



Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

Juli/August 2017

Mit Rundschreiben 6/17

Titelthema

Deutschland wählt!



Telematik

eGK: Technik und Finanzierung
der Online-Anbindung

Praxisführung

Unterschriftenleistung
angestellter Zahnärzte

Fortbildung

Antibiotikaphylaxe in
der MKG-Chirurgie

Position

Weniger Staat, bitte! 3

Telematik

Elektronische Gesundheitskarte:
Technik und Finanzierung der Online-
Anbindung 4

Abrechnung aktuell

Röntgen: Einzelaufnahmen richtig
abrechnen 7

Titelthema

Gutachten zeigt: Bürgerversicherung
gefährdet Zahnarztpraxen 8

„Ein von Ideologie geprägtes
Experiment“ 10

Agenda Mundgesundheit:
KZBV legt den politischen Kurs fest 12

WahlCheck Gesundheit:
Wahlhelfer für Unentschlossene 14

Praxisführung

Befugnis zur Unterschrift: Was darf
der angestellte Zahnarzt, was nicht? 15

Recht

Korrekte Abrechnung:
Alle Praxispartner sind verantwortlich 16

Rundschreiben

Wichtige Informationen für
Kollegenschaft und Praxen 17

Aktuelles

IDZ-Studie: Zahnersatzkosten im
europäischen Vergleich 25

Fortbildung

Perioperative antibiotische Prophylaxe
in der MKG-Chirurgie 26

Interview

Vorsorge der frühkindlichen Karies:
Ein Jahr Pilotprojekt in der Südwest-
pfalz 32

Praxisführung

Praxisführung wirtschaftlich betrachtet:
Diese Kennzahlen sollten Sie beachten 34

Aktuelles

Maissirup:
Gefährlicher Industriezucker? 39

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.)
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

Titelfoto: Dualer Krankenversicherungs-
markt oder Einheitsversicherung?
Die Bundestagswahl am 24. September
ist auch eine Richtungsentscheidung
für das Gesundheitssystem.
Foto: tai11/Shutterstock.com

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.



Weniger Staat, bitte!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Politiker suchen gerne nach Schlagworten, von denen sie hoffen, den Nerv der Wähler zu treffen. Ein Paradebeispiel hierfür ist die „Bürgerversicherung“. Eine Krankenversicherung für alle, die die medizinische Versorgung nicht nur dauerhaft finanzierbar, sondern auch besser machen soll. Das klingt widersprüchlich. Doch wer sich tiefer mit der Materie befasst, erkennt: Das einzig Gute an der Bürgerversicherung ist ihr Name. Denn in einer Einheitsversicherung bleiben Innovation und Wettbewerb auf der Strecke. Stattdessen wird der Einfluss des Staates immer stärker. Er kann willkürlich an der Beitragsschraube drehen, Budgetgrenzen verändern und alleine über die Gesundheitsleistungen bestimmen.

Stunden nach der Bundestagswahl die Zeichen auf Bürgerversicherung, dann wäre dies ein neuer Höhepunkt staatlicher Einflussnahme in unser selbstverwaltetes, freiberuflich ausgerichtetes Gesundheitssystem. Zuletzt hatte das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz dem Prinzip „mehr Staat“ Priorität eingeräumt. Aktuell zeugt die Posse um die neuen unabhängigen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses – der Dienst für Gesundheitspolitik spricht gar von einem „Investiturstreit“ –, vom Bestreben der Politik, die Selbstverwaltung zu destabilisieren. Welchen Wert haben Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit für die Politik überhaupt noch? So viel Staat wie möglich, so wenig Selbstverwaltung wie nötig? Das scheint die Devise zu sein.

„Die Politik muss sich wieder zurücknehmen.“

Eine lebendige Selbstverwaltung muss Kritik aushalten und sich auch immer wieder selbstkritisch hinterfragen. Dabei darf der Gesetzgeber aber nicht aus den Augen verlieren, warum er einen großen Teil der Entscheidungskompetenz auf die gemeinsame Selbstverwaltung übertragen hat. Mit ihrer Sachkenntnis und mit ihrer Nähe zu den Mitgliedern und deren Lebenswirklichkeit lassen sich Details praxisnäher regeln als es der Gesetzgeber jemals könnte. Durch die Selbstverwaltung werden Betroffene zu Beteiligten. Sie sichert Freiheit und Unabhängigkeit. Eine starke Selbstverwaltung ist keine Konkurrenz zum Staat, sondern sie unterstützt und entlastet ihn.

In diesem Sinne erwarten wir von einer neuen Bundesregierung nicht nur, das duale Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Wir fordern auch, dass sich die Politik wieder zurücknimmt und den Wert und Nutzen von Selbstverwaltung anerkennt, dass sie ihren Einfluss auf die Selbstverwaltung und die freien Heilberufe auf ein gesundes Maß zurückfährt. Weniger statt mehr Staat – das ist das, was unser Gesundheitswesen braucht!

Ihre

Marcus Koller
stv. Vorsitzender
des Vorstandes

Dr. Peter Matovinovic
Vorsitzender
des Vorstandes

Joachim Stöbener
stv. Vorsitzender
des Vorstandes

Elektronische Gesundheitskarte: Technik und Finanzierung der Online-Anbindung

In den kommenden Monaten sollen Arztpraxen und Krankenhäuser schrittweise an die Telematikinfrastruktur (TI), die Datenaubahn für die elektronische Gesundheitskarte, angebunden werden. Welche Technik benötigen Vertragszahnärzte dafür? Auf welche Details sollten sie achten, wenn sie Angebote darüber erhalten? Und wie ist die Erstattung der anfallenden Kosten geregelt? KZV aktuell gibt Antworten.

Welche technische Ausstattung benötigt die Praxis für den Zugang zur TI?

Um für eine reibungslose Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) zu sorgen, hat die Praxis zunächst folgende Grundvoraussetzungen zu erfüllen:

Voraussetzungen

- › Hat die Praxis einen Internetanschluss inklusive Router?
- › Gibt es einen freien Netzwerkanschluss am Platz des Kartenterminals?
- › Besteht ein Netzwerk- und Stromanschluss für den Konnektor?
- › Sind weitere Voraussetzungen mit dem Systembetreiber/ PVS-Hersteller geklärt?

Sicherheitshalber sollten Vertragszahnärzte die Gegebenheiten ihrer Praxis durch den Systembetreiber prüfen lassen, der sie auch sonst in allen informationstechnischen Angelegenheiten betreut. Eventuell kann der Hersteller der Praxisverwaltungssoftware (PVS) zusätzliche Hinweise geben, was die Praxis für den TI-Zugang beachten sollte.

Darüber hinaus benötigt die Praxis für die Online-Anbindung neue Geräte, insbesondere den Konnektor und das eHealth-Kartenterminal. Diese Komponenten werden jedoch voraussichtlich erst ab Herbst 2017 auf dem Markt sein. Vertragszahnärzte werden hierbei unter mehreren Anbietern bzw. Angeboten auswählen können. An die Geräte werden höchste Anforderungen an die Funktionalität, Stabilität, Geschwindigkeit und Sicherheit gestellt. Daher kommen nur solche Komponenten zum Einsatz, die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifiziert und von der gematik zugelassen sind. Welche Geräte das sind, wird auf der Internetseite der gematik unter www.gematik.de veröffentlicht.

Wichtig ist, dass der PVS-Hersteller die Praxissoftware für die Funktionen der TI freischaltet. Vielleicht bietet er sogar die komplette technische Ausstattung an. Bei der Auswahl eines vom PVS-Hersteller unabhängigen Gesamtdienstleisters sollte darauf geachtet werden, dass die von ihm angebotenen Komponenten kompatibel mit dem PVS sind. Nur das gewährleistet eine zügige Installation der neuen Technik und ein reibungsloses Versichertenstammdatenmanagement (VSDM).



Foto: © iconimage / Fotolia

Im Detail sind folgende Komponenten, Dienste und Dienstleistungen für die Online-Anbindung notwendig:

Komponenten / Dienste	Hinweise
Konnektor inkl. Upgrade für die Qualifizierte Elektronische Signatur (QES)	Der Konnektor stellt die geschützte Verbindung zur TI her. Das Angebot eines Herstellers sollte beinhalten, dass dieser den Konnektor kostenlos für die QES-Funktion nachrüstet oder notfalls austauscht.
eHealth-Kartenterminal	neues stationäres Lesegerät inkl. Smartcard „gSMC-KT“
VPN-Zugangsdienst	Bereitstellung und Betrieb eines VPN-Zugangsdienstes inklusive Secure Internet Service (SIS) Der SIS-Dienst ermöglicht den gesicherten Zugang zum Internet. Er ist optional vom Zahnarzt wählbar, sollte aber vom Dienstleister obligatorisch angeboten werden.
PVS-Upgrade	Integration der Komponenten und Dienste in das PVS
Installation, Inbetriebnahme	Installation aller Komponenten und Dienste in der Praxis Im Vertrag sollte der Hersteller einen (spätesten) Termin der Inbetriebnahme des VSDM zusichern. → Entscheidend für die Höhe der Standard-Erstattungspauschale ist der Zeitpunkt der Inbetriebnahme = Zeitpunkt der ersten Nutzung bei Online-Prüfung einer eGK
Einweisung	Schulung des Praxispersonals in der Handhabung der Geräte und zur Durchführung des VSDM, Umgang mit technischen Störungen
Erhalt der Funktionsfähigkeit der Komponenten	Updateservice und Wartung bei Defekten/Störungen Das Angebot sollte den (zügigen!) Austausch von Komponenten bei technischem Ausfall regeln. Fallen Konnektor oder Kartenterminal aus, können keine eGK eingelesen werden.
SmartCard SMC-B	Es handelt sich um den elektronischen Praxisausweis, quasi ein individueller Schlüssel der Praxis für den TI-Zugang. Er wird voraussichtlich ab Herbst 2017 über das Abrechnungsportal der KZV Rheinland-Pfalz (verschlüsselter Zugang mit Abrechnungsticket über www.kzv-rheinlandpfalz.de) bestellbar sein.
SmartCard eHBA	Es handelt sich um den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Für das VSDM wird der eHBA noch nicht benötigt, jedoch für künftige TI-Anwendungen.

Wie ist die Refinanzierung der Technik geregelt?

Die Praxen sollen die Kosten für die günstigste technische Erstausrüstung für den TI-Zugang und für den laufenden Betrieb von den Krankenkassen erstattet bekommen. Die Details der Refinanzierung regeln die Grundsatzfinanzierungsvereinbarung und die Pauschalen-Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem GKV-Spitzenverband in der derzeit gültigen Fassung vom 19.07.2017. Abhängig von der Marktlage müssen sie die Finanzierungspauschalen gegebenenfalls nachverhandeln. Einsehbar sind diese Vereinbarungen auf der Webseite der KZBV unter www.kzbv.de > Zahnärzte > Rechtsgrundlagen > Verträge und Abkommen.

Grundsätzlich hängt die Kostenerstattung von der Größe, der Anzahl der Standorte und der IT-Struktur der Praxis ab. Klar ist: Jeder Praxisstandort (das heißt jede Betriebsstätte und jede Nebenbetriebsstätte) braucht eine Standardausrüstung mit einem Konnektor und einem Kartenterminal. Die Anzahl der refinanzierten stationären Kartenterminals ist abhängig von der Zahl der an einem Praxisstandort tätigen Zahnärzte.

