverluste entsprechen dem Abschreibungsbetrag, der in Ihrer Buchhaltung Jahr für Jahr ausgewiesen wird. Es entsteht dadurch ein „betrieblicher Aufwand“, der Ihren Gewinn mindert und Ihnen hilft, Ihr zu versteuerndes Einkommen zu senken.



Sie haben aber nicht nur Kosten, sondern auch einen Nutzen: Die neue Behandlungseinheit ermöglicht Ihnen, durch die Nutzung Erträge zu erzielen. Bei der Behandlungseinheit ist das unmittelbar nachvollziehbar. Aber auch beispielsweise Ihre EDV-Anlage oder die Büroausstattung sind erforderlich, um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten. Dieser wiederum stellt sicher, dass Sie mit Ihrer Arbeit auch Erträge erwirtschaften. Sie profitieren also über mehrere Jahre von dem betreffenden Anlageobjekt. Die Anschaffungskosten werden anteilig auf diese Jahre verteilt. Irgendwann ist aber auch das neu angeschaffte Objekt nicht mehr nutzbar und es muss durch ein Neues ersetzt werden. Zu diesem Zeitpunkt sollte es dann auch voll abgeschrieben sein und sein Buchwert in der Aufstellung des Anlagevermögens und in der Steuererklärung bei nahezu null liegen (in der Regel werden abgeschriebene Objekte allerdings mit einem Restwert von 1 EUR aufgeführt und erst bei der Außerbetriebnahme mit diesem Restwert ausgebucht). Die Summe der Abschreibungsbeträge entspricht in diesen Fällen exakt den ursprünglichen Herstellungs- oder Anschaffungskosten. Bei einer Einlage aus dem Privatvermögen ins Betriebsvermögen ist der Einlagewert Bemessungsgrundlage für die Abschreibung. Wurde das Wirtschaftsgut (zum Beispiel ein Gebäude) aber vor der Einlage im Rahmen von Überschusseinkünften (zum Beispiel Einkünfte aus Vermietung) genutzt, wird zur Vermeidung doppelter Abschreibungen der Einlagewert um die bisherigen, vor der Einlage angesetzten Abschreibungen vermindert (siehe dazu auch § 7, Abs. 1, S. 5 Einkommensteuergesetz – EStG).

Merke: Maßgeblich für die Ermittlung der Abschreibungsbeträge ist der Wert des Anlageobjekts zum Zeitpunkt der Anschaffung. Dieser ist in der Regel nicht identisch mit dem Kaufpreis. Sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit der Anschaffung entstanden sind, sind dem Kaufpreis hinzuzurechnen. Das betrifft beispielsweise Aufwendungen für Transport, Montage, eventuelle Provisionen, aber auch spezifische Versicherungen etc. Preisnachlässe wie Boni, Rabatt oder Skonto sind allerdings vom Kaufpreis abzuziehen. Finanzierungskosten wie Kreditzinsen, Diskont oder Bankgebühren gehören ebenfalls nicht zu den Anschaffungsnebenkosten und dürfen bei der Ermittlung des Anschaffungswertes nicht berücksichtigt werden.

Absetzung für Abnutzung – die AfA

Im Steuerrecht spricht man nicht von „Abschreibung“, sondern dort gibt es den Begriff „Absetzung für Abnutzung“ – kurz AfA. Das ist lediglich eine andere Bezeichnung für den gleichen Vorgang. Zur Orientierung hat die Finanzverwaltung sogenannte AfA-Tabellen veröffentlicht, in denen für diverse Anlageobjekte die „betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer“ ausgewiesen wird. Die Tabellen sind nach verschiedenen Wirtschaftszweigen gegliedert. Man findet beispielsweise AfA-Tabellen für die „Borsten- und Pinselindustrie“ oder „Torfgewinnung und Aufbereitung“. Für uns allerdings von größerem Interesse dürfte die AfA-Tabelle „Gesundheitswesen“ sein. Dort wird beispielsweise die Nutzungsdauer einer zahnärztlichen Behandlungseinheit mit zehn Jahren angesetzt.