Komponenten und Dienste je Praxisstandort	1 bis 3 Zahnärzte	4 bis 6 Zahnärzte	7 und mehr Zahnärzte
QES-fähiger Konnektor inkl. fest verbauter Smartcard gSMC-K	1	1	1
stationäres eHealth-Kartenterminal inkl. gSMC-KT	1	2	3
SMC-B (Praxisausweis)	1	1	1
eHBA (Heilberufsausweis)	1 je Zahnarzt	1 je Zahnarzt	1 je Zahnarzt
VPN-Zugangsdienst	1	1	1

Die KZV Rheinland-Pfalz richtet in Kürze als Service für ihre Mitglieder eine Informationsseite zum individuellen Refinanzierungsanspruch ein. Sie erreichen diese Seite, indem sie sich mit ihrem KZV-Abrechnungsstück im geschützten Online-Portal für die Abrechnung unter www.kzv-rheinlandpfalz.de anmelden. Abhängig von der bei der KZV Rheinland-Pfalz hinterlegten Praxiskonstellatation und dem gewählten Stichtag für die TI-Anbindung werden dort die speziell für die Praxis zu erwartenden Pauschalen angezeigt.

Refinanzierung der Erstausrüstung und laufender Betriebskosten (Stand: 19.07.2017)		
Erstausrüstung der Praxis (einmalige Zahlung)		
Konnektor	2.358 €	bei Inbetriebnahme in Q4/2017
	2.122 €	bei Inbetriebnahme in Q1/2018
	1.910 €	bei Inbetriebnahme in Q2/2018
	720 €	bei Inbetriebnahme ab Q3/2018
stationäres eHealth-Kartenterminal	435 €	
TI-Startpauschale für - Installation und Schulung - Ausfallzeiten der Praxis - Einmalige Integration ins PVS - zeitlichen Aufwand durch Einführung des VSDM	900 €	
Laufende Betriebskosten		
Wartung/Support des Konnektors, Kartenterminals, VPN-Zugangsdienstes	300 €	pro Quartal bis einschl. Q2/2018
	249 €	pro Quartal ab Q3/2018
Praxisausweis (SMC-B)	24 €	pro Quartal für die Dauer von 5 Jahren
Heilberufsausweis (eHBA)	233 €	Einmalzahlung für 5 Jahre

Ergänzende Hinweise:

- › Nicht refinanziert werden Technik und Dienste, die ohnehin in der Praxis vorhanden sein dürften, zum Beispiel ein Internetanschluss und ein Router.
- › Grund für die gestaffelten Erstattungskosten für den Konnektor ist, dass Anfang 2018 vermutlich weitere Anbieter Geräte auf den Markt bringen werden. Eine größere Auswahl an Anbietern sollte zu sinkenden Preisen führen. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband behalten den Markt im Auge und verhandeln bei Bedarf neue Pauschalen aus.
- › Onlinefähige mobile Kartenterminals werden erst zu einem späteren Zeitpunkt erprobt und folglich später flächendeckend eingeführt. Es ist derzeit nicht absehbar, wann diese Lesegeräte mit Zulassung für den Produktivbetrieb verfügbar sein werden.
- › Über den Startzeitpunkt und konkreten Ablauf der Antragsverfahren für den Praxisausweis (SMC-B) und den Heilberufsausweis (eHBA) wird die KZV Rheinland-Pfalz zu gegebener Zeit informieren.

Wann sollten die Praxen die neuen Geräte kaufen?

Nach aktuellen gesetzlichen Vorgaben müssen Zahnarztpraxen erst ab dem 01.07.2018 an die Telematikinfrastruktur angebunden sein. Eine Verlängerung dieser Frist steht im Raum. Die KZV Rheinland-Pfalz empfiehlt ihren Mitgliedern deshalb, genau und in Ruhe abzuwägen, wann der richtige Zeitpunkt für den Anschluss ihrer Praxis an die TI ist.

Stefan Roth
stv. Geschäftsbereichsleiter EDV
der KZV Rheinland-Pfalz



Informationen und Fragen

VSDM? SMC-B? TI? Sie möchten wissen, was sich hinter den Abkürzungen versteckt? Lesen Sie die Erklärungen und weitere Informationen zur Online-Anbindung der Zahnarztpraxen in *KZV aktuell*, Ausgabe März/April sowie Mai/Juni 2017.

Für Ihre Fragen rund um die eGK und den TI-Zugang hat die KZV Rheinland-Pfalz zudem eine Hotline eingerichtet. Sie erreichen sie unter der Rufnummer 06131 / 8927-333.

Orientierung gibt auch die Broschüre „Anbindung an die Telematikinfrastruktur – Informationen für Ihre Praxis“ der KZBV unter www.kzbv.de.



Röntgen: Einzelaufnahmen richtig abrechnen

Die Röntgendiagnostik zählt zum Tagesgeschäft einer Zahnarztpraxis. Lesen Sie hier, wie Sie Einzelaufnahmen von bis zu drei Zähnen korrekt abrechnen.

Region (Begründung)	Anzahl möglicher Aufnahmen	BEMA-Nummer	Anzahl der Abrechenbarkeit in einer Sitzung	Kennzeichnung im Feld „Bemerkungen“**
Zähne 44-46 (ZE)	1-2	Ä925a (Rö2)	1x	5
Zähne 16-14 / 44-46 & Zähne 24-26 / 34-37 (Bissflügelaufnahmen)	2	Ä925a (Rö2)	1x	0
Zahn 26 (Rö2, L1, Ost1, Rö2)	2	Ä925a (Rö2)	2x da unterschiedliche klinische Situationen*, Verdacht auf Wurzelrest	jeweils 1
Zahn 35 (Rö2, L1, VitE, WK, Rö2, WF, Rö2)	3	Ä925a (Rö2)	3x da unterschiedliche klinische Situationen*, Prüfen der Erhaltungswürdigkeit, Mess- aufnahme, WF-Kontrolle	jeweils 1
Zähne 17-15 / 45-47 (eine Bissflügelaufnahme) & Zahn 26 (ZE)	2	Ä925a (Rö2)	1x	0 & 5 zur Dokumentation in der Patientenkartei
Zahn 24 (Wurzelstift setzen)	1-2	Ä925a (Rö2)	1x da keine unterschiedliche klinische Situa- tion*, eventuell Röntgen vor Stift, Stiftkon- trolle	5
Abrechnung ab 3 Aufnahmen in einer Sitzung				
Zähne 16-15 / 45-46 & Zähne 25-26 / 35-37 (zwei Bissflügelaufnahmen) & Zahn 14 (ZE)	3	Ä925b (Rö5)	1x	0 & 5 zur Dokumentation in der Patientenkartei

Hinweis: Bei der Abrechnung können nur ein Zahn und eine Begründung angegeben werden. Die Dokumentation in der Patientenkartei ist deshalb besonders wichtig.

* Röntgenaufnahmen sind nur bei unterschiedlicher klinischer Situation im Rahmen einer endodontischen oder chirurgischen Behandlung in derselben Sitzung je Aufnahme nach BEMA-Nummer Ä925a (Rö2) abrechnungsfähig.

** Röntgenaufnahmen werden mit der Begründung in Form von Ziffern im Feld „Bemerkungen“ gekennzeichnet:

0 = Bissflügelaufnahme

1 = konservierend-chirurgische Behandlung

2 = Gelenkaufnahme

3 = kieferorthopädische Behandlung

4 = parodontologische Behandlung

5 = Versorgung mit Zahnersatz und
Zahnkronen

Marita Gablonsky
Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung
der KZV Rheinland-Pfalz

Gutachten zeigt: Bürgerversicherung gefährdet Zahnarztpraxen

Die Bürgerversicherung bedroht die wirtschaftliche Existenz von Zahnarztpraxen insbesondere auf dem Land. Mittelfristig könnten in Rheinland-Pfalz 344 Zahnärzte und 1.500 Arbeitsplätze für Praxispersonal wegfallen. Zu diesem Schluss kommt der Sachverständige Prof. Dr. Wolfgang Merk in einem Gutachten für die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz.

Immer wieder bescheinigen internationale Vergleiche dem deutschen Gesundheitssystem eine sehr gute Qualität. Das liegt auch an der wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung mit freiberuflichen Praxen. Eine Bürgerversicherung mit einer einheitlichen Gebührenordnung, so wie sie SPD, die Grünen und die Linken im Bundestagswahlkampf fordern, würde das aufs Spiel setzen. Es drohen Versorgungsengpässe insbesondere auf dem Land. Die Prognose von Prof. Dr. Wolfgang Merk: Über 80 Prozent der Zahnarztpraxen, die in ländlichen Regionen mittelfristig wiederzubesetzen sind, müssen aufgegeben werden. Das heißt, in zehn Jahren praktizieren in Rheinland-Pfalz 344 Zahnärzte weniger. Von dem Aus der Zahnarztpraxen wären zudem rund 1.500 Arbeits- und Ausbildungsplätze betroffen.

Bürgerversicherung

Unter Bürgerversicherung verstehen SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE ein Versicherungssystem, in dem alle Bürger, auch Beamte und Selbstständige, zu gleichen Bedingungen gesetzlich krankenversichert sind. Die private Krankenvollversicherung, so wie es sie heute gibt, würde wegfallen. Private Versicherer würden langfristig lediglich private Zusatzversicherungen anbieten können.

Die Parteien haben im Bundestagswahlkampf kein einheitliches Konzept für eine Bürgerversicherung vorgelegt, sie verfolgen unterschiedliche Ansätze für die Vereinheitlichung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE eint jedoch das Vorhaben, mit der Einführung einer Bürgerversicherung die zahnärztlichen Gebührenordnungen BEMA und GOZ zusammenzuführen. So wollen sie gegen eine angebliche Bevorzugung von Privatversicherten aufgrund höherer Arzthonorare vorgehen.

Praxiseinnahmen erodieren

Woran liegt das? Das Gutachten kommt zum Ergebnis, dass mit der Einführung einer Bürgerversicherung und damit einer einheitlichen Gebührenordnung enorme betriebswirtschaftliche Konsequenzen für die Zahnarztpraxen verbunden wären. Ohne die Einnahmen aus der privaten Krankenvollversicherung (PKV) und privaten Zusatzversicherungen würde eine wichtige Finanzierungssäule – eine Zahnarztpraxis generiert rund die Hälfte ihres Umsatzes aus der Behandlung von privat(zusatz)versicherten Patienten – wegbrechen. Laut Gutachten hat eine Praxis mit einem Gewinnrückgang von rund einem Drittel (32,54 Prozent) zu rechnen – Geld, das für die Finanzierung laufender Praxiskosten und Investitionen benötigt wird. Betroffen wären nicht nur Praxen mit einem hohen Anteil an PKV-Patienten. Auch Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz müssten hohe Verluste in Kauf nehmen. Hinzu kommt, dass ein Umsatz- und Gewinnrückgang den (Verkaufs-)Wert einer Praxis schmälert.

Versorgungsengpass auf dem Land?

Laut Gutachten könnten diese finanziellen Einbußen mit zeitlicher Verzögerung auf die Versorgungsstrukturen durchschlagen und die Nachfolgeproblematik verschärfen. Insbesondere Praxen in ländlichen Gebieten und in Kleinstädten finden schon heute nur schwer einen Nachfolger. Junge Zahnärzte zieht es, wie ihre Altersgenossen in anderen Berufen, eher zum Leben und Arbeiten in die Städte und das Umland. Immer häufiger entscheidet sich der zahnärztliche Nachwuchs zudem für eine Anstellung in Teil- oder Vollzeit statt für eine Niederlassung in eigener Praxis mit allen unternehmerischen Risiken.

Das Gutachten verweist darauf, dass der vermeintlich unattraktive Standort auf dem Land durch überdurchschnittliche Einnahmen wettgemacht werden kann – unter den Bedingungen der Bürgerversicherung mit einheitlichen Gebühren wäre das allerdings nur bei etwa jeder fünften Praxis der Fall. Die Mehrheit der Praxen in ländlichen Regionen sei hingegen finanziell nicht zu halten – mit der Folge, dass sich die zahnmedizinische Versorgung auf Mittel- und Großstädte konzentrieren würde.



Die KZV Rheinland-Pfalz, zuständig für die flächendeckende Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung, ist angesichts dieser Zahlen alarmiert. „Die Bürgerversicherung hat gravierende Auswirkungen für die Zahnärzte und für die Patienten in Rheinland-Pfalz“, sagt Dr. Peter Matovinovic, Vorsitzender des Vorstands. Er warnt davor, gut funktionierende Versorgungsstrukturen aus einer Ideologie heraus zu zerschlagen. „Mit der von Teilen der Politik propagierten Einheitsversicherung drohen Versorgungsengpässe, längere Wege zum nächsten Zahnarzt und Arbeitsplatzverluste.“ Insbesondere kleinere Gemeinden liefen Gefahr auszubluten. „Für ein Flächenland wie Rheinland-Pfalz mit vielen ländlich geprägten Regionen ist das besonders dramatisch“, so der KZV-Chef. kb

Das Gutachten

Das Sachverständigeninstitut Prof. Dr. Wolfgang Merk hat im Juli 2017 das Gutachten zu den „Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf die zahnmedizinische Versorgung“ vorgelegt. Auftraggeber war die Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Prof. Merk ist als Sachverständiger für das Fachgebiet „Bewertung von Unternehmen und Praxen im Gesundheitswesen, Betriebsanalysen und Betriebsunterbrechungsschäden“ öffentlich bestellt und vereidigt. Seine Berechnungen im Gutachten stützen sich auf Zahlen des Statistischen Bundesamtes, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der KZV Rheinland-Pfalz.

Was bedeutet die Bürgerversicherung für die zahnärztliche Versorgung? *dentTV – Magazin*, das Online-Magazin der KZV Rheinland-Pfalz, gibt Antworten unter

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



oder direkt über den QR-Code



Bürgerversicherung: Folgen für die zahnmedizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz

- › Durch den Wegfall der privaten Krankenvollversicherung und des Umsatzes durch Privatversicherte ist ein Gewinnrückgang je nach Praxisumsatz von 31,5 bis 38,6 Prozent zu befürchten.
- › Im ländlichen Raum können nur noch Praxen nachbesetzt werden, die auch nach Einführung einer Bürgerversicherung wirtschaftlich sind. Nach dem Gutachten können lediglich 15 bis 20 Prozent der Praxen wiederbesetzt werden.
- › Die zahnärztliche Versorgung in Gemeinden bis zu 10.000 Einwohner wird in den nächsten zehn Jahren drastisch ausgedünnt. Die Anzahl von bisher 417 niedergelassenen Zahnärzten, die in den nächsten zehn Jahren ersetzt werden müssten, würde sich auf 73 reduzieren. Das heißt: 344 Zahnärzte weniger.
- › Über 80 Prozent der wiederzubesetzenden Zahnarztpraxen in Orten bis zu 10.000 Einwohner wird es nicht mehr geben. Das sind rund 300 Zahnarztpraxen weniger. Stattdessen wird sich die zahnärztliche Versorgung auf Städte mit über 50.000 Einwohner konzentrieren.
- › Zusätzlich fallen 1.500 Arbeitsplätze für Praxispersonal weg.

Quelle: Gutachten „Die Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf die zahnmedizinische Versorgung“. Sachverständigeninstitut Prof. Dr. Wolfgang Merk, München, 2017.

„Ein von Ideologie geprägtes Experiment“



Dr. Peter Matovinovic
Foto: KZV Rheinland-Pfalz

Vor der Bundestagswahl meldet sich die KZV Rheinland-Pfalz mit einem Gutachten zur Bürgerversicherung zu Wort. Demnach bedroht diese die Existenz von Zahnärzten auf dem Land. KZV aktuell sprach mit Dr. Peter Matovinovic, Vorstandschef der KZV Rheinland-Pfalz.

KZV aktuell: Dr. Matovinovic, ein Gutachten sieht die flächendeckende zahnmedizinische Versorgung durch die Bürgerversicherung bedroht. Wie ordnen Sie die Ergebnisse ein?

Matovinovic: Die Ergebnisse überraschen mich nicht. Auf dem Land gibt es mehr Einzelpraxen und kleinere Berufsausübungsgemeinschaften, die die wirtschaftlichen Auswirkungen einer Bürgerversicherung deutlich stärker spüren würden als größere Praxen oder Praxen in der Stadt. Es ist natürlich bitter zu lesen, dass rund 300 Praxen aufgrund eines von Ideologie geprägten Experimentes vor dem Aus stehen würden.

KZV aktuell: Wie kann das sein? Zahnärzte auf dem Land erbringen tendenziell doch mehr Leistungen zu Lasten der GKV als zu Lasten der PKV. Eine Bürgerversicherung dürfte also weniger durchschlagen.

Matovinovic: Mehrkostenvereinbarungen und Festzuschüsse sind relevante Messgrößen für alle Praxen, unabhängig von Struktur und Standort. Beide Systematiken sind auch im ländlichen Versorgungsgeschehen etabliert. Fallen sie durch eine Bürgerversicherung mit einheitlicher Gebührenordnung weg, verringern sich die Praxiseinnahmen deutlich. Das sind Verluste, die gerade ländliche Praxen kaum kompensieren können. Zusätzlich würde sich die Budget- und die Degressionsproblematik verschärfen. Es ist absehbar, dass in einer Bürgerversicherung die Gesamtvergütung nicht maßgeblich verändert würde, aber neue Leistungen durch die Angleichung der Versicherungssysteme hinzukommen. Automatisch würden mehr Punkte erarbeitet, sodass die Praxen die Degression früher erreichen. Im Übrigen ist die Degression etwas Einmaliges im deutschen Gesundheitswesen. Dieser Strafzoll betrifft nur die Zahnärzte und gehört abgeschafft.

KZV aktuell: Die Politik wirbt mit dem Versprechen, dass die Bürgerversicherung für eine gerechtere Versorgung sorgt. Kann sie das Versprechen halten?

Matovinovic: Ich sehe vielmehr die Gefahr, dass sie eine Versorgungsungerechtigkeit forciert. Nur Patienten, die es sich leisten können, werden künftig moderne Leistungen erhalten, die zwar noch keine ausreichende Evidenz haben und damit nicht zum Leistungskatalog einer Bürgerversicherung gehören würden, aber deutliche Therapieerfolge aufweisen.

KZV aktuell: Aber schon heute können Patienten ihre Versorgung nach ihren finanziellen Möglichkeiten wählen.

Matovinovic: Wählen, das genau ist der Punkt. Gerechtigkeit bedeutet, dass der Patient seine Versorgung selbst und frei wählen kann. In der Zahnheilkunde können wir dank Mehrkostenvereinbarungen und Festzuschüssen Therapiealternativen anbieten. Ganz gleich, welche Versorgung der Patient wählt: Er bekommt immer einen Zuschuss seiner Krankenkasse. Das ist Gerechtigkeit und Solidarität. Bei einer Bürgerversicherung droht, dass allein der Staat bestimmt, welche Therapie der Bürger bekommt. Es sollte aber immer der Patient sein, der über seine Behandlung entscheiden soll. Der Wähler muss sich bewusst sein: Bei der Bürgerversicherung geht es der Politik allein darum, ihren Einfluss auf die Gesundheitsversorgung und insbesondere auf die Preise ärztlicher Leistungen zu vergrößern. Es entstünde eine Einheitsversicherung, die Wettbewerb, Vielfalt und Wahlfreiheit abschafft.

KZV aktuell: Es klang bereits an: Ein entscheidender Schritt für eine Bürgerversicherung wäre das Zusammenlegen von BEMA und GOZ.

Matovinovic: Ich sehe eine mögliche Zusammenführung sehr kritisch, denn Konkurrenz belebt das Geschäft. Unser duales Versicherungssystem mit zwei Gebührenordnungen dient als Motor für Fortschritt in der Medizin. Ohne Systemwettbewerb ist zu befürchten, dass der Patient eine moderne Zahnmedizin sehr viel später, im schlimmsten Fall gar nicht, erhält. Deshalb fordern wir den Fortbestand von GKV und PKV mit zwei Gebührenordnungen. Eine Gebührenordnung,

die Leistungen außerhalb einer gesetzlichen Versicherung beschreibt, ist schon deshalb notwendig, um Patienten und Zahnärzten Rechtssicherheit und -klarheit bei der Leistungsbeschreibung und Gebührenberechnung zu geben.

KZV aktuell: Laut Gutachten verschärft eine Bürgerversicherung die Nachfolgeproblematik auf dem Land. Wie steht es um die zahnärztliche Versorgung hierzulande?

Matovinovic: Momentan ist keine Region unterversorgt. Gesicherte Prognosen für die Zukunft sind jedoch schwierig. Noch gibt es genügend Zahnmedizinstudenten, die auch niederlassungsbereit sind. Zunehmend entscheiden sich Kolleginnen und Kollegen aber für ein Angestelltenverhältnis; zurzeit sind es rund 550, das ist jeder fünfte Zahnarzt. Gleichzeitig sehen wir die Schwierigkeiten, Nachfolger für Landpraxen zu finden. Wir müssen also Anreize für junge Menschen schaffen, sich niederzulassen und sich in ländlichen Regionen eine Existenz aufzubauen. Hierbei stehen wir vor der Herausforderung, dass es vielerorts an der Infrastruktur fehlt. In vielen kleinen Orten gibt es keine Schulen und Kindergärten, keine Supermärkte, kein schnelles Internet. Wie soll ich einem jungen Menschen erklären, dass er sich dort niederlassen soll? Diese Rahmenbedingungen kann der Berufsstand nicht ändern. Hier ist die Politik gefragt, zusammen mit uns Ideen zu entwickeln, um ein Ausbluten ländlicher Regionen zu verhindern. Finanzielle Anreize allein werden es nicht richten. Das Gesamtpaket muss stimmen. Jungen Menschen muss es überall möglich sein, Beruf und Familie miteinander vereinbaren zu können.

KZV aktuell: Haben Sie hierzu bereits Vorstellungen?

Matovinovic: Die Möglichkeiten der Berufsausübung sind heute vielfältiger, zum Beispiel durch Angestellten- oder Teilzeittätigkeiten. Wir sehen das nicht als Risiko, sondern als Chance für die Sicherstellung. Unser Ziel ist es, tragfähige und nachhaltige Modelle für die Berufsausübung im Konsens mit der Kollegenschaft zu entwickeln. Erste Überlegungen haben wir angestellt, sie sind aber noch nicht spruchreif. Die Notfallversorgung ist ein weiteres wichtiges Thema, um die flächendeckende Versorgung zu garantieren. Hier braucht es Konzepte, die die veränderte Morbiditätsrate, die Multimorbidität der älteren Patienten und deren Versorgung im Pflegeheim und zu Hause berücksichtigen. Wir wollen der Politik, der Gesellschaft und natürlich dem Berufsstand auch hierzu konkrete Vorschläge machen.

KZV aktuell: Welche Erwartungen haben Sie hierbei an die Landesregierung?

Matovinovic: Ich erwarte von der Landesregierung bzw. dem Gesundheitsministerium als Rechtsaufsicht der KZV, dass wir in unseren Vorhaben wohlwollend unterstützt werden. Für den Erhalt der flächendeckenden Versorgung wäre es fatal, wenn sich die Politik hinter Paragraphen verschanzten würde. In diesem Punkt ist Flexibilität gefragt.

KZV aktuell: Lassen Sie uns mit Blick auf die Bundestagswahl noch auf die Gesundheitspolitik der vergangenen vier Jahre schauen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe war fleißig. 28 Gesetze wurden unter seiner Ressortleitung verabschiedet. Welche Bilanz ziehen Sie?