Lineare Abschreibung und Sonderabschreibung

Vom Grundsatz her ist die Abschreibung ganz einfach: Sie schreiben in jedem Jahr der Nutzungsdauer einen konstanten Betrag ab. Diesen ermitteln Sie, indem Sie die Anschaffungs- oder Herstellungskosten durch die Nutzungsdauer in Jahren dividieren. Das Ergebnis ist der Betrag, den Sie jährlich steuerlich geltend machen können.

Im ersten Jahr muss zeitanteilig abgeschrieben werden. Für einen angebrochenen Monat kann die AfA voll oder nur tageweise berechnet werden. Nachträgliche Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten werden zum Buchwert bei Jahresbeginn addiert, anschließend teilen Sie den Gesamtbetrag durch die verbleibende Nutzungsdauer. Bei einer nachträglichen Kaufpreisminderung im Jahr nach der Anschaffung berechnen Sie im Jahr des Erwerbs die AfA anhand der ursprünglichen Anschaffungskosten. Im Folgejahr ist die Bemessungsgrundlage für die Berechnung der AfA aufgrund der geminderten Anschaffungskosten niedriger.

Wenn Sie ein Wirtschaftsgut anschaffen, für das Sie vorher einen Investitionsabzugsbetrag gebildet haben, dürfen Sie im Jahr der Anschaffung eine zusätzliche Abschreibung von 40 Prozent vornehmen. Die Bemessungsgrundlage für die lineare AfA verringert sich dann um diesen Betrag.

Beim Investitionsabzugsbetrag handelt es sich um eine Sonderabschreibung für kleine und mittlere Betriebe. Bei neuen oder gebrauchten beweglichen Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens (zum Beispiel Geräte, Fahrzeuge, EDV-Anlagen), die Sie nach dem 31.12.2007 angeschafft haben, dürfen Sie unter bestimmten Voraussetzungen im Jahr der Anschaffung und den vier darauffolgenden Jahren zusätzlich zur linearen Abschreibung eine Sonderabschreibung in Höhe von insgesamt 20 Prozent der Anschaffungskosten geltend machen. Die Sonderabschreibung darf beliebig über den Fünfjahreszeitraum verteilt werden. Keine Sonderabschreibung ist zulässig bei Einlage eines Wirtschaftsgutes in den Betrieb und bei im Sammelposten erfassten geringwertigen Wirtschaftsgütern.

Das Wirtschaftsgut muss mindestens bis zum Ende des auf die Anschaffung oder Herstellung folgenden Jahres im inländischen Betrieb verbleiben und bis dahin in jedem der beiden Jahre nahezu ausschließlich (mindestens zu 90 Prozent) betrieblich genutzt werden. Damit wird eine Sonderabschreibung für den auch privat genutzten Betriebs-Pkw ab 2008 fast unmöglich. Fällt eine unberechtigte Sonder-AfA bei einer Betriebsprüfung auf, werden die entsprechenden Steuerbescheide korrigiert.

Bei Anschaffung eines Wirtschaftsgutes im Januar und einer betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer von fünf Jahren können Sie im ersten Jahr bereits 40 Prozent (20 Prozent lineare Abschreibung plus 20 Prozent Sonderabschreibung) der Anschaffungskosten abschreiben. Im zweiten, dritten und vierten Jahr bleibt es bei dem linearen Abschreibungssatz von 20 Prozent. Aufgrund der Sonderabschreibung ist das Wirtschaftsgut bereits nach vier Jahren vollständig