Matovinovic: Aus Sicht der Kanzlerin hat Herr Gröhe einen guten Job gemacht, weil er die Gesundheitspolitik aus dem öffentlichen Fokus genommen hat. Die Gesetze sind ohne große Proteste aus der breiten Öffentlichkeit verabschiedet worden. Natürlich hat ihm dabei die gute Finanzlage der Krankenkassen in die Karten gespielt. Aus Sicht der Selbstverwaltung fällt das Fazit bitter aus. Unter Herrn Gröhe wurde sie in ihren Handlungsspielräumen massiv beschnitten, Stichwort Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, und wir müssen uns fragen, was Selbstverwaltung heute noch bedeutet. Ich bin ein Fan der Selbstverwaltung, da Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen die Versorgungsfragen sehr viel besser beantworten als die Politik. Sie haben den Bürger im Fokus – und zwar als Patient und nicht als Wähler.

KZV aktuell: Wenn Sie zum neuen Bundesgesundheitsminister ernannt werden würden, welche Aufgaben hätten für Sie Priorität?

Matovinovic: Ich würde versuchen, die Selbstverwaltung zu stärken. Nur eine starke Selbstverwaltung kann die Herausforderungen lösen, die mit dem demografischen Wandel und dem Erhalt der flächendeckenden Versorgung verbunden sind. Wir sind eine Konsensgesellschaft und wir sollten versuchen, den Konsens zu fördern. Das leistet die Selbstverwaltung. Wenn Gesetze verabschiedet werden, auf denen zwar Selbstverwaltung steht, aber in denen keine Selbstverwaltung mehr steckt, dann bedeutet das das Ende unseres starken Gesundheitssystems.

KZV aktuell: Vielen Dank für das Gespräch.

Agenda Mundgesundheit: KZBV legt den politischen Kurs fest

Wenige Monate vor der Bundestagswahl hat sich die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) positioniert. In der „Agenda Mundgesundheit 2017–2021“ fasst sie die gesundheitspolitischen Standpunkte der Vertragszahnärzteschaft für eine wohnortnahe und präventionsorientierte zahnmedizinische Versorgung in Deutschland zusammen.



Einstimmig haben die Delegierten der KZBV-Vertreterversammlung die Agenda Mundgesundheit verabschiedet.

Oberste Ziele der KZBV sind, die Mundgesundheit der Bevölkerung weiter zu verbessern und eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zu erhalten. Dafür müsse sich die Vertragszahnärzteschaft, so heißt es in der Agenda Mundgesundheit, den „drei großen Ds“ annehmen: Demografie, Digitalisierung und Datensicherheit.

„Wir müssen den demografischen Wandel bewältigen, die Chancen der Digitalisierung konsequent nutzen und zugleich Datensicherheit für Patienten und Zahnärztinnen und Zahnärzte gewährleisten“, führte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, anlässlich der Verabschiedung der Agenda durch die Vertreterversammlung im Juni aus. Insbesondere in digitalen Anwendungen sieht der KZBV-Chef Potenzial für die Zahnarztpraxen. „Wir müssen die Di-

gitalisierung nutzen, um die bestehende Bürokratie für die Kollegen händelbar zu machen.“ Auch für die Patienteninformation und -aufklärung sowie zur Stärkung der Mundgesundheitskompetenz böten digitale Angebote Möglichkeiten.

Wichtig für die Sicherstellung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgung sei zudem ein pluralistisches Gesundheitswesen mit freiberuflichen Strukturen, mit freier Zahnarztwahl und einer handlungsfähigen, starken Selbstverwaltung sowie mit einer Honorierung, die den Praxen ein betriebswirtschaftliches Arbeiten ermöglicht.

Grundsätze und Positionen

Die politischen Forderungen der Agenda Mundgesundheit hat die Vertreterversammlung zudem in einem 12-Punkte-Plan zusammengefasst:

1. Der Patient steht im Zentrum unseres Versorgungsgeschehens. Wir wollen die Mundgesundheit und die Zufriedenheit unserer Patienten weiter verbessern, seine Mundgesundheitskompetenz stärken, ihm als Partner in der zahnmedizinischen Versorgung zur Seite stehen und uns für seine Belange einsetzen.
2. Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut. Sie ist Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen und das partnerschaftliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt.

KZBV-Vorstandschef Dr. Wolfgang Eßer



3. Als überzeugte Freiberufler stehen wir Zahnärzte in Deutschland zu unserer ethischen und sozialen Verantwortung.
4. Unsere Aufgabe als KZBV und KZV-System ist es, eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und flächendeckende zahnärztliche Versorgung sicherzustellen. Damit die Menschen, die in ländlichen Räumen sowie in einkommenschwachen Regionen leben, nicht von der Versorgung abgekoppelt werden, ist es dringend geboten, die Versorgung durch freiberuflich tätige Vertragszahnärzte in bewährten Praxisstrukturen weiter zu fördern, MVZ arztgruppenübergreifend auszugestalten und Anstellungsgrenzen in reinen Zahnarzt-MVZ im gleichen Umfang einzuführen, wie sie für Einzel- und Mehrbehandlerpraxen gelten.
5. Wir setzen auf den weiteren Ausbau der erfolgreichen Präventionsstrategie in der Zahnmedizin. Wir wollen Karies weiter eindämmen und die Volkskrankheit Parodontitis bekämpfen. Wir machen daher Vorschläge für eine bessere Prävention und Therapie von Parodontalerkrankungen.
6. Wir nutzen die Chance der Digitalisierung, um die zahnmedizinische Versorgung weiter zu verbessern. Gleichzeitig setzen wir uns für die Einhaltung höchster Datenschutz- und Datensicherheitsstandards ein.
7. Die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung müssen in der Gesetzgebung und in den Strukturen der Selbstverwaltung stärker Berücksichtigung finden.
8. Die Förderung und Sicherung von Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Qualität ist Teil unseres Sicherstellungsauftrages. Wir lehnen eine durch zunehmende Institutionalisierung entstehende überbordende „Qualitätsbürokratie“ ab. Eine ausschließlich sektorenübergreifende Ausrichtung der Qualitätssicherung ist für die zahnmedizinische Versorgung nicht zielführend.
9. Wir fordern, die bürokratische Überbelastung der Praxen abzubauen, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu haben.
10. Die Selbstverwaltung ist ein zentrales Fundament unseres Gesundheitswesens. Sie braucht Handlungs- und Gestaltungsspielräume. Es bedarf einer klaren Aufgabentrennung zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht mit einer Beschränkung auf die Rechtsaufsicht.



Die KZV Rheinland-Pfalz trägt die Agenda Mundgesundheits mit. Im Bild (v.l.): Joachim Stöbener, Dr. Holger Dausch, Marcus Koller, Dr. Peter Matovinovic.

Fotos: KZBV/Darchinger

11. Wir sprechen uns für den Erhalt kollektiver Versorgungsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine zahnmedizinische Grundversorgung aus.
12. Wir wollen ein Gesundheitswesen, in dem es Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung gibt. Dazu braucht es Angebotsvielfalt sowohl auf Seiten der Leistungsträger als auch auf Seiten der Kostenträger. Ein duales Versicherungssystem mit einer privaten Gebührenordnung neben dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) ist dafür die Voraussetzung. Eine Einheitsversicherung lehnen wir ab.

Die Agenda Mundgesundheits dient der KZBV als politische Richtschnur für die Legislaturperiode 2017 bis 2021. Sie adressiert Forderungen an die Politik insbesondere mit Blick auf die Koalitionsverhandlungen und Gesundheitsreformen nach der Bundestagswahl. kb

Die „Agenda Mundgesundheits 2017–2021 – Versorgung wohnortnah und präventionsorientiert weiterentwickeln und gestalten“ kann auf der Internetseite der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung unter www.kzbv.de abgerufen werden.



WahlCheck Gesundheit: Wahlhelfer für Unentschlossene

Die Bundestagswahl rückt näher und vielen Bürgern stellt sich wieder die Frage: Welche Partei steht meinen Positionen am nächsten? In Fragen der Gesundheitsversorgung hilft der WahlCheck Gesundheit der AG KZVen weiter.

**WahlCheck
Gesundheit.**

Der WahlCheck Gesundheit ist ein Online-Angebot nach dem Vorbild des Wahl-O-Mat. Unter www.wahlcheck-gesundheit.de präsentiert er dem Nutzer 15 Thesen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung. Bei jeder These kann der Nutzer entscheiden, ob er dieser zustimmt, ihr nicht zustimmt oder sich enthält. Die Themen, die ihm besonders wichtig sind, kann er doppelt werten. Der Nutzer kann so seine eigenen Standpunkte mit den Positionen von Parteien abgleichen und herausfinden, mit welcher er die größte Übereinstimmung hat – und mit welcher nicht.

Die Thesen des WahlCheck Gesundheit drehen sich zum Beispiel um die Struktur und Organisation der Krankenversicherung oder um die Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Sie orientieren sich an den Aussagen in den Programmen der regierungsrelevanten Parteien CDU/CSU, SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE.

Der WahlCheck Gesundheit ist ein Projekt der Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein (AG KZVen). Mit dem WahlCheck Gesundheit will sie den Wählern eine erste Orientierungshilfe geben und sie dazu motivieren, sich weiter zu gesundheitspolitischen Themen zu informieren. kb

Patienteninformation für die Zahnarztpraxen

Schon einmal „verwählt“? Mit dem Ergebnis, dass nach einer Bundestagswahl die Erwartungen nicht erfüllt wurden? Damit Ihren Patienten das in Sachen Gesundheitspolitik nicht passiert, gibt es den WahlCheck Gesundheit.

Sie können das Online-Angebot der AG KZVen in Ihrer Praxis aktiv bewerben. Dafür liegen dieser *KZV aktuell* ein Plakat sowie Postkarten fürs Wartezimmer bei. Sie sind mit Ihrer Praxis im Internet präsent? Verlinken Sie ganz einfach auf www.wahlcheck-gesundheit.de.



Ebenfalls beigelegt sind Faltposter „Zahnarzt vor Ort statt Bürgerversicherung“, die kurz und kompakt die Auswirkungen einer Einheitsversicherung auf die zahnärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz für Ihre Patienten zusammenfassen.

Befugnis zur Unterschrift: Was darf der angestellte Zahnarzt, was nicht?

Ob Heil- und Kostenplan, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder neuerdings eine Heilmittelverordnung – Vertragszahnärzte zeichnen im Praxisalltag viele Dokumente ab. Welche Unterlagen darf nur der Praxisinhaber unterschreiben? Und wann darf der angestellte Zahnarzt ran?

Grundsätzlich gilt: Nur der Praxisinhaber ist als zugelassener Vertragszahnarzt berechtigt, praxisrelevante Dokumente wie beispielsweise Heil- und Kostenpläne, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Rezepte oder Abrechnungsunterlagen (rechts-)verbindlich zu unterzeichnen. Nach dem Bundesmantelvertrag (§ 4 Absatz 1 BMV-Z) und dem Ersatzkassenvertrag (§ 8 Absatz 1 Satz 1 EKVZ) zählt dies zur persönlichen Praxisführung und Leistungserbringung. Ein angestellter Zahnarzt oder ein Assistent darf nur ausnahmsweise im Vertretungsfall und mit entsprechender Kennzeichnung vertragszahnärztliche Unterlagen unterschreiben.

Hier ein Überblick über die wichtigsten Grundsätze:

› Ein angestellter Zahnarzt ist ausschließlich im Vertretungsfall – das heißt bei längerer Abwesenheit des Praxisinhabers zum Beispiel wegen Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an einer Fortbildung oder Wehrübung – unterschriftsberechtigt. Eine Mittagspause oder andere stundenweise Abwesenheit des Praxischefs ist kein solcher Vertretungsfall.

Wichtig ist in jedem Fall, dass der angestellte Zahnarzt vom Praxisinhaber zur Unterschrift bevollmächtigt ist und nach außen erkennbar als Vertreter auftritt: Der Vertreter muss seiner Unterschrift den Zusatz „in Vertretung“ oder kurz „i. V.“ hinzufügen.

› Gleiches gilt für einen Assistenten – vorausgesetzt, er hat mindestens eine einjährige Vorbereitungszeit absolviert (gemäß §§ 3 Abs. 3 und 32 Abs. 2 Zulassungsverordnung Zahnärzte – ZV-Z).

› Besonderheit Rezepte: Im Vertretungsfall dürfen angestellte Zahnärzte und Assistenten auch Arzneimittel verordnen. Neben dem Zusatz „in Vertretung“ oder „i. V.“ ist der Name des Unterzeichners in Druckbuchstaben zu ergänzen, wenn er nicht namentlich im Praxisstempel aufgeführt ist.



Foto: © schulzie / Fotolia

› Eine verbindliche Aufforderung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Honorare ab einem Zeitpunkt x auf ein bestimmtes Konto zu überweisen, darf nicht vom angestellten Zahnarzt/Assistenten unterzeichnet werden. Sie muss immer die Unterschrift des Praxisinhabers tragen.

› Das trifft gleichfalls auf Stellungnahmen und Einsprüche zu sachlich-rechnerischen Berichtigungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu.

› Der Praxisinhaber hat immer auch Stellungnahmen und Begründungen zu prothetischen Versorgungsgutachten abzuzeichnen.

› Medizinische Versorgungszentren: Unterschriften hat grundsätzlich der zahnärztliche Leiter zu leisten, der dem Zulassungsausschuss benannt wurde. Dies kann auch ein angestellter Zahnarzt sein.

› Übrigens: Mit Faksimile (als Stempel oder in digitaler Form) kann nicht rechtswirksam unterschrieben werden.

kb

Korrekte Abrechnung: Alle Praxispartner sind verantwortlich

Jeder Vertragszahnarzt haftet für die Richtigkeit seiner Abrechnung. Daran ändert sich auch nichts, wenn innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ein Praxispartner die Verantwortung für das Abrechnungswesen trägt. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden (Az.: B6 KA 14/16 B).

Eine BAG sei zwar durch die gemeinschaftliche Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit geprägt und stelle rechtlich eine Praxis dar. Dies ändere jedoch nichts am individuellen Pflichtenkreis ihrer einzelnen Mitglieder, stellten die Bundesrichter klar. Zu diesen Pflichten zählt laut BSG eine „gewissenhafte und peinlich genaue“ Leistungsabrechnung. Auch bei der Zuhilfenahme technischer oder personeller Unterstützung könne sich ein Praxispartner seiner Verantwortung nicht entziehen. Selbst ein besonderes Vertrauensverhältnis, etwa aufgrund einer Lebensgemeinschaft, entbinde ihn nicht davon, das Handeln der Kollegen sowohl in Bezug auf medizinische Aspekte als auch auf Abrechnungsgesichtspunkte zu hinterfragen. Demnach hat jeder Arzt der BAG die Abrechnungen zu prüfen, bevor er sie unterzeichnet.

Mit diesem Urteil hat das BSG auch seine Rechtsauffassung zur Verantwortlichkeit eines Arztes bei gemeinsamer Berufsausübung bestätigt: Eine Haftung im Falle sachlich-rechnerischer Richtigstellungen oder anderer Rückforderungen trifft nicht allein die BAG als Gesamtheit. Daneben haftet jeder einzelne Gesellschafter.

Im konkreten Fall klagte eine Ärztin gegen eine Disziplinarmaßnahme ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Die Klägerin ist seit 1995 als praktische Ärztin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Bis 2011 war sie mit ihrem Ehemann in einer Gemeinschaftspraxis tätig, bevor dieser wegen Abrechnungsbetrugs zu einer Bewährungsstrafe von zwei Jahren verurteilt wurde. Die Staatsanwaltschaft hatte das Verfahren gegen die Ehefrau eingestellt, da ihr eine Kenntnis von der Falschabrechnung nicht nachgewiesen werden konnte. Die Klägerin hatte im Ermittlungsverfahren angegeben, die Abrechnungen ihrem Mann überlassen und nicht geprüft zu haben. Dennoch verhängte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung gegen die Klägerin eine Geldbuße in Höhe von 3.000 EUR. Klage und Berufung der Ärztin dagegen blieben erfolglos. Das BSG bestätigte die Geldbuße in letzter Instanz: Die Klägerin habe falsch abgerechnet. kb



Foto: © SENTELLO / Fotolia



Wir vergolden Ihr Amalgam!

Nein, ein alchemistisches Patent haben wir nicht. Aber bei uns gibt es pro kg Amalgam bares Geld. Wie Sie das dann anlegen, das überlassen wir Ihnen ...



Kostenlose Abholung
Rechtskonforme Entsorgung
Automatische Vergütung

Gussetti – die saubere Lösung
für Amalgam.



Roland Gussetti OHG
Knopfzellen- u. Amalgamrecycling
Allmending 18 · D - 75203 Königsbach-Stein

Tel. 07232 / 31331-0
eMail: recycling@gussetti.de

www.gussetti.de



IDZ-Studie: Zahnersatzkosten im europäischen Vergleich

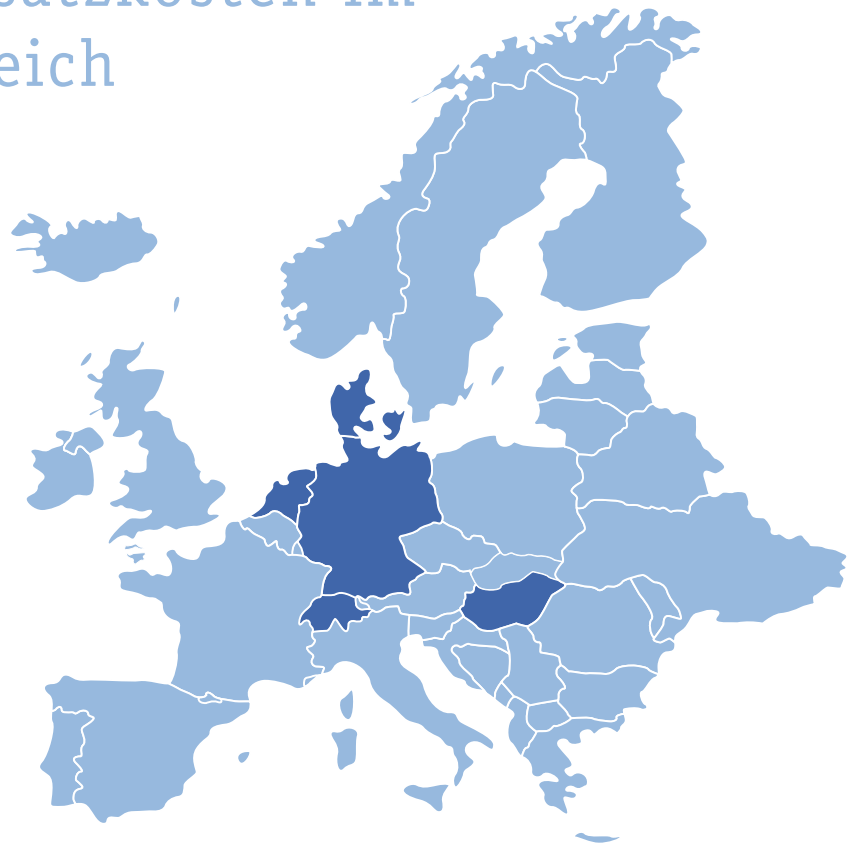
Der durchschnittliche Anteil der Material- und Laborkosten am Gesamtpreis liegt in Deutschland mit 61 Prozent mehr als zehn Prozent über dem in Nachbarländern. Das zeigt eine Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zur Vergütung beim Zahnersatz.

Für die Studie hat das IDZ fünf zahnmedizinische Behandlungsanlässe repräsentativ aus dem prothetischen Versorgungsspektrum ausgewählt und verglich deren Preisniveau in Dänemark, Deutschland, Niederlande, Schweiz und Ungarn.

Autor Dr. David Klingenberg wählte für den Vergleich eine verblendete Frontzahnkrone, das Setzen eines Implantats, eine vollverblendete Seitenzahnbrücke, eine Modellgussprothese sowie eine Vollprothese. Konsentierete Therapieschrittlisten gewährleisteten die transnationale Vergleichbarkeit auf der Leistungsebene, die Methodik der Kaufkraftparitäten wurde währungsübergreifend zum Preisvergleich herangezogen.

In der Zusammenschau der fünf ausgewählten prothetischen Leistungen lag der Gesamtpreis in Dänemark, Deutschland und den Niederlanden auf sehr ähnlichem mittleren Niveau, während der Preis in der Schweiz um 47 Prozent höher, in Ungarn um 48 Prozent niedriger war als in Deutschland. Ein anderes Bild ergab sich bei Einzelbetrachtung der Preiskomponenten Zahnarzthonorar und Material- und Laborkosten. Beim zahnärztlichen Honorar nimmt Deutschland den nur vierten Platz vor Ungarn ein, bei den zahntechnischen Material- und Laborkosten hingegen den zweiten Platz nach der Schweiz. Mit einem durchschnittlichen Anteil der Material- und Laborkosten am Gesamtpreis von 61,3 Prozent ist Deutschland im vorliegenden Vergleich einsamer Spitzenreiter. Für die europäischen Nachbarn wurde hier ein Durchschnittswert von 50,7 Prozent ermittelt.

Im Diskussionsteil betrachtet Klingenberg die verschiedenen Gesundheitssysteme und vergleicht die zahnärztlichen Versorgungsdaten der fünf Länder. Er schränkt ein, dass der Zusammenhang zwischen Preis und Qualität im vorliegenden Vergleich methodisch nicht darstellbar sei, vermutet aber primär einen starken Zusammenhang zwischen dem in



Deutschland sehr hohen Laborkostenanteil und der hiesigen Zahntechnikerdichte. So ist bei ähnlicher Zahnarzt-dichte die Zahntechnikerdichte hierzulande rund viermal so hoch wie in Dänemark.

Klingenberg schlussfolgert, dass der in Deutschland vergleichsweise hohe Material- und Laborkostenanteil bei prothetischen Versorgungungen sowie die sehr hohe Zahntechnikerdichte als ein strukturelles Überbleibsel aus der kurativ geprägten Zeit der „Prothetiker-genera-tion“ anzusehen sei. Da aber der zahnerhaltende Leistungsbereich auch zukünftig zulasten des zahnersetzenden Leistungsbereichs wachsen werde, vermutet er als Konsequenz einen weiteren Rückgang der Zahntechnikerdichte als Schritt „in die (europäische) Normalität“. Ob die zukünftige Entwicklung der Material- und Laborkosten dem folgt, bleibe abzuwarten.



Die IDZ-Information 2/2017 „Zahnärztliche und zahntechnische Vergütung beim Zahnersatz – Ergebnisse aus einem europäischen Ländervergleich“ findet man zum Download unter www.idz-koeln.de. sh

Vorsorge der frühkindlichen Karies: Ein Jahr Pilotprojekt in der Südwestpfalz



Sanitätsrat Dr. Helmut Stein
Foto: privat

Vor einem Jahr setzte die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz ein Pilotprojekt zur Prävention der frühkindlichen Karies auf: Für Kleinkinder in der Region Pirmasens-Zweibrücken gibt es seitdem zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Was hat es gebracht? Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Initiator des Projektes, zieht ein Zwischenfazit.

KZV aktuell: Dr. Stein, Sie haben, noch in Ihrer Funktion als KZV-Vorsitzender, das Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“ mit vielen Partnern auf den Weg gebracht. Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

Stein: Das Pilotprojekt war etwas ganz Neues. Entsprechend schwierig war es zunächst, Zahnärzte und Kinderärzte für eine Beteiligung zu motivieren. Nach zähem Beginn läuft es nun sehr gut. Die Zahl der beteiligten Zahnärzte und Kinderärzte hat sich deutlich erhöht. Insbesondere die Kinderärzte haben anfängliche Ressentiments abgelegt. Zudem nehmen die Eltern das Vorsorgeangebot zunehmend in Anspruch. Insofern haben sich meine Erwartungen erfüllt.