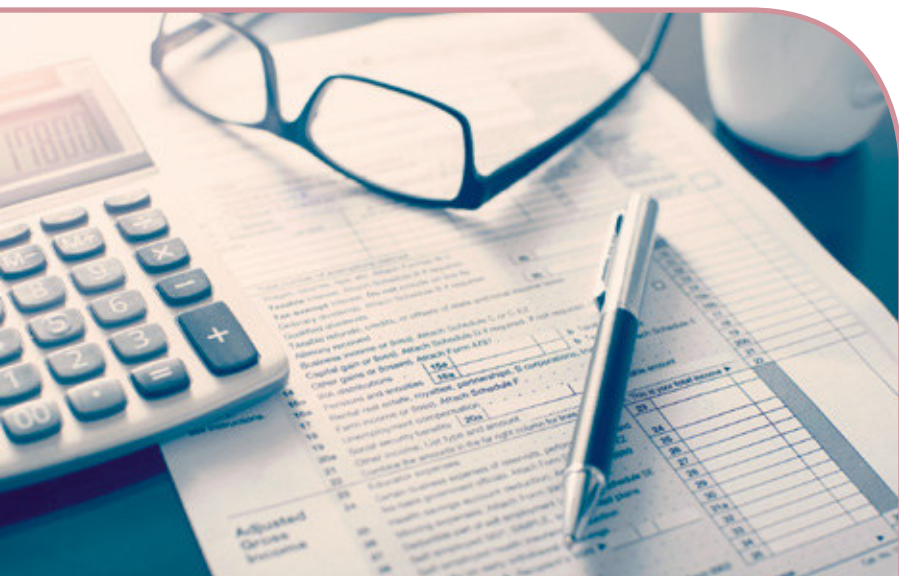
abgeschrieben. Die meisten Zahnarztpraxen bilanzieren nicht, sondern sind Einnahmen-Überschuss-Rechner. Falls das auch auf Ihre Praxis zutrifft, haben Sie nur dann einen Anspruch auf die Sonderabschreibung, wenn Ihr Gewinn im Jahr vor der Anschaffung des Wirtschaftsgutes nicht mehr als 100.000 EUR betragen hat (bei Bilanzierern: Betriebsvermögen von höchstens 235.000 EUR). Diese Sonderabschreibung dürfte speziell für Praxisneugründer oder -übernehmer von Interesse sein, die im ersten Praxisjahr noch unterhalb der angegebenen Gewinnmarke bleiben. Sie merken: Ganz so einfach ist die Materie doch nicht. Besprechen Sie die Problematik unbedingt mit Ihrem steuerlichen Berater.

Degressive Abschreibung

Die degressive Abschreibung wurde in den letzten Jahren abgeschafft, dann wieder eingeführt und schließlich erneut abgeschafft. Zudem wurde sie während ihrer Gültigkeitszeit mehrfach verändert. Für Wirtschaftsgüter, die bis Ende 2010 gekauft wurden, dürfen Sie sie noch nutzen. Seit 2011 gehört die degressive Abschreibung zwar wieder der Vergangenheit an, zum Einsatz kommt sie aber weiterhin für in der Vergangenheit angeschaffte Wirtschaftsgüter. Ob die degressive Abschreibung genutzt werden darf, richtet sich nach dem Zeitpunkt der Anschaffung des jeweiligen Wirtschaftsgutes.

1. Das Anlageobjekt wurde im Zeitraum vom 1.1.2009 bis 31.12.2010 angeschafft: Die degressive AfA beträgt das 2,5-Fache der linearen Abschreibung, maximal 25 Prozent des Buchwertes. Die Höhe der linearen Abschreibung ergibt sich aus der Abschreibungsdauer, die in den AfA-Tabellen festgelegt ist.
2. Für Anschaffungen im Zeitraum 1.1.2006 bis 31.12.2007 gilt: Die degressive AfA beträgt das Dreifache der linearen Abschreibung, maximal 30 Prozent des Buchwertes.

Wenn Sie die degressive Abschreibung anwenden, müssen Sie den Abschreibungsbetrag jedes Jahr neu ermitteln. Anders als bei der linearen Abschreibung können Sie ihn nicht einfach aus dem Vorjahr übernehmen. Vielmehr lautet die Bemessungsgrundlage bei der degressiven Abschreibung: Buchwert = Anschaffungskosten abzüglich der bisherigen Abschreibungen.