Eckpunkte des Pilotprojektes

15 Prozent der 2½-Jährigen leiden unter frühkindlicher Karies – Tendenz steigend. Das Pilotprojekt der KZV Rheinland-Pfalz will dem gegensteuern. Kleinkinder der Region Pirmasens-Zweibrücken werden deshalb ab Durchbruch des ersten Milchzahnes zahnärztlich betreut, sodass rechtzeitig erste Anzeichen einer Karies entdeckt und behandelt werden können. Neben der Untersuchung der Kinder auf bereits angegriffene Zähne und der Fluoridierung initialer Kariesläsionen sehen die Früherkennungsuntersuchungen die individuelle Beratung der Eltern vor. Dieser frühe präventive Ansatz unterstützt insbesondere Risikogruppen und sozial benachteiligte Familien, in denen Zahnpflege nur eine nachrangige Rolle spielt.

Das Pilotprojekt sieht für Kleinkinder zwischen dem 6. und 29. Lebensmonat insgesamt drei zahnärztliche Früherken-

KZV aktuell: 650 Behandlungsfälle verzeichnete das Projekt nach dem ersten Jahr. Wie ist die Resonanz der Zahnärzte auf das frühkindliche Vorsorgeangebot? Kleinkinder zu untersuchen ist nicht jedermanns Sache.

Stein: Das Pilotprojekt wird seit Anfang an begleitet von Fortbildungsangeboten für die Zahnärzte, um sie für die Untersuchung und im Umgang mit Kleinkindern zu stärken. Sicherlich waren viele Kolleginnen und Kollegen zunächst skeptisch und es gibt auch heute noch einige, die dem Projekt aufgrund des Alters der kleinen Patienten kritisch gegenüberstehen. Wir hatten zur Bedingung gemacht, dass ein Zahnarzt eine solche Fortbildung besucht haben muss, um am Pilotprojekt teilnehmen und die Leistungen abrechnen zu können. Erfreulicherweise beteiligen sich inzwischen 31 von 84 Zahnärzten mit ihren Praxen am Pilotprojekt.

KZV aktuell: Wie haben die Kinderärzte auf das neue Vorsorgeangebot reagiert?

Stein: Auch hier registrieren wir eine steigende Bereitschaft der ärztlichen Kollegen, am Pilotprojekt teilzunehmen. Zeigten anfangs nur zwei Kinderärzte Interesse, sind

nungsuntersuchungen (FU) vor. Sie sind gekoppelt an die kinderärztlichen Vorsorgetermine U5 bis U7 im offiziellen gelben Kinderuntersuchungsheft – mit verbindlicher Verweisung vom Kinderarzt an den Zahnarzt.

Das Pilotprojekt greift einer gesetzlichen Neuregelung vor: Im Zuge der Neufassung der Kinderrichtlinie wurden im vergangenen Jahr sechs rechtsverbindliche Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt für Kinder im Alter vom 6. bis zum 64. Lebensmonat ins gelbe Heft geschrieben. Allerdings sind diese Verweise noch nicht mit Leistungen im Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinterlegt. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss zunächst die zahnärztliche Früherkennungsrichtlinie anzupassen. Dann müssen sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband auf entsprechende Leistungsbeschreibungen und -positionen verständigen.

nun alle neun Kinderärzte der Region aktiv. Mehr als die Hälfte der Untersuchungen beim Zahnarzt sind von einem Kinderarzt per Verweis initiiert worden. Sie haben offensichtlich erkannt, dass eine Zusammenarbeit für die Zahn- und Allgemeingesundheit der Kinder sinnvoll ist. Zudem, ich bemerkte es eingangs, haben sich die Befürchtungen einiger Kinderärzte zerstreut, die Zahnärzte könnten ihnen Aufgaben im Rahmen der U-Untersuchungen wegnehmen. Das war und ist nicht das Ziel des Pilotprojektes. Ziel ist es, die frühkindliche Karies zu vermeiden, indem Zahnärzte die wichtige Vorsorgearbeit der Kinderärzte ergänzen.

KZV aktuell: Miteinander statt gegeneinander. Das Pilotprojekt setzt also auf einen engen Austausch von Zahnarzt und Kinderarzt.

Stein: Die Zusammenarbeit von Zahnarzt und Kinderarzt ist ein zentraler Bestandteil des Projektes. Auf Anregung der Kinderärzte halten die Zahnärzte das Untersuchungsergebnis im gelben Kinderuntersuchungsheft fest. Die Kinderärzte bekommen also ein direktes Feedback, ob das Kind gesund ist oder behandelt werden muss. Zudem können die Zahnärzte um kollegiale Rücksprache bitten. Das ist wichtig, um Entwicklungsstörungen oder Kindeswohlgefährdungen so früh wie möglich zu erkennen.

KZV aktuell: Das Projekt soll nicht die Wirksamkeit von Früherkennungsuntersuchungen nachweisen. Diese steht außer Frage. Vielmehr soll es die Einführung gesetzlicher Vorsorgeleistungen begleiten und auf Praxistauglichkeit prüfen. Welche Erkenntnisse haben Sie nach einem Jahr gewonnen?

Stein: Die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen decken eine Versorgungslücke ab. Während die frühkindliche Karies in der Gruppenprophylaxe schon lange im Blickpunkt steht, hat die notwendige Ergänzung durch Früherkennungsuntersuchungen in der Zahnarztpraxen auf sich warten lassen. Erst mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber die erforderliche Regelung für zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung für Kleinkinder ins Sozialgesetzbuch aufgenommen.

Die Resonanz auf unser Pilotprojekt zeigt, dass alle Beteiligten, auch die Eltern, von der Sinnhaftigkeit solcher Untersuchungen überzeugt sind. Immerhin haben wir innerhalb eines Jahres 650 Kleinkinder erreicht. Ich wage zu behaupten, dass von ihnen nur ein sehr kleiner Teil dem Zahnarzt vorgestellt worden wäre. Insofern sehe ich das Pilotprojekt als



einen klaren Beweis, dass das Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ der Zahnärzteschaft, welches als Vorbild für unser Pilotprojekt dient, praktikabel ist.

KZV aktuell: Wie geht es mit dem Projekt weiter?

Stein: Auf Bundesebene steckt die Einführung entsprechender Positionen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss fest. Das bedauere ich sehr. Erst wenn in diesem Gremium die notwendigen Vorarbeiten erledigt sind, zum Beispiel die Änderung der Früherkennungsrichtlinie oder die Ausarbeitung von Leistungsbeschreibungen, können die Maßnahmen, die wir im Pilotprojekt bereits regional durchführen, bundesweit eingeführt werden. Ich hoffe, dass sich die Beteiligten, der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, schnell einigen.

KZV aktuell: Herzlichen Dank!

Ein Pilotprojekt in der Region Pirmasens-Zweibrücken bekämpft frühkindliche Karies. Foto: KZV Rheinland-Pfalz

dentTV

Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“ – Mehr dazu in *dentTV*, dem Online-Magazin der KZV Rheinland-Pfalz unter



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

oder direkt über den QR-Code

Praxisführung wirtschaftlich betrachtet: Diese Kennzahlen sollten Sie beachten

Eigenkapitalquote, Cashflow oder Kapitaldienstfähigkeit – Teil zehn der Serie „Praxisführung wirtschaftlich betrachtet“ erklärt die Kennzahlen, die Sie für Ihr Bankengespräch kennen sollten.

Bei Kreditverhandlungen und den turnusmäßigen Gesprächen betrachten Banken diverse betriebswirtschaftliche Kennzahlen. Für den Praxisinhaber bedeutet das, die erforderlichen Unterlagen wie den Businessplan und die betriebswirtschaftliche Auswertung immer aktuell zu halten. Es ist vorteilhaft, die nachfolgend beschriebenen Kennzahlen bewerten und erklären zu können.

1. Eigenkapitalquote

Mit Hilfe der Eigenkapitalquote (EK) erhält die Bank eine Aussage über Kapitalkraft und finanzielle Stabilität des Geschäftspartners und damit die Solidität der geplanten Finanzierung. Sie wird wie folgt berechnet:

$$\text{EK-Quote} = \left[\frac{\text{Eigenkapital}}{\text{Gesamtkapital (Bilanzsumme)}} \right] \times 100$$

Bei geringer Eigenkapitalquote ist die Kreditaufnahme deutlich schwieriger und es bestehen höhere Abhängigkeiten von Fremdkapitalgebern, höhere Verpflichtungen für den Kapitaldienst und höhere Zinsen. Die Flexibilität des Unternehmens, auf Markt- und Absatzveränderungen zu reagieren, ist eingeschränkt.

Durchschnittswerte von Eigenkapitalquoten:

Industrie/Erzeugnisbetriebe > 20 Prozent

Handwerk/Gewerbebetriebe > 15 Prozent

Großhandel > 15 Prozent

Einzelhandel > 10 Prozent

Eine EK-Quote unter 10 Prozent signalisiert Insolvenzgefahr!

Das Pendant hierzu ist die Fremdkapitalquote. Sie errechnet sich aus dem Verhältnis Fremdkapital zu Gesamtkapital (Bilanzsumme) x 100. Die Fremdkapitalquote sollte nicht mehr als 60 Prozent betragen.

Die Eigenkapitalquote lässt sich bei Bedarf unter anderem durch folgende Maßnahmen verbessern:

- › Reduzierung der Praxisentnahmen
- › Zusätzliche Privateinlagen

- › Aufnahme neuer Praxispartner
- › Leasing
- › Factoring

2. Gesamtkapitalrentabilität

Die Gesamtkapitalrentabilität (GKR; auch Return on Investment – ROI) gibt an, wie hoch die Rentabilität in Bezug auf das zugeführte Eigen- und Fremdkapital ist, mit anderen Worten, wie viel Geld man bei Einsatz eines bestimmten Betrags zurückerhält. Hierbei wird die Verzinsung im Verhältnis zum Gesamtkapital des Unternehmens betrachtet. Man nennt diese Größe auch Gesamtkapitalrendite.

Mit folgender Formel kann die Rendite berechnet werden:
Gesamtkapitalrentabilität (Prozent) = $\left[\frac{\text{Eigenkapital} + \text{Fremdkapital}}{\text{Gesamtkapital}} \right] \times 100$

Das durchschnittliche Gesamtkapital kann aus dem aufbereiteten Gesamtkapital am Anfang und am Ende des Bilanzierungszeitraumes berechnet werden. Die Gesamtkapitalrentabilität beleuchtet die Gewinnsituation des Unternehmens und dient als Indikator für die Attraktivität des Unternehmens für Investoren. Liegt die Gesamtkapitalrentabilität unterhalb des durchschnittlichen Fremdkapitalzinses, den das Unternehmen an Kreditgeber zu zahlen hat, wäre es aus der Sicht eines einzelnen Investors sowie aus gesamtwirtschaftlicher Sicht effizienter, das Geld an anderer Stelle zu investieren. Für Eigenkapitalgeber bedeutet dies, dass die Rendite auf ihr Kapital noch unterhalb der Rendite für Fremdkapitalgeber liegt, sodass sie für das höhere Risiko nicht adäquat entlohnt werden. Für Fremdkapitalgeber bedeutet eine niedrige Gesamtkapitalrendite stets die Gefahr, dass die vom Kreditnehmer erwirtschafteten Gewinne nicht mehr zur Zahlung der Zinsen und zur Tilgung der Schulden ausreichen und eventuell sogar die Gefahr einer Insolvenz besteht.

Damit Sie sich die Berechnung besser vorstellen können, hier ein Beispiel zum Verständnis:

Ein MVZ verfügt über Eigenkapital in Höhe von 500.000 EUR. Zusätzlich wurde Fremdkapital in Höhe von 750.000 EUR aufgenommen. Insgesamt verfügt man über ein Gesamtkapital in Höhe von 1.250.000 EUR.



Foto: © fotomek / Fotolia

Die Berechnung erfolgt mit vorgenannter Formel:

$$= [(500.000 \text{ EUR} + 750.000 \text{ EUR}) / 4.500.000 \text{ EUR}] \times 100$$

Es ergibt sich aus vorstehendem Beispiel eine Gesamtkapitalrentabilität zu 27,8 Prozent. Das MVZ ist damit gut aufgestellt. Je höher der Prozentwert, desto rentabler ist das Unternehmen im Verhältnis zum eingesetzten Kapital. Die GKR sollte deutlich über dem Kapitalmarktzins liegen. Sehr gut sind Werte über 15 Prozent. Die GKR lässt sich bei Bedarf zum Beispiel durch Abbau von Beständen und Forderungen oder durch Verbesserung der Rentabilität (Erträge steigern, Sach-/Personalkosten senken) verbessern.

3. Umsatzrendite

Mit dieser Kennziffer lässt sich die wirtschaftliche Effizienz von Unternehmen analysieren. Beispielsweise kann man die Umsatzrendite des eigenen Unternehmens mit dem Branchendurchschnitt vergleichen oder die Daten der Konkurrenz heranziehen, um den eigenen Erfolg besser zu beurteilen. Die Umsatzrentabilität, auch Umsatzrendite genannt, stellt den auf den Umsatz bezogenen Gewinnanteil dar. Sie weist aus, wie viel das Unternehmen in Bezug auf einen Euro Umsatz verdient hat. Eine Umsatzrendite von zehn Prozent bedeutet, dass mit jedem umgesetzten Euro ein Gewinn von zehn Cent erwirtschaftet wurde. Eine steigende Umsatzrentabilität deutet bei unverändertem Verkaufspreis auf eine zunehmende Produktivität im Unternehmen hin, während eine sinkende Umsatzrentabilität auf sinkende Produktivität und damit auf steigende Kosten hinweist. Andere Begriffe für Umsatzrentabilität sind unter anderem Umsatzrendite, Return on Sales oder Umsatzverdienstrate.

Es wird zwischen der Brutto- und der Nettoumsatzrendite unterschieden. Die Bruttoumsatzrendite wird mit dem Gewinn vor Steuern berechnet, während die Nettoumsatzrendite mit dem Gewinn nach Steuern berechnet wird. Da es Steuernachzahlungen geben kann oder Verlustvorträge möglich sind, ist die Nettoumsatzrendite nicht immer geeignet, um unterschiedliche Unternehmen zu vergleichen. Daher kann es sinnvoll sein, die Bruttoumsatzrendite als Grundlage einer Analyse zu wählen.

Die Formel zur Berechnung lautet:
 Umsatzrendite in Prozent = (Betriebsergebnis / Umsatz) x 100

Eine Umsatzrendite unter einem Prozent signalisiert Gefahr!

4. Personalkostenquote

Personalkosten stellen in den meisten Praxen den größten Kostenblock dar. Problematische Kostenstrukturen lassen sich häufig schon am Verhältnis der Personalkosten zum Umsatz ablesen. Beschäftigen Sie zu viel oder zu unproduktives Personal, dann sind wirtschaftliche Probleme mit hoher Wahrscheinlichkeit vorprogrammiert. Niedrige Umsatzrenditen korrelieren häufig mit einer hohen Personalkostenquote.

Die Berechnungsformel lautet:
 Personalkostenquote = Personalkosten / Umsatz

5. Cashflow

Finden Sie nicht auch, dass „Cashflow“ doch viel wichtiger klingt als einfach nur „Geldfluss“? Doch genau das ist damit gemeint: der von einem Unternehmen während eines



Foto: © Jeanette Dietl / Fotolia

bestimmten Zeitraums erzielte Geldfluss, beispielsweise innerhalb eines Geschäftsjahres. Er stellt einen Indikator für die wirtschaftliche Situation des Unternehmens dar. Der Cashflow beschreibt den Überschuss an Zahlungsmitteln, den ein Unternehmen durch seine Tätigkeiten innerhalb eines bestimmten Zeitraums erwirtschaften konnte. Er bleibt, wenn man die Ausgaben von den Einnahmen abzieht und gibt somit an, inwiefern sich das Unternehmen selbst finanzieren kann. Ist der Cashflow positiv, spricht man von einem Mittelzufluss, fällt er negativ aus, von einem Mittelabfluss. Die Ermittlung des Cashflows ist wichtig, denn er dient als Kennzahl, um die finanzielle Lage eines Unternehmens einschätzen zu können. Ein positiver Cashflow meint, dass es dem Unternehmen finanziell gut geht. Er erhöht die Chancen auf Unterstützung von Kapitalgebern, weil diese davon ausgehen, dass das Unternehmen beispielsweise einen Kredit selbstständig tilgen kann. Ein Beispiel: Die Praxiskosten betragen monatlich 15.000 EUR bei einem Umsatz von 45.000 EUR. Es besteht ein positiver Cashflow von 30.000 EUR.

Eine weitere wichtige Kennzahl ist die Cashflow-Rate. Sie zeigt auf, welcher Anteil des Umsatzes im Unternehmen verbleibt und damit für Investitionen, Kapitaltilgung und Gewinnausschüttung zur Verfügung steht. Darüber hinaus gibt die Cashflow-Rate an, welche Preisschwankungen das Unternehmen finanziell verkraften kann, ohne dass Liquiditätsengpässe auftreten. Je höher die Cashflow-Rate, desto eher ist das Unternehmen in der Lage, zukünftig Chancen zu nutzen und Risiken abzuwehren.

Die Formel zur Berechnung lautet:
Cashflow-Rate in Prozent der Betriebsleistung = $(\text{Cashflow} / \text{Betriebsleistung}) \times 100$

Der Wert sollte über dem Kapitalmarktzins liegen. Werte unter zwei Prozent signalisieren akute Gefahr!

6. Kapitaldienstfähigkeit

Für Banken ist die Kapitaldienstfähigkeit (KDF) ihrer Kreditnehmer ein wesentlicher Beurteilungspunkt im Rahmen des Ratings. Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Verhältnisse ihrer Geschäftspartner versuchen die Banken unter anderem zu ermitteln, ob das Unternehmen als zukünftiger Kreditnehmer in der Lage ist, jederzeit Zinsen und Tilgungen für alle Darlehen zu erwirtschaften. Nur wenn das Unternehmen fähig ist, den Kapitaldienst zu erwirtschaften, kommt für die Bank eine Kreditgewährung überhaupt in Frage.

Die KDF errechnet sich nach folgender Formel:

Kapitaldienstfähigkeit = $\text{Netto-Cashflow} / \text{vereinbarte Kredittilgungen} \times 100$

Dabei berechnet sich der Netto-Cashflow als Jahresüberschuss plus Abschreibungen und Einlagen abzüglich der Entnahmen. Ziel ist ein Wert von (deutlich) über 100 Prozent, das heißt, der Cashflow beträgt mehr als die Summe aus Entnahmen und Tilgungen.

Mögliche Maßnahmen zur kurzfristigen Verbesserung der KDF sind:

- › nicht zu kurze Laufzeiten bei den Finanzierungen vereinbaren (Finanzierungsdauer = voraussichtliche Nutzungsdauer),
- › mit der Bank über eine Tilgungstreckung verhandeln oder eine Tilgungsaussetzung für ein oder zwei Jahre,
- › Entnahmen verschieben oder reduzieren.

7. Resttilgungsdauer

Den Kapitalgeber interessiert naturgemäß, welche aktuellen Verbindlichkeiten beim potenziellen Kreditnehmer bestehen und in welchem Zeitraum sie abgebaut werden. Informationen darüber erhält man durch die Kennzahl „Resttilgungsdauer“. Sie ergibt sich, wenn man den Restschuldsaldo durch den Cashflow dividiert.

Beispiel: Nehmen wir an, Ihre Restschulden bei der finanzierenden Bank betragen 250.000 EUR. Sie erzielen einen Praxisgewinn in Höhe von 200.000 EUR. Für Ihren Privatbedarf benötigen Sie 100.000 EUR, Ihr Steuerberater hat berechnet, dass das Finanzamt noch 80.000 EUR von Ihnen haben möchte. Die Abschreibungen im Betrachtungszeitraum belaufen sich auf 30.000 EUR. Damit ergibt sich folgender Cashflow: $200.000 \text{ EUR} - 100.000 \text{ EUR} - 80.000 \text{ EUR} + 30.000 \text{ EUR} = 50.000 \text{ EUR}$. Die Resttilgungsdauer ergibt sich somit wie folgt: $250.000 \text{ EUR} / 50.000 \text{ EUR} = 5$.

ZART

ZAHNMANUFAKTUR



ZAHNTECHNISCHE MEISTERWERKE MIT EINZIGARTIGER ÄSTHETIK UND FUNKTION

DesignDent® Produkte bieten Materialverträglichkeit, Langlebigkeit und Ästhetik aus Keramik.

Vertrauen Sie auf Service und Dienstleistung aus Koblenz seit 1925.

Das bedeutet, dass Sie in fünf Jahren schuldenfrei sein werden – vorausgesetzt Sie erzielen in den nächsten Jahren annähernd gleiche Ergebnisse und wenden diese für die Tilgung auf. Diese Erkenntnis alleine ist für sich betrachtet schon viel wert, wird aber erst richtig interessant, wenn Sie sie in Beziehung zu den Restlaufzeiten Ihrer Kredite betrachten: Betragen diese noch acht Jahre, können sie sich entspannt im Sessel zurücklehnen. Beträgt die Restlaufzeit aber weniger als fünf Jahre, sollten Sie sich rechtzeitig um eine Anschlussfinanzierung kümmern, damit nicht unvermittelt ernsthafte Liquiditätsprobleme auftreten.

8. Working Capital

Diese Kennzahl beschreibt das Verhältnis zwischen Umlaufvermögen und kurzfristigen Verbindlichkeiten. Ziel ist ein Wert von (deutlich) über 100 Prozent. Sinkt der Wert, dann ist das Unternehmen nicht in der Lage, seine kurzfristigen Verbindlichkeiten vollständig zu bezahlen, selbst wenn es das gesamte Umlaufvermögen verkaufen würde. Ein positiver Wert bedeutet einen Bestand an langfristig finanziertem Umlaufvermögen und damit auch einen Überschuss an langfristiger Finanzierung, ein negativer Wert bedeutet, dass langfristiges Vermögen kurzfristig finanziert worden ist.

Berechnung:

$\text{Working Capital} = \text{Umlaufvermögen} / \text{kurzfristige Verbindlichkeiten} \times 100$

Werte unter 100 Prozent signalisieren Insolvenzgefahr; gute Werte liegen über 200 Prozent.

Folgende Möglichkeiten stehen zur Verbesserung des Wertes zur Verfügung:

- › Umfinanzierung prüfen, zum Beispiel kurzfristige Kredite oder Kontokorrentkredite in langfristige Darlehen umtauschen,
- › niedrigere Tilgungsraten vereinbaren.

9. Liquidität

Liquidität bezeichnet in der Betriebswirtschaftslehre die Fähigkeit und Bereitschaft eines Unternehmens, seinen bestehenden Zahlungsverpflichtungen nachzukommen. Liquidität misst das Vorhandensein von schnell verfügbaren Geldmitteln wie Bargeld oder Sichtguthaben auf Girokonten und stellt dieses ins Verhältnis zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten. Der Aufgabe der Liquiditätssicherung kommt ein hoher Stellenwert zu. Die folgenden Kennzahlen zur Liquidität finden Sie regelmäßig in Ihrer Betriebswirtschaftlichen Auswertung wieder:

Bei der Kennzahl „Liquidität 1. Grades“ handelt es sich um alle flüssigen Mittel, also vor allem Kassenbestände und Bankguthaben. Diesen werden die kurzfristigen Verbindlichkeiten gegenübergestellt. Dabei handelt es sich meist um Tilgungsraten von Darlehen und Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen.