Während bei der linearen Abschreibung die Abschreibungsbeträge über die Jahre konstant bleiben, verringern sich diese bei der degressiven Abschreibung im Laufe der Zeit. Das liegt daran, dass der Ausgangspunkt für die jährliche degressive Abschreibung der Buchwert des abzuschreibenden Wirtschaftsgutes zu Beginn des jeweiligen Jahres ist. Da der Buchwert von Jahr zu Jahr sinkt, während der degressive Abschreibungssatz konstant bleibt, verringert sich der degressive Abschreibungsbetrag von Jahr zu Jahr. Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen den beiden Abschreibungsmethoden: Degressiv abschreiben lassen sich nur bewegliche Wirtschaftsgüter.

Beginn und Ende der Abschreibung

Wenn Sie ein bestimmtes Objekt einen Monat vor Ende des Geschäftsjahrs erwerben, ist der Wertverlust nicht so hoch, wie wenn Sie es zehn Monate zuvor angeschafft hätten. Diesem Umstand soll bei der Abschreibung Rechnung getragen werden. Deshalb beginnt die Abschreibung erst zu dem Zeitpunkt, zu dem das betreffende Anlagegut geliefert oder fertiggestellt ist. Sie können also im ersten Jahr das Objekt nur zeitanteilig abschreiben.

Es gibt zwei Verfahren, den Anteil festzulegen:

- › Die anteilige monatsgenaue Berechnung:
Entscheidend ist nicht der Tag, an dem das Objekt angeschafft wird. Maßgeblich ist vielmehr der Kalendermonat. Es ergibt also keinen Unterschied, ob am 1. oder am 31. März geliefert wird. Nehmen wir der Einfachheit halber an, das Geschäftsjahr entspräche dem Kalenderjahr. So wird ein Objekt, das im März angeschafft wird, mit zehn Monaten berechnet, denn der Monat selbst zählt vollständig mit. Sie müssen den für das Geschäftsjahr ermittelten Abschreibungsbetrag einfach durch zehn Zwölftel teilen.
- › Die Festlegung nach der Vereinfachungsregel
Wesentlich leichter können Sie den Absetzungsbetrag finden, wenn Sie von der Vereinfachungsregel Gebrauch machen: Demnach können Sie alle Wirtschaftsgüter, die in der ersten Hälfte des Geschäftsjahres angeschafft oder hergestellt werden, zum vollen Betrag abschreiben. Für Objekte, die in der zweiten Hälfte des Geschäftsjahres angeschafft oder hergestellt werden, wird die Hälfte des Jahresbetrages angesetzt.

Beispiel: Am 4. Oktober wird eine neue EDV-Anlage angeschafft. Die Anschaffungskosten betragen 10.000 EUR. Es wird von einer voraussichtlichen Nutzungsdauer von vier Jahren ausgegangen. Der Abschreibungssatz beträgt 25 Prozent. Der volle Abschreibungsbetrag für das erste Jahr wäre 2.500 EUR. Da die Anlage in der zweiten Hälfte des Geschäftsjahres angeschafft wird, kann nach der Vereinfachungsregel immerhin die Hälfte davon abgeschrieben werden, also 1.250 EUR.

Wichtig: Die Vereinfachungsregel kann nur bei „beweglichen“ Anlagegütern angewendet werden, also bei Büroeinrichtung, Fahrzeugen, Maschinen etc.

Wann endet die Abschreibung?

Die Abschreibung endet, sobald Sie das betreffende Objekt nicht mehr nutzen. Dafür gibt es im Wesentlichen zwei Gründe:

- › Das Objekt ist unbrauchbar geworden, „verbraucht“. Es kann nicht mehr benutzt werden und wird ausgemustert.
- › Sie verkaufen es weiter, geben es in Zahlung, überlassen es einem Dritten oder überführen es ins Privatvermögen.

Es wurde bereits erwähnt: Solange Sie das Objekt noch benutzen, kann es nicht vollständig abgeschrieben werden. Auch wenn es nach den Angaben der AfA-Tabelle bereits wertlos ist, so muss der symbolische Wert von einem Euro noch bilanziert werden.

Verkauf im laufenden Jahr

Wenn Sie das Objekt im laufenden Jahr veräußern, muss ebenfalls anteilig berechnet werden, wie hoch der aktuelle Buchwert zum Zeitpunkt des Verkaufs war. In der Praxis hat das jedoch nur geringe Konsequenzen. Liegt der Erlös über dem Buchwert, müssen Sie sowieso die Differenz als Veräußerungsgewinn versteuern. Liegt er darunter, können Sie einen Verlust geltend machen. Entnehmen Sie ein Anlageobjekt aus dem Betriebsvermögen und führen es beispielsweise in Ihren Privatbesitz über, dann müssen Sie den Restwert als Gewinn versteuern.

Da sich im Bereich der steuerlichen Abschreibungen nicht selten kurzfristige Änderungen seitens des Gesetzgebers oder der Finanzverwaltung ergeben, sollten Sie diese Thematik ausführlich mit Ihrem steuerlichen Berater besprechen.

Dr. Günter Kau, M.Sc.

DMS V: Deutsche sind länger mundgesund



DMS V
FÜNFTE DEUTSCHE
MUNDGESUNDHEITSSTUDIE
vom Institut der Deutschen Zahnärzte

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. KZV aktuell stellt die Ergebnisse der DMS V ausführlich in einer Serie vor.

Bei der Mundgesundheit in Deutschland ist ein wichtiger Trend in bemerkenswertem Ausmaß zu erkennen: Sowohl bei der Karies als auch bei der Parodontitis zeigt sich in den vergangenen neun Jahren ein erheblicher Rückgang gleichermaßen in der Anzahl der Erkrankungen wie auch in ihrer Schwere.

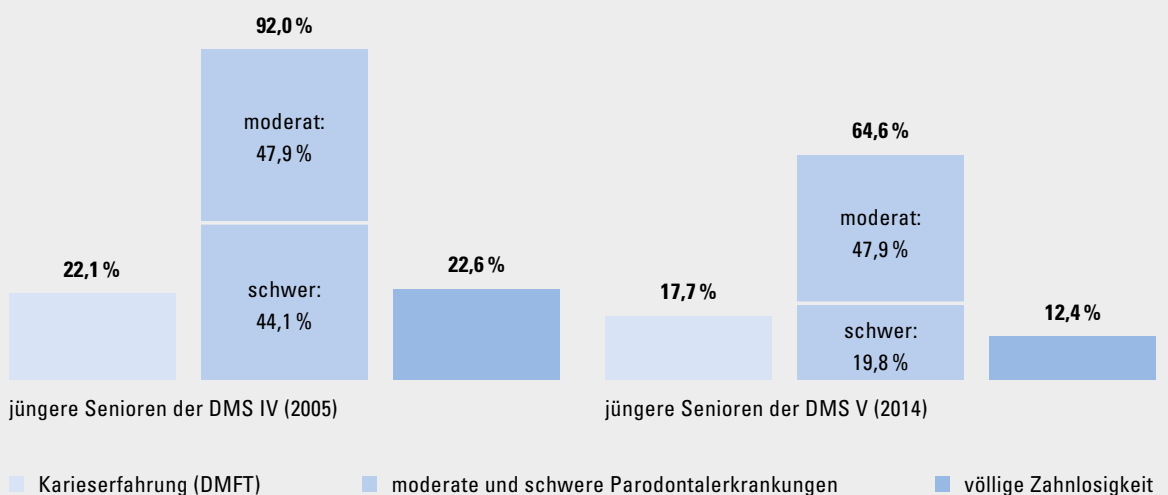
Dieser Trend zieht sich im Erhebungszeitraum der Jahre 2005 (DMS IV) bis 2014 (DMS V) durch sämtliche unter-

suchte Bevölkerungsgruppen, alle Altersgruppen und alle sozialen Schichten. Allerdings scheint sich künftig die Hauptlast dieser beiden oralen Haupterkrankungen in das höhere Alter zu verschieben, wodurch der Behandlungsbedarf infolge des demografischen Wandels prognostisch steigt. Dieser Effekt nennt sich „Morbiditätskompression“ und bedeutet vor allen Dingen, dass dem Erkrankungsbeginn mehr gesunde Lebensjahre vorausgehen.

Konkrete Hinweise auf die Morbiditätskompression gibt das Erkrankungsprofil der heute 75- bis 100-Jährigen: Es entspricht in etwa dem der 65- bis 74-Jährigen im Jahr 2005. Bei der Zahnkaries von Kindern und Jugendlichen setzt sich der Rückgang schon seit Anfang der 1980er Jahre unverändert fort, entsprechend dem internationalen Trend in anderen Industrienationen. Demgegenüber lagen die Parodontalerkrankungen bei jüngeren Erwachsenen lange auf konstant hohem Niveau. Ein rückläufiger Trend zeigt sich in diesem Bereich erst für die vergangenen neun Jahre von 2005 bis 2014.



Mundgesundheit bleibt länger erhalten (Morbiditätskompression)



Mehr mundgesunde Lebensjahre: Morbiditätskompression zeigt sich einerseits darin, dass jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) im Jahr 2014 in vielen Bereichen eine bessere Mundgesundheit haben als im Jahr 2005.

Befund und Verhalten

Die Tendenzen bei den beiden Hauptkrankheiten der Zahnmedizin sprechen deutlich für das vor 30 Jahren aufgesetzte Konzept der Morbiditätskompression. Es besagt, dass seit Anfang des 19. Jahrhunderts die Zeiten, in denen Menschen ihr Leben lang an chronischen Erkrankungen und Behinderung leiden, kontinuierlich abnehmen werden. Die Gründe sind Veränderungen des Lebensstils, die der Gesundheit förderlich sind. Dazu zählen zum Beispiel Veränderungen in der Ernährungsweise, bei der Fluoridzufuhr oder dem Tabakkonsum – Faktoren, die für die Mundgesundheit eine wesentliche Rolle spielen. Die Morbiditätskompression ist also in der Zahnmedizin ein deutlicher Effekt der stark verbesserten Prävention auf allen Interventionsebenen.

Aus der DMS V ergeben sich weitere Veränderungen des Lebensstils, die sich auch spezifisch auf die Verbesserung der Mundgesundheit beziehen lassen. Immerhin sind 75 bis 85 Prozent der Menschen in Deutschland der Überzeugung,