$\frac{\text{verfügbare Zahlungsmittel (Bank, Kasse, Wechsel)} \times 100}{\text{kurzfristige Verbindlichkeiten}} = \text{Liquidität 1. Grades}$

Z-ART ZAHNMANUFAKTUR EINE MARKE DER
KIMMEL ZAHNTECHNIK GMBH

FILIALE Z-ART: FIRMUNGSTR. 6
56068 KOBLENZ
TEL.: 0261/ 98444-0
WWW.ZART-KOBLENZ.DE

Die Kennzahl zeigt an, inwieweit die kurzfristigen Verbindlichkeiten (Laufzeit unter einem Jahr, zum Beispiel Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen) durch die vorhandenen flüssigen Mittel (Kassen- und Bankbestand) zurückgezahlt werden könnten und gibt damit Auskunft über die Zahlungsfähigkeit des Unternehmens. Der Wert sollte wenigstens 20 Prozent betragen

Die „Liquidität 2. Grades“ berücksichtigt alle Faktoren der Liquidität 1. Grades. Zusätzlich werden Wertpapiere des Umlaufvermögens addiert, denn diese können – wenn auch meist unter Verlusten – relativ kurzfristig liquidiert werden.

$$\frac{\text{verfügbare Zahlungsmittel und kurzfristige Forderungen} \times 100}{\text{kurzfristige Verbindlichkeiten}} = \text{Liquidität 2. Grades}$$

Mit Hilfe dieser Kennzahl wird angezeigt, in welchem Umfang die kurzfristigen Verbindlichkeiten durch flüssige Mittel und Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gedeckt sind. Sie gibt damit Auskunft über die Zahlungsbereitschaft des Unternehmens. Der Wert sollte mindestens 100 Prozent betragen, das heißt, das kurzfristige Vermögen sollte die kurzfristigen Verbindlichkeiten decken.

Statt Wertpapiere einzubeziehen, fokussiert sich die „Liquidität 3. Grades“ auf Vorräte. Denn auch diese können im Zweifelsfall liquidiert werden, auch wenn sich dadurch negative Auswirkungen für den Produktionsprozess ergeben.

$$\frac{\text{gesamtes Umlaufvermögen} \times 100}{\text{kurzfristige Verbindlichkeiten}} = \text{Liquidität 3. Grades}$$

Zum kurzfristigen Umlaufvermögen zählen (un)fertige Erzeugnisse sowie Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, die nicht unmittelbar in Zahlungsmittel umgewandelt werden können (Verkauf auf dem Markt). Der Wert sollte über 100 Prozent betragen; im besten Fall ist das Umlaufvermögen doppelt so hoch wie die kurzfristigen Verbindlichkeiten. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung:

- › Kunden zahlen fristgerecht in der Regel innerhalb von 30 Tagen,
- › zielgerichteter Wareneinkauf und zielgerichtetes Lagerwesen, das heißt, die Lagerumschlagshäufigkeit ist in Ordnung (Vermeidung von totem Kapital).

Im Falle einer Liquiditätskrise kann es zum Beispiel notwendig werden, flüssige Mittel zu aktivieren, gegebenenfalls die Kontokorrent-Linie auszuschöpfen, Forderungen einzutreiben oder Vorräte abzubauen.

10. Umsatz je Arztstunde

Diese Kennzahl zeigt an, wie viel Sie für Ihre eigene Tätigkeit erhalten. Das ist vor allem dann nützlich, wenn Sie überlegen, bestimmte Tätigkeiten zu delegieren oder mutmaßlich ineffiziente Leistungen zu streichen. Für die Berechnung teilen Sie den Gesamtumsatz durch Ihre durchschnittlich geleisteten Stunden und multiplizieren diese Zahl mit der Anzahl der tatsächlichen Arbeitstage. Der Durchschnittswert der Arbeitstage liegt in der Regel bei 210 Arbeitstagen pro Jahr.

11. Rendite des Betriebsvermögens

Um diese Kennzahl zu berechnen, subtrahieren ziehen Sie vom Gewinn Ihren Privatbedarf, die Aufwendungen für Altersvorsorge und Steuern und teilen das Ergebnis durch den Wert des Betriebsvermögens. Die Kennzahl gibt Aufschluss über den Wert der Praxis und ist vor allem dann interessant, wenn ein anderer Arzt in Ihre Praxis einsteigen oder diese übernehmen möchte. Als Betriebsvermögen können Sie entweder die Summe aller Investitionen oder den Buchwert des Anlagevermögens heranziehen. Wenn Sie den Buchwert verwenden, wird die Rendite im Zeitverlauf immer höher, da der Buchwert der Investitionen aufgrund der Abschreibungen immer weniger wird.

12. Einnahmeverhältnis

Das Einnahmeverhältnis kann Ihnen anzeigen, wie abhängig Sie von Honorarzahlungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Das Einnahmeverhältnis berechnen Sie, indem Sie die GKV-Einnahmen durch die Gesamteinnahmen teilen.

Die aufgeführten finanzwirtschaftlichen Kennzahlen sind nicht nur im Zusammenhang mit der Vergabe von Krediten wichtig, sondern auch zur optimalen Steuerung Ihrer Praxis und für den Vergleich mit anderen Praxen (Benchmarking) relevant. Banken prüfen mittlerweile sehr genau die Bonität eines Kreditnehmers, wobei nicht nur die Zahlen Ihrer Praxis eine Rolle spielen. Zusätzlich werden auch Ihr betriebswirtschaftliches Wissen, Ihr Kenntnisstand über den Zustand der Praxis und Ihre Zukunftspläne bewertet. Die wichtigsten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen sollte sich jeder Arzt einmal angeschaut haben und deren Bedeutung kennen – auch, wenn das Errechnen und Interpretieren der Steuerberater übernimmt.

Dr. Günter Kau, M. Sc.



Foto: © K.-U. Häßler / Fotolia

Maissirup: Gefährlicher Industriezucker?

Am 1. Oktober fallen in der Europäischen Union (EU) die Zuckerquoten. Dann darf mehr Maissirup in Lebensmitteln verwendet werden. Das Gemisch aus Fruktose und Glukose steht im Verdacht, gesundheitsschädlich zu sein.

Der Trend kommt wie so oft aus Übersee: Bereits seit den 1970er Jahren setzt die Lebensmittelindustrie in den USA statt üblichem Haushaltszucker häufig Maissirup zum Süßen von Getränken, Joghurts und Fertigprodukten ein. Bei rund 40 Prozent liegt der Marktanteil des Süßungsmittels, das preisgünstig aus Maisstärke gewonnen wird.

In Europa spielt Maissirup, auch als Isoglucose oder „high corn fructose sirup“ bezeichnet, bisher nur eine kleine Rolle. Das kann sich durch den Wegfall der Zuckerquoten, die die Erzeugung von Zucker in der EU regulieren, ändern: Die EU-Kommission prognostiziert, dass sich die europaweite Produktion von Isoglucose von derzeit rund 700.000 Tonnen bis zum Jahr 2025 auf 2,3 Millionen Tonnen jährlich mehr als verdreifachen könnte. Der Marktanteil würde von 3,5 auf 11,3 Prozent steigen.

Isoglucose – billig, süß, geschmacksverstärkend

Isoglucose bietet der Lebensmittelindustrie zwei Vorteile: Sie ist preiswert in der Produktion und wirkt geschmacksverstärkend. Im Gegensatz zu herkömmlichem Haushaltszucker, der aus Zuckerrüben oder Zuckerrohr gewonnen wird, lässt sich Isoglucose kostengünstig aus der Stärke von Mais, Weizen oder Kartoffeln herstellen. Dafür wird die Stärke zunächst in Glukose gespalten, die wiederum mit Hilfe von Enzymen in die süßere Fruktose umgewandelt wird. Während Haushaltszucker jeweils zur Hälfte aus Fruktose und Glukose besteht, hat Isoglucose meist einen Fruchtzuckeranteil von 55 Prozent. Sie ist also deutlich süßer als Haushaltszucker.

Fruktose ist nicht per se schlecht

In den USA gilt Isoglucose aufgrund des hohen Fruktoseanteils inzwischen als Dick- und Krankmacher. Und auch Studien belegen Auswirkungen von Fruchtzucker auf die Gesundheit. So kann Fruktose den Stoffwechsel negativ beeinflussen und die Cholesterin- und Blutfettwerte erhöhen. Auch steigt das Risiko, an Bluthochdruck zu erkranken. Zudem stört Fruktose die Sättigung. Das Appetitzentrum im Gehirn reagiert kaum auf Fruchtzucker, man fühlt sich deshalb nicht satt und isst weiter. Mögliche Folgen aus alledem: Übergewicht, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Dass Fruktose der Gesundheit schaden kann, ist auch für Prof. Dr. Dr. Anja Bosy-Westphal von der Universität Hohenheim unstrittig. Die Ernährungsmedizinerin, die



Composing aus: © Mara Zemgaliete / Fotolia & © anatchant / Fotolia

sich auch in der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin engagiert, relativiert aber: „Dies alles trifft nur dann zu, wenn Fruktose im Übermaß konsumiert und deutlich über dem Kalorienbedarf gegessen wird.“ Das heißt: Normale Mengen an Fruchtzucker, wie er zum Beispiel in der täglichen Portion Obst enthalten ist, kann der Körper gut verarbeiten.

Gezuckerte Getränke sind Kalorienfallen

Sie will deshalb die Isoglucose-Problematik nicht überbetonen. „Das Problem ist nicht allein der Fruchtzucker, sondern vielmehr die Menge an Zucker insgesamt.“ 90 Gramm Zucker isst jeder Deutsche im Schnitt am Tag – fast doppelt so viel, wie die Weltgesundheitsorganisation mit höchstens 50 Gramm empfiehlt. Für diese zu hohe Menge macht Anja Bosy-Westphal auch die versteckten Zucker in Nahrungsmitteln verantwortlich. Insbesondere Getränke sind Kalorienfallen. „Aus Ernährungsstudien wissen wir, dass es vor allem die zuckerhaltigen Getränke sind, die zu Übergewicht und Fettleibigkeit führen und zum Risiko für Diabetes Typ 2 werden.“ Den Konsumenten sei oft gar nicht bewusst, wie viele Kalorien sie über gesüßte Getränke zu sich nehmen. „Ob diese Kalorien aus Haushaltszucker oder aus verzuckerter Maisstärke stammen, ist letztendlich egal. Beides fördert eine Überernährung und beeinträchtigt den Stoffwechsel“, betont die Ernährungsmedizinerin. Sie befürchtet, dass eine Liberalisierung des Zuckermarktes durch niedrige Preise von Süßungsmitteln die Verzuckerung der Nahrung weiter vorantreibt. Gesüßte Soft- und Energydrinks erfreuten sich nicht nur unter US-amerikanischen, sondern auch unter deutschen Jugendlichen schon heute großer Beliebtheit. „Das ist ein gefährlicher Trend“, sagt sie.

Und was meint die Europäische Kommission zur Isoglucose-Diskussion? Angesichts des Wegfalls der Zuckerquoten sei man sich der Debatte um die gesundheitlichen Folgen einer hohen Aufnahme von Fruktose bewusst. Man wolle, so heißt es vage aus Brüssel, das „Thema weiterhin verfolgen, um allgemein eine gesunde Ernährung und körperliche Bewegung zu fördern“.

kb

Wie gefährlich ist eine todsichere Anlage?

Antworten auf Ihre Fragen.
Das apoPur-Gespräch.



Dr. Thomas Kühn
Kunde der apoBank

Jetzt Termin vereinbaren:
apobank.de/sichere-anlage

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank