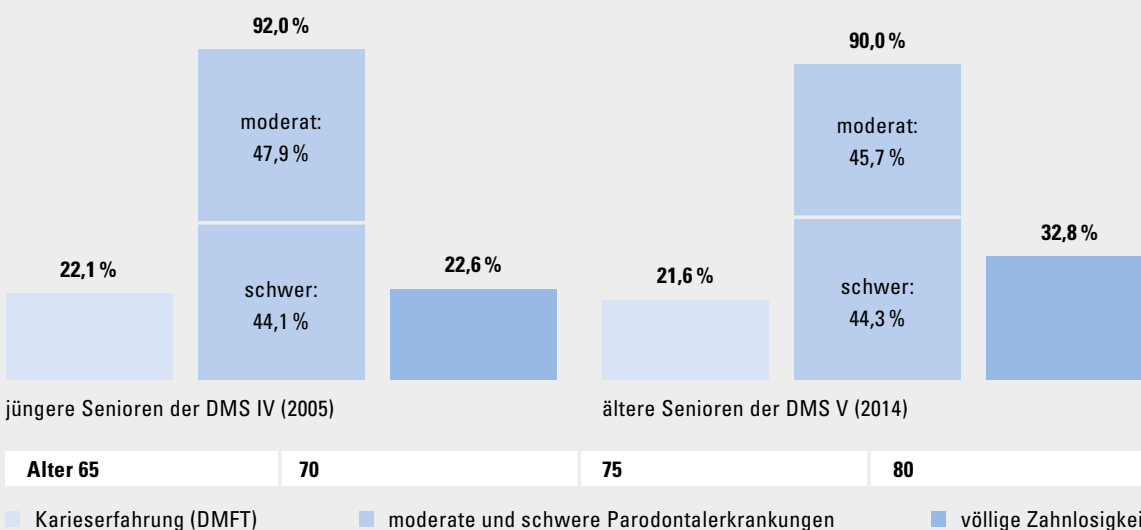
selbst etwas für ihre Mundgesundheit tun zu können (Selbstwirksamkeitsprinzip). Dazu zählen die regelmäßige Mundpflege (Häufigkeit, Zeitpunkt und Dauer), der vermehrte Einsatz von Hilfsmitteln bei der Mundhygiene wie Zahnseide, regelmäßige Zahnarztbesuche „zur Kontrolle“ und zur frühzeitigen Intervention sowie die steigende Nachfrage nach Professioneller Zahnreinigung (PZR). Dies alles trägt zu einer deutlichen Senkung des Risikos einer oralen Erkrankung bei.

Der enge Zusammenhang von „Verhalten und Befund“ lässt sich anhand der Daten zur Parodontitis bei jüngeren Senioren illustrieren. Das Risiko, an einer schweren Parodontitis zu erkranken, sinkt für einen Menschen zwischen dem 65. und 74. Lebensjahr rechnerisch um den Faktor 3,4, wenn er Kontrolluntersuchungen in der Zahnarztpraxis wahrnimmt, nicht raucht und seine Zahnzwischenräume regelmäßig pflegt und reinigt.

KZBV/BZÄK



Munderkrankungen verschieben sich ins höhere Lebensalter (Morbiditätskompression)



Verschiebung der Krankheitslasten in das höhere Lebensalter: Morbiditätskompression zeigt sich andererseits darin, dass ältere Senioren (75- bis 100-Jährige) im Jahr 2014 in vielen Bereichen einen Mundgesundheitszustand wie die jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) im Jahr 2005 haben.

Mundgesundheit: Deutschland weltweit in Spitzenpositionen

Der internationale Vergleich von Mundgesundheit ist aufgrund der Heterogenität der verschiedenen Länder nicht einfach. Die Unterschiede liegen unter anderem in der Verfügbarkeit und Aktualität der Daten, den Strukturen der jeweiligen Gesundheitssysteme und in den unterschiedlichen soziodemografischen Verhältnissen. Die DMS V hat dennoch eine Gegenüberstellung zu solchen Ländern vorgenommen, die einen mit Deutschland vergleichbaren soziodemografischen Hintergrund haben. Aus den kontrastiven Daten ergeben sich auch Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen – mit einem klar erkennbaren Ergebnis: Die Mundgesundheit in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert und nimmt in wichtigen Bereichen die führende Rolle ein. Im Folgenden wird ein Vergleich der G7-Staaten dargestellt.

Karies im internationalen Vergleich

International liegt Deutschland beim Vergleich der Karies bei Kindern vorn: Mit einem DMFT-Wert von 0,5 haben Kinder im Alter von 12 Jahren hierzulande eine deutlich geringere Karieserfahrung als Kinder in anderen Ländern. Bereits das drittplatzierte Kanada weist mit 1,0 einen doppelt so hohen DMFT-Wert aus wie Deutschland.

Bezüglich der Karieserfahrung bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) nimmt Deutschland mit einem DMFT-Wert von 11,2 einen guten Mittelplatz ein. Über diese Altersgruppe gibt es weltweit weniger einheitliches und aktuelles Datenmaterial als über die der Kinder. Lediglich Spanien weist bei jüngeren Erwachsenen mit 6,8 einen einstelligen DMFT-Wert auf.

Auch die aktuelle Datenlage zur Karieserfahrung bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) ist weltweit geringer als die für die Gruppe der Kinder. Im internationalen Vergleich teilt sich Deutschland mit einem DMFT-Wert von 17,7 einen der vorderen Plätze mit den USA. Bemerkenswert: Die USA weisen in dieser Altersgruppe bei gleichem Karieswert deutlich weniger fehlende Zähne aus: USA 8,3 – Deutschland 11,1.

International zählt Deutschland mit deutlich weniger Karieserfahrungen als in den meisten anderen vergleichbaren Ländern also zu den Spitzenreitern. Dies ist umso mehr eine positive Nachricht, da Karies als die weltweit häufigste Krankheit gilt. Global leiden mehr als 2,4 Milliarden Menschen an unbehandelter Karies.

Parodontitis im internationalen Vergleich

Zum internationalen Vergleich der Parodontalerkrankungen fokussiert die DMS V auf die Altersgruppen der 35- bis 44-Jährigen und der 65- bis 74-Jährigen. Bei Kindern sind Parodontalerkrankungen zu selten und für die Altersgruppe der 75- bis 100-Jährigen ist die Datenlage international nicht ausreichend für eine vergleichende Betrachtung.

Mehr als die Hälfte der jüngeren Erwachsenen leiden unter Parodontitis; allerdings nur 10 Prozent unter schwerer Parodontitis (Sondierungstiefen der Zahnfleischtaschen ab 6 mm). Bei den schweren Parodontalerkrankungen liegt Deutschland gemeinsam mit Frankreich damit auf dem zweiten Platz hinter Japan mit lediglich 4 Prozent schweren Parodontalerkrankungen. Bei der moderaten Parodontitis (Sondierungstiefe der Zahnfleischtaschen von 4-5 mm) nimmt der Wert bei den jüngeren Erwachsenen dann allerdings rapide zu (48 Prozent) und weist Deutschland damit einen Platz im hinteren Drittel zu. Spitzenreiter sind Frankreich, Japan und Italien.





	Karieserfahrung (DMFT) ¹	moderate Parodontitis ²	schwere Parodontitis	völlige Zahnlosigkeit
	0,5	48 %	10 %	12 %
	1,0	52 % ³	21 % ³	22 %
	1,2	13 % ³	10 % ³	16 %
	1,1	36 %	12 %	13 %
	1,4	23 %	4 %	-
	0,7	62 %	13 %	15 %
	1,2	-	-	26 %
Kinder		jüngere Erwachsene		jüngere Senioren

Internationale Vergleiche (G7-Staaten)

Deutschland erreicht im internationalen Vergleich Spitzenpositionen bei der Karieserfahrung und der Zahnlosigkeit

Quelle: WHO, CAPP (Country/Area Profile Project), 2014

¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

² CPI-Fallklassifikation

³ Regionaldaten

Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) platziert sich Deutschland im internationalen Vergleich mit 25 Prozent schwerer Parodontitis und 51 Prozent moderater Parodontitis nur auf den hinteren Plätzen. Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass zu diesem Krankheitsbild weltweit nur wenige aktuelle Vergleichsdaten vorliegen.

Zahnlosigkeit im internationalen Vergleich

Erfreulicher ist ein anderes Ergebnis in dieser Altersgruppe: Lediglich 12 Prozent der jüngeren deutschen Senioren (65- bis 74-Jährige) haben keine eigenen Zähne mehr. Insbesondere für die Versorgung mit Zahnersatz spielt das insofern eine Rolle, als bei diesen Patienten nur noch herausnehmbarer Zahnersatz (Vollprothesen) verwendet werden kann. Mit diesem Wert führt Deutschland im internationalen Vergleich vor Italien und Großbritannien.

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

**Offizielles Mitteilungsblatt und Rund-
schreiben 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



Mitteilungsblatt der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV
aktuell