

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

IBG

Allgemein-
zahnärzte

Gesamt-
vergütung

HVM

Mund-Kiefer-
Gesichtschirurgen

Kiefer-
orthopäden

KZV-
Durchschnitt

Fokus

Honorarverteilung: KZV-Vertreterversammlung beschließt HVM

Aktuell

Evaluation:
Wie steht es um die Parodontitisversorgung?

Praxis

Urlaub:
Die wichtigsten Aspekte für Arbeitgeber

Fortbildung

Kariesmanagement bei Erwachsenen

Position

- 3 Affront

Fokus

- 4 KZV-Vertreterversammlung: Honorarverteilungsmaßstab beschlossen
- 6 KZV-Vertreterversammlung: Notdienstreform nimmt Fahrt auf
- 8 Vertreterversammlung in Kürze
- 10 Der Honorarverteilungsmaßstab der KZV Rheinland-Pfalz

Aktuell

- 13 EuGH: Erste Kopie der Patientenakte ist kostenlos

Politik

- 14 Evaluation: Wie steht es um die Parodontitisversorgung?

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

KZV Rheinland-Pfalz

- 17 Austausch der VV-Spitzen
- 17 In eigener Sache: Spende statt Weihnachtskarten

Fortbildung

- 18 Die richtigen Entscheidungen: Kariesmanagement bei Erwachsenen
- 22 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Betriebsprüfung in der Zahnarztpraxis
- 23 Fortbildungen der KZV Rheinland-Pfalz: Kurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“

Praxis

- 24 Urlaub: Die wichtigsten Aspekte für Arbeitgeber

Aktuell

- 27 Street Docs feiern Zehnjähriges

Praxis

- 28 Vorsicht, Phishing! Woran Sie Betrugsmails erkennen

Aktuell

- 30 DGZMK: Update für Implantologie-Leitlinien

KZV Rheinland-Pfalz

- 30 Jugendtheater: „Little Women“ auf der großen Bühne

Aktuell

- 31 Zahnarztpraxen: Rund die Hälfte der Einnahmen stammt aus der GKV
- 31 Hilfe bei Post-Covid: Fünf Ambulanzen für Langzeitkranke in Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz
T 06131 / 8927-113 · F 06131 / 8927222
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Dr. Christine Ehrhardt (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.
Kathrin Kromeier

Redaktionsassistentz

Michaela Merz

Grafik und Produktion

Köllen Druck+Verlag GmbH · 53117 Bonn
www.koellen.de

Bildnachweis

Titelfoto: alisaaa/Adobe Stock

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

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in einigen Texten bei Personenbezeichnungen oder personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter und enthalten unsererseits keine Wertung. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:
19.02.2024

Wir blicken auf ein schwieriges Jahr 2023 zurück: menschengemachte Krisen, Gewalt und Kriege, die schreckliches Leid verursachen und die es schwer machen, sich auf den Alltag zu konzentrieren. Gleichzeitig spüren wir, dass wir hier in Deutschland keineswegs auf einer Insel der Seligen leben. Die Folgen der Krisen in der Welt kommen bei uns an. Und wir spüren sie in unseren Praxen. Die gesundheitliche Versorgung der Menschen sollte nicht von äußeren Faktoren abhängen, doch wir alle wissen, dass dies ein frommer Wunsch ist.

Hierzulande werden wir mit den Konsequenzen unausgereifter und kurzsichtiger politischer Entscheidungen konfrontiert. Eine solche Entscheidung ist das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Inzwischen wissen wir: Das GKV-FinStG macht einiges – außer die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen zu stabilisieren. Destabilisierungsgesetz – oder noch besser: Destruktionsgesetz – wäre der geeignetere Name!

Mit Wiedereinführung der strikten Budgetierung hat das GKV-FinStG von Bundesgesundheitsminister Lauterbach die GKV-Ausgaben nahezu auf dem Niveau des vergangenen Jahres eingefroren – und das, obwohl erst kurz zuvor neue Leistungen eingeführt wurden, insbesondere die rund dreijährige Parodontitistherapie. Eine unheilvolle Kombination mit bitteren Folgen: faktische Leistungskürzungen für unsere Patientinnen und Patienten und für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte Punktwertsenkungen für das vierte Quartal 2023 und der Einsatz des Honorarverteilungsmaßstabes ab dem Abrechnungsjahr 2024.



Dass wir diese beiden Maßnahmen nun ergreifen mussten, schmerzt uns sehr. Sie sind Folge einer wortbrüchigen Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Und sie sind Zeugnis der ministeriellen Ignoranz gegenüber Warnungen aus dem Berufsstand und aus den Landesregierungen. Der Niedergang eines der weltweit besten ambulanten Gesundheitssysteme wird nicht nur in Kauf genommen, sondern mit dem GKV-FinStG aktiv befeuert: Budgetierung ist Gift für die Versorgung!

Nicht minder empört die ministerielle Missachtung gegenüber den Leistungsträgern des Systems, Ihnen gegenüber, liebe Kolleginnen und Kollegen, indem unsere zahnärztliche Selbstverwaltung – ein funktionierendes Beispiel demokratischer Beteiligung – sukzessive beschnitten und ausgehebelt wird. Demokratisch gewählte Vertreter des Berufsstandes werden abwertend als „Lobbyisten“ tituliert, ihre Expertise wird negiert und Gespräche werden verweigert.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, unsere Leidenstoleranz ist überschritten! Die unzureichende Gesamtvergütung und der respektlose Umgang seitens der Politik sind nicht nur für den Berufsstand brüskierend, sondern sind auch eine Beleidigung für jeden demokratisch denkenden Bürger. Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte dürfen nicht müde werden, dies konsequent zu benennen und anzuprangern. Das sind wir uns selbst und unseren Patientinnen und Patienten schuldig!

Ihre

Dr. Christine Ehrhardt
Vorsitzende des Vorstandes

„Budgetierung ist Gift für die Versorgung!“

KZV-Vertreterversammlung: Honorarverteilungsmaßstab beschlossen

Die Sparpolitik des Gesetzgebers fordert ihren Tribut: Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz hat einen neuen Honorarverteilungsmaßstab beschließen müssen. Die bittere Konsequenz: Die erbrachten zahnärztlichen Leistungen werden künftig nicht mehr voll vergütet.

Text: Katrin Becker

„Dilemma“ war das meist bemühte Wort auf der Vertreterversammlung Mitte November in Mainz. Ein Dilemma, weil die Zahnärzteschaft für eine unverlässliche und unverantwortliche Gesundheitspolitik erhalten muss. Und ein Dilemma, weil die Delegierten einen neuen Honorarverteilungsmaßstab verabschiedeten, der im kommenden Jahr scharfgeschaltet werden muss. „Wir können es drehen und wenden: Das Geld der Krankenkassen reicht nicht aus“, sagte Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz. Robert Schwan, der Vorsitzende der Vertreterversammlung, ergänzte: „Der Honorarverteilungsmaßstab wird nicht zu Begeisterung führen. Jeder wird in dem einen oder anderen Umfang betroffen sein.“

Unheilvolle Konstellation

Nahezu zwanzig Jahre ist es der KZV Rheinland-Pfalz gelungen, mit dem HVM verbundene Honorarkürzungen für die Zahnarztpraxen zu vermeiden. Doch mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) ist das nun vorbei. „Das Gesetz hat gravierende Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung. Wir erleben die Wiedereinführung der strikten Budgetierung“, sagte Ehrhardt. In zwei pointierten Vorträgen erläuterte sie die Gründe für den HVM und dessen Funktionsweise (vgl. hierfür Seite 10). Die Punktwerte und die Gesamtvergütungen dürfen in den Jahren 2023 und 2024 nicht analog der Steigerung der Grundlohnsomme wachsen. Das bedeutet für die Zahnarztpraxen ein geringeres Honorarwachstum.

Das besondere Dilemma liege nun darin, dass ein großes Paket neuer parodontologischer Leistungen, die sich über fast drei Jahre erstrecken, in



Dr. Christine Ehrhardt nutzte die Abstimmung über den HVM für eine Generalabrechnung: „Der Politikstil von Bundesminister Lauterbach macht fassungslos! Die Politik mit der Brechstange missachtet die Selbstverwaltung als demokratisches Instrument!“

den vertragszahnärztlichen Leistungskatalog aufgenommen wurde. „Dennoch wird die Gesamtvergütung inklusive der Leistungen der PAR-Therapierichtlinie auf dem Niveau von 2022 eingefroren“, kritisierte sie. Mehr Leistungen und nahezu gleichbleibende Ausgaben der Krankenkassen – eine Rechnung, die nicht aufgehen kann: In Rheinland-Pfalz war nach dem diesjährigen zweiten Quartal zu erkennen, dass es bereits dieses Jahr zu Budgetüberschreitungen kommen werde. Mit zwei Warnbriefen an die Kollegenschaft machte der Vorstand darauf aufmerksam.

Enger Verhandlungsspielraum

Das GKV-FinStG hat auch dem Gestaltungsspielraum für die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen enge Grenzen gesetzt. Gleich-

wohl sei es dem Vorstand gelungen, einen großen Teil der bereits 2022 vereinbarten zusätzlichen Mittel für die neuen PAR-Leistungen zu erhalten, wonach sich die Situation im laufenden Jahr im Vergleich zur Lage in anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entspanne. „Die Krankenkassen haben das Dilemma erkannt“, sagte die KZV-Chefin. „Für das kommende Jahr werden sie allerdings keine weiteren Zugeständnisse machen können. Das bedeutet, dass auch wir rigorose Leistungsmengenbegrenzungen verkräften und wir den neuen HVM einsetzen müssen, um die Honorare zu verteilen.“ Zudem warnte sie davor, dass die Budgetierung auch nach 2024 weiter bestehen könnte. Dann drohe eine Abwärtsspirale mit immer geringeren Umsätzen.

Ehrhardt dankte ausdrücklich der Landespolitik, etwa dem Gesundheitsminister Clemens Hoch (SPD) und dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU-Landtagsfraktion Dr. Christoph Gensch, die sich infolge der Kampagne „Zähne zeigen“ Gesprächsbereit erklärten. „Uns war es wichtig zu vermitteln, wieso es trotz rückläufiger neuer Behandlungsfälle in den Jahren 2023 und 2024 aufgrund der Folgeleistungen aus bereits begonnenen Behandlungen zu steigenden Gesamtleistungsmengen kommt und kaum noch Mittel für Neupatienten zur Verfügung stehen.“ Sie verwies auf den PAR-Evaluationsbericht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der dies eindrücklich darstelle (vgl. Seite 14). Ehrhardt: „Faktisch steht die neue PAR-Therapiestrecke vor dem Aus, ohne dass jeder einzelne Versicherte seinen Anspruch darauf verliert.“ Auf Bundesebene interessiere sich für diese dramatische Situation niemand. „Eine Beteiligung der Betroffenen ist nicht erwünscht. Das Interesse an der Expertise der Selbstverwaltung ist nicht mehr



Die Vorsitzenden der Vertreterversammlung Robert Schwan (rechts) und Dr. Jens Vaterrodt führten durch die HVM-Debatte.



Die Delegierten diskutierten den vom Vorstand vorgelegten HVM emotional, aber sachlich. Im Bild: Stefan Peters, Dr. Wilfried Woop und Hendrik Scheiderbauer (v. l.).
Fotos: KZV RLP

vorhanden“, kritisierte sie. Stattdessen würden die Vertreter des Berufsstandes vom Bundesgesundheitsminister als Lobbyisten betitelt und mit einer „unfassbaren Arroganz“ abgekanzelt.

Besonnene Diskussion

Die Delegierten diskutierten den vom Vorstand vorgelegten Honorarverteilungsmaßstab lange und konstruktiv. Sie waren sich einig, dass ein HVM immer eine Mangelverwaltung bedeute. Dr. Wilfried Woop formulierte es so: „Es gibt nur einen fairen HVM: Punktzahl x Punktwert.“ Die Gründe für den HVM standen ebenfalls im Fokus der Debatte. Dr. Dr. Wolfgang Jakobs etwa befand: „Das Grundübel ist die Einführung der neuen PAR-Richtlinie. Sie hat zu einer deutlichen Leistungsausweitung geführt.“ Angesichts der ohnehin angespannten wirtschaftlichen Lage in der Praxis sei es unverantwortlich, Patienten aus der Eigenverantwortung heraus in die solidarisch finanzierte Leistungsübernahme zu überführen. Dr. Christine Ehrhardt widersprach: „Als die PAR-Richtlinie eingeführt wurde, gab es noch keinen Gesundheitsminister Lauterbach und kein GKV-FinStG. Die Politik ist nicht mehr verlässlich! Das ist ein Vertrauensbruch!“

Rege diskutiert wurden zudem Alternativen zu dem von der KZV vorgesehenen umsatzbezogenen HVM, zum Beispiel eine am einzelnen Patienten orientierte, fallzahlbezogene Regelung. Einige Delegierte um Stefan Peters und Dr. Dr. Wolfgang Jakobs legten während der Sitzung einen Antrag vor, der ein sektorales PAR-Budget bzw. eine PAR-Punktwertabsenkung ins Spiel brachte. Aufgrund der Kurzfristigkeit zogen ihn die Antragsteller zurück. Die Vertreterversammlung gab dem Vorstand allerdings mit auf den Weg, den HVM weiterzuentwickeln. „Der vorliegende HVM setzt aus pragmatischen Gründen auf dem alten HVM auf. Wir rechnen und denken ihn natürlich weiter“, versprach Ehrhardt.

Bei einer Ablehnung und acht Enthaltungen wurde der Honorarverteilungsmaßstab schließlich von der Vertreterversammlung beschlossen. Dr. Christine Ehrhardt dankte dem Plenum für die besonnene und gute Diskussion. „Wir haben einen großen Brocken bewältigt.“ ■

KZV-Vertreterversammlung: Notdienstreform nimmt Fahrt auf

Die Organisationsreform des zahnärztlichen Notdienstes nimmt konkrete Formen an. Der Standort für das erste Notdienstzentrum steht nach Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz fest.

Text: Katrin Becker

Das Zentrum wird für die gesamte Region Rheinhessen in einem Gesundheitsquartier in Mainz-Bretzenheim errichtet. „Der Vorstand hat den Mietvertrag für die Räumlichkeiten am 11. Oktober unterschrieben“, sagte Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, auf der jüngsten Sitzung der Vertreterversammlung. Die Schlüsselübergabe sei für Anfang 2024 avisiert. Danach könne die Einrichtung der Behandlungsräume vorangetrieben werden. Spätestens im dritten Quartal 2024 soll das Zentrum den Betrieb aufnehmen. Die Vertreterversammlung hatte bereits im Sommer dieses Jahres für den Standort in Mainz-Bretzenheim votiert, nachdem die Vertragsverhandlungen mit der Universitätsmedizin primär aus wirtschaftlichen Gründen ins Stocken geraten waren und die KZV Standortoptionen geprüft hatte.

Zur Erinnerung: Mit der Überführung des Notdienstes in eine zentrale Organisationsstruktur setzt die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Beschluss der Vertreterversammlung vom Mai 2021 um, der im Kern die Einrichtung von Notdienstzentren in Rheinland-Pfalz vorsieht. Diese Organisationsstruktur soll sowohl den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung als auch den Anforderungen der Praxen mit Blick auf den Kostendruck und die Personalknappheit gerecht werden.

Bienroth berichtete ferner, dass das bereits bestehende Notdienstzentrum in Mannheim/Ludwigshafen, eine Kooperation unter Federführung der KZV Baden-Württemberg, der Bezirks Zahnärztekammer Pfalz und der KZV Rheinland-Pfalz, zum 1. Januar 2024 um den Notdienstkreis Frankenthal/Grünstadt erweitert wird. Zudem führe der Vorstand kontinuierlich Gespräche über die



Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth berichtete den Delegierten zur Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz, darunter zum Stand der Notdienstreform.

Gründung weiterer Notdienstzentren. Als konstruktiv bewertete sie den Austausch mit einer Klinik in Idar-Oberstein.

Umlageordnung verabschiedet

Die Notdienstzentren sollen sich aus den Erträgen der erbrachten Leistungen und einem Notdienstbeitrag finanzieren. In der schrittweisen Aufbauphase der Notdienstzentren dürfen nur von denjenigen Zahnärztinnen und Zahnärzten Beiträge erhoben werden, die von den neu eingerichteten Zentren profitieren. Die KZV-Mitglieder, in deren Einzugsbereich noch kein Zentrum betrieben wird, nehmen nach wie vor den Notdienst in eigener Praxis wahr und müssen deshalb keinen Beitrag zahlen. Dies und weitere Grundsätze der Finanzierung, darunter die Festlegung des Notdienstbeitrags durch die Vertreterversammlung, regelt eine Umlageordnung, die die Vertreterversammlung nun beschlossen hat.



Die Vertreterversammlung fasste verschiedene Beschlüsse zur Organisation des Notdienstes.

Fotos: KZV RLP

Befreiung vom Notdienst landesweit ab 65 Jahren

Darüber hinaus entschieden die Delegierten, im Kammerbereich Trier – hier organisiert die KZV anstelle der Bezirkszahnärztekammer den Notdienst – die Altersgrenze für die Befreiung von Notdiensten von 63 auf 65 Jahre anzuheben. Aufgrund des demografischen Wandels und der sinkenden Anzahl von Zahnärztinnen und Zahnärzten im ländlichen Raum drohe eine Überforderung der verbleibenden Praxen durch eine steigende Notdienstfrequenz, erläuterte Bienroth. Zudem sollen alle Kammerbereiche im Land gleichgestellt werden. Die Notdienstordnungen der Bezirkszahnärztekammern Koblenz, Ludwigshafen und Rheinhessen weisen eine Befreiungsgrenze von 65 Jahren aus.

Urteil zur Sozialversicherungspflicht von Notdienstärzten

Ende Oktober versetzte ein Urteil des Bundessozialgerichtes (AZ: B 12 R 9/21 R) die vertrags(zahn)ärztliche Welt in Aufruhr. Demnach sind „Poolärzte“ im Bereitschaftsdienst nicht automatisch selbstständig und unterliegen der Sozialversicherungspflicht. Hintergrund des Urteils war eine Klage eines Zahnarztes, der regelmäßig Notdienste in einem von der KZV Baden-Württemberg betriebenen Zentrum übernahm. „Das Urteil ist die Entscheidung eines Einzelfalls. Wir prüfen die schriftliche Urteilsbegründung auf Auswirkungen auf die Neuorganisation unseres Notdienstes“, sagte Bienroth. Sie stellte klar: Poolärzte sind nur (Zahn-)Ärzte, die nicht bzw. nicht mehr in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätig sind.

Landessausschuss wird tagen

Die Reform des Notdienstes ist auch der Tatsache geschuldet, dass das Netz an Zahnarztpra-

xen weitmaschiger wird. Bienroth: „In diesem Jahr haben 89 Kolleginnen und Kollegen auf ihre Zulassung verzichtet, aber nur halb so viele haben sich neu niedergelassen. Von 45 Neuzulassungen waren nur 28 Praxisübernahmen.“ Zum Vergleich: 2023 haben 250 Zahnärztinnen und Zahnärzte die Option der Anstellung gewählt. Inzwischen ist etwas mehr als ein Drittel der Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz angestellt in einer Praxis tätig – Tendenz steigend.

Der Bedarfsplan weise für die zahnärztliche Versorgung zwar noch keine Unterversorgung aus, erklärte sie. Allerdings deute sich in Rheinland-Pfalz, wie in anderen Flächenländern, ein Verteilungsproblem an. Während die Zahl an Zahnärztinnen und Zahnärzten in Mittel- und Oberzentren steige, sinke sie auf dem Land. Versorgungsschlusslichter seien nach dem Bedarfsplan die Kreise Südwestpfalz, Trier-Saarburg und insbesondere Bitburg-Prüm. Kritischer sieht es laut der KZV-Vizechefin bei der kieferorthopädischen Versorgung aus. Sechs Regionen gelten auf dem Papier als unterversorgt, darunter der Kreis Altenkirchen oder der Rhein-Lahn-Kreis. Allerdings würden Engpässe durch gute Versorgungslagen in umliegenden Planungsbereichen aufgefangen. Zudem sei die kieferorthopädische Versorgung als fachzahnärztliche Versorgung zu begreifen, die sich auf Ober- und Mittelzentren konzentriert, so Bienroth. Gleichwohl werde die KZV im nächsten Jahr den Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V anrufen, um über die Bedarfsplanung und Unterversorgungen zu beraten. Die Niederlassungsberatung sei eine erste Maßnahme der KZV, um junge Zahnärztinnen und Zahnärzte für die eigene Praxis zu motivieren. Sie betonte aber, dass es der KZV nicht gelingen werde, diese in Regionen ohne gute Infrastruktur zu lotsen. „Es kann nicht sein, dass der Zahnarzt der Letzte ist, der das Licht ausmacht.“ Sie kritisierte zudem den Gesetzgeber, der mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vielen Praxen den „Todesstoß“ versetze. Zudem seien dessen bisherige Pläne zum Bürokratieabbau ungenügend. „Mit einem digitalen Zulassungsverfahren ist es nicht getan, um die Niederlassung wieder attraktiver zu machen.“

In engagierten Wortbeiträgen machten die Delegierten ihrer Situation Luft. Sanitätsrat Dr. Peter Mohr aus Bitburg äußerte die akute Gefahr, die Versorgung der Landbevölkerung nicht mehr gewährleisten zu können. „Gegensteuern ist angezeigt“, so Mohr. ■

Vertreterversammlung in Kürze

Haushalt 2024:

Einstimmig verabschiedete die Vertreterversammlung den Haushalt 2024. Die neuen Verwaltungskostenbeiträge sind im beiliegenden Rundschreiben 6/23 veröffentlicht.

Jahresabschluss 2022:

Stefan Chybych, Vorsitzender des Finanzausschusses, fasste das Ergebnis der Rechnungsprüfung durch die Prüfstelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2022 zusammen. Die Vertreterversammlung folgte der Empfehlung der Prüfstelle und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2022.

Finanzanlagen:

In ihrer Anlagenrichtlinie legt die KZV die Grundsätze fest, wonach sie verfügbare Finanzmittel anlegen darf. Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth berichtete, dass es aufgrund der Zinswende – die Europäische Zentralbank hat den Leitzins in diesem Jahr sechsmal erhöht – gelungen sei, kurzfristig verfügbare Mittel sicher und mit guten Gewinnen anzulegen.

Satzung:

Die Vertreterversammlung hat sich nach der Erläuterung durch den Vorsitzenden des Satzungsausschusses, Dr. Uwe Müller, für eine Satzungsergänzung ausgesprochen. Diese sieht vor, dass die Delegierten unter bestimmten Voraussetzungen über dringende Einzelfälle schriftlich entscheiden können. Die Änderung gilt vorbehaltlich der Genehmigung des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit.

Landesverwaltungsbeirat:

Dr. Holger Kerbeck, Sprecher des Landesverwaltungsbeirates, berichtete von insgesamt sechs Sitzungen, in denen der Vorstand den Beirat transparent über die Entwicklungen in der KZV informierte und in die Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabes eingebunden hatte. „Der Vorstand hat in wirklich stürmischen Zeiten eine super Performance hingelegt“, so Kerbeck.

Korruptionsbekämpfung:

Nach § 81a SGB V muss die KZV Rheinland-Pfalz eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einrichten. Deren Aufgabe ist es, Hinweisen nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf die rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenkassen hindeuten. Sollte sich bei der Prüfung des Sachverhalts ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen erhärten, ist die Staatsanwaltschaft zu unterrichten. Alle zwei Jahre hat der Vorstand die Vertreterversammlung über die Arbeit der Stelle zu informieren. Dr. Christine Ehrhardt berichtete, dass im Zeitraum 2022 und 2023 elf Eingaben bei der Stelle eingegangen seien. Hinweisgeber waren unter anderem die Polizei, Krankenkassen, Patienten und eine Rechtsanwaltskanzlei. Bei fünf Mitgliedern der KZV Rheinland-Pfalz hatte „ein hinreichend substantiiertes Hinweis auf eine Pflichtverletzung“ – zumeist Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung – vorgelegen. Pflichtverletzungen hätten sich bis dato nicht bestätigt, allerdings dauerten die Untersuchungen einzelner Eingaben noch an.

Informationssicherheit:

Dr. Christine Ehrhardt erläuterte, dass die Zertifizierung nach ISO 27001 zur Informationssicherheit ausgesetzt worden sei. Sie begründete die Entscheidung des Vorstandes mit den externen Kosten sowie dem internen Personal- und Dokumentationsaufwand. Die KZV-Chefin stellte dennoch klar: „Die Informationssicherheit hat mit gezielterem Ressourceneinsatz weiterhin oberste Priorität.“

Termine:

Im kommenden Jahr tagt die Vertreterversammlung am 24. April 2024 sowie am 7. Dezember 2024 jeweils in Mainz. ■



Zi Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

KZBV
Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung

KZVRLP
KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte-Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Rund 34.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung erhalten.

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

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter
www.kzvrlp.de · www.kzbv.de/zaepp · www.zaep.de
Oder einfach QR-Code mit dem Smartphone scannen.

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:
Telefon: 06131 8927-133
E-Mail: kontakt@kzvrlp.de
Ansprechpartner: Jochen Kromeier

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 0800 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-ths.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!

**Abgabefrist verlängert bis
31. Januar 2024**



Der Honorarverteilungsmaßstab der KZV Rheinland-Pfalz

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz hat Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschlossen. Lesen Sie hier, was der HVM ist und wie er funktioniert.

Text: Katrin Becker

„Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Sie wendet dabei in der vertragszahnärztlichen Versorgung den im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an.“ Nur kurz und knapp wird der Honorarverteilungsmaßstab in § 85 Absatz 4 Satz 2 SGB V erwähnt. Doch die Bedeutung des HVM ist immens: Kommt er zum Einsatz, heißt dies, dass die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bereitgestellten Gelder für die zahnärztliche Versorgung nicht ausreichen. Oder technischer gesagt: Die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung („Budget“) eines Jahres wurde überschritten. In der Folge müssen die Honorare der Zahnärzte „gekürzt“ werden.

Gelder sind begrenzt

Der Honorarverteilungsmaßstab ist also der Tatsache geschuldet, dass die Finanzmittel der GKV begrenzt sind. Diese Tatsache wiegt seit diesem Jahr noch schwerer: Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurde die Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung wieder eingeführt. Das heißt: Die Gesamtvergütung darf nicht mehr im Umfang der beitragspflichtigen Einkommen (Grundlohnsumme) wachsen. Stattdessen werden Ausgaben der Krankenkassen und somit die Honorare der Zahnarztpraxen gedeckelt – und das bei gleichzeitiger Leistungsausweitung insbesondere durch die neue Parodontitistherapie. Die Schere zwischen Geldmenge und Leistungsmenge geht folglich auseinander und der HVM ist das

gesetzlich auferlegte Instrument, mit dem die KZV nun beides wieder zusammenbringen muss. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle angemerkt, dass Früherkennungsuntersuchungen, Individualprophylaxe und Zahnersatz von der Budgetierung ausgenommen sind.

HVM-Einsatz nicht abzuwenden

In den vergangenen fast 20 Jahren bestand der HVM in Rheinland-Pfalz nur auf dem Papier. Mit der gesetzlich festgeschriebenen Budgetierung im Gepäck wird dies für das Abrechnungsjahr 2024 allerdings nicht mehr gelingen. Die Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz hat den bestehenden HVM deshalb nachjustiert und an die aktuellen gesetzlichen Vorgaben angepasst.

Möglichst gerechte Honorarverteilung

Beim neuen Honorarverteilungsmaßstab legt die KZV Rheinland-Pfalz weiterhin oberste Priorität darauf, dass die Honorare möglichst gerecht unter allen rheinland-pfälzischen Vertragszahnärzten verteilt werden. Das heißt, dass neben Fachgruppen auch die Praxisstrukturen und -umsätze bei der Verteilung der Honorare berücksichtigt werden. Gerechtheit bedeutet zudem, dass die Honorare zunächst nicht pauschal bei allen Praxen gekappt werden. Betroffen sind zuvorderst diejenigen Zahnärzte, deren Honorarumsatz über dem um personelle Veränderungen bereinigten Umsatz des vorletzten Jahres liegt. Nur dann, wenn diese Kürzungsmaßnahme nicht ausreicht, werden alle



Vertragszahnärzte herangezogen, deren Umsatz über dem praxisbezogenen Durchschnitt der KZV liegt. Wichtig: Zahnärzte, die ihren KZV-Schnitt nicht überschritten haben, werden nicht „gekürzt“. Darunter fallen zum Beispiel neu gegründete Praxen, die ihren Umsatz erst allmählich aufbauen können, oder Praxen, die krankheitsbedingte Ausfälle kompensieren müssen. Die KZV garantiert, dass der KZV-Durchschnitt kürzungsfrei bleibt.

IBG ist zunächst vorläufige Größe

Um dies zu gewährleisten, wird für jede Praxis eine Individuelle Bemessungsgrenze – kurz IBG – ermittelt. Die IBG zeigt der Praxis an, bis zu welcher Grenze alle Leistungen voraussichtlich ausgezahlt werden können und ab wann bei einer Gesamtbudgetüberschreitung im ersten Schritt mit Abstrichen zu rechnen ist.

Jeder Vertragszahnarzt bekommt im Laufe des ersten Quartals seine **vorläufige** IBG gemeinsam mit dem vorläufigen KZV-Durchschnitt mitgeteilt. Die vorläufige IBG dient als Orientierungshilfe. Sie soll jeder Praxis Planungssicherheit geben, indem der Zahnarzt frühzeitig erfährt, bis zu welchem Umsatz er die volle Vergütung erwarten darf. Die IBG wird jährlich neu berechnet. Sie beruht immer auf dem Umsatz der Praxis des vorletzten Jahres („Basisjahr“) minus zehn Prozent. Dieser Sicherheitsabschlag räumt beispielsweise Neupraxen die Chance ein, ihren Honorarumsatz weiterzuentwickeln und an den KZV-Durchschnitt anzugleichen. Für die IBG werden der Status und der Tätigkeitsumfang aller in der Praxis tätigen

Zahnärzte berücksichtigt. So fließen neben den Praxisinhabern deren angestellte Zahnärzte und Vorbereitungsassistenten in die Berechnung mit ein.

Der KZV-Durchschnitt wiederum berechnet sich aus der Summe aller im Basisjahr abgerechneten Leistungen in den Bereichen KCH, KBR, PAR und KFO dividiert durch die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte. Dabei wird unterschieden zwischen Allgemeinzahnärzten, Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten sowie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und Oralchirurgen. Jede Fachgruppe hat ihren eigenen KZV-Durchschnitt.

Endgültige IBG mit Abschluss des Abrechnungsjahres

Zwischen Basis- und Abrechnungsjahr können sich Anzahl, Status oder Tätigkeitsumfang der in der vertragszahnärztlichen Praxis oder Einrichtung tätigen Zahnärzte ändern. Dies wird für die Ermittlung der **endgültigen** IBG berücksichtigt. Sie wird in der Regel bis Mitte des Folgejahres festgesetzt, sobald das Abrechnungsjahr abgeschlossen ist.

Rückforderung in zwei Schritten

Stellt die KZV nach Abschluss des Abrechnungsjahres fest, dass die von den Krankenkassen gezahlten Honorare die Gesamtvergütung überschritten haben, muss sie Gelder zurückfordern.

Terminankündigung: Informationsveranstaltungen zum Honorarverteilungsmaßstab

In vier Veranstaltungen möchten wir Sie über Einzelheiten des Honorarverteilungsmaßstabes informieren.

Sie finden statt am:

Mittwoch, 17. Januar 2024 in Mainz

Bürgerhaus Finthen
Am Obstmarkt 24
55126 Mainz

Mittwoch, 24. Januar 2024 in Ludwigshafen

Heinrich-Pesch-Haus
Frankenthaler Straße 229
67059 Ludwigshafen

Mittwoch, 31. Januar 2024 in Koblenz

Contel Hotel
Pastor-Klein-Straße 19
56073 Koblenz

Mittwoch, 7. Februar 2024 in Trier

Europäische Akademie des
Rheinland-Pfälzischen Sports
Herzogenbuscher Straße 56
54292 Trier

Uhrzeit:

jeweils 16:00-18:00 Uhr

Für die Teilnahme an einer Veranstaltung erhalten Sie zwei Fortbildungspunkte. Bitte melden Sie sich über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de - Webcode 0111 an.

Zusätzlich können Sie sich schon heute in unserem Video unter www.kzvrlp.de - Webcode 0505 über die Funktionsweise des HVM informieren.

Darüber hinaus informieren wir weiter in *KZV aktuell*.

In einem ersten Schritt erhalten diejenigen Vertragszahnärzte Rückforderungen, deren Honorarumsatz ihre endgültige IBG übersteigt. Das Honorar wird bis zur Höhe der endgültigen IBG so lange gleichmäßig und prozentual gekürzt, bis der Überschreibungsbetrag ausgeglichen ist. Dabei stellt die KZV Rheinland-Pfalz sicher, dass jeder betroffene Vertragszahnarzt ein Mindesthonorar in Höhe des endgültigen, an die Größe seiner Praxis angepassten KZV-Durchschnitts erhält.

Wenn die im ersten Schritt zurückgezählten Honorare die Budgetüberschreitung nicht voll ausgleichen, ist der noch fehlende Restbetrag von allen Vertragszahnärzten zurückzuzahlen, die oberhalb des an ihre Praxisgröße angepassten KZV-Durchschnitts abgerechnet haben. Dies kann auch bei Unterschreiten der jeweiligen IBG der Fall sein. Auch hier garantiert die KZV ein Mindesthonorar in Höhe des endgültigen, an die Praxisgröße angepassten KZV-Durchschnitts. Für beide Kürzungsschritte gibt es genaue Berechnungsformeln, die sicherstellen, dass alle betroffenen Vertragszahnärzte möglichst gleich behandelt werden.

Der HVM der KZV Rheinland-Pfalz installiert einen Ausschuss, an den sich die Mitglieder mit Fragen zur vorläufigen IBG wenden können. Der Ausschuss wird auch über die Ausnahmefälle bei der Berechnung der IBG befinden (Praxisgründungen, längere Krankheit, Schwangerschaften, sonstige individuelle Härtefälle).

Ende der Budgetierung

Große Teile des vertragszahnärztlichen Honorars sind budgetiert. Zugleich werden immer mehr Leistungen eingefordert, als aus den finanziellen Mitteln, die zur Verfügung stehen, bezahlt werden können. Der HVM ist nichts anderes als das Werkzeug, um diesen Mangel zu verwalten. Der Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz setzt sich deshalb weiterhin bei den politischen Entscheidungsträgern für das Ende der Budgetierung ein. Für ihn ist die Einzelleistungsvergütung ohne Mengenbegrenzung die beste Art der Honorierung, um eine optimale Versorgung der Patienten und eine gerechte Honorarverteilung sicherzustellen. ■



EuGH: Erste Kopie der Patientenakte ist kostenlos

Patienten haben das Recht, unentgeltlich und ohne Angabe von Gründen eine erste Kopie ihrer Patientenakte zu erhalten. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) nun entschieden.

Text: Katrin Becker

Das Bürgerliche Gesetzbuch regelt in § 630g, dass Patienten ihre Behandlungsunterlagen selbst einsehen und auch eine Kopie davon bekommen können. Allerdings mussten sie nach deutschem Recht bislang der (Zahn-)Arztpraxis die Kosten für den Aufwand erstatten. Das ist nun vorbei: Der EuGH hat entschieden, dass die erste Kopie der Unterlagen kostenlos sein muss (Rechtssache C-307/22).

Dem Urteil war ein Rechtsstreit in Deutschland vorausgegangen. Ein Patient verlangte von seiner Zahnärztin eine Kopie seiner Patientenakte, um gegen sie wegen vermuteter Behandlungsfehler juristisch vorgehen zu können. Die Zahnärztin forderte jedoch, dass er die Kosten für die Kopie übernimmt. Der Fall landete schließlich beim Bundesgerichtshof (BGH). Dieser verwies ihn für eine Vorabentscheidung an den EuGH. Die Karlsruher Richter gingen davon aus, dass für die Entscheidung des Rechtsstreits die Auslegung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) entscheidend sei.

Angabe von Gründen nicht notwendig

Der EuGH befand nun, dass in der DSGVO das Recht des Patienten verankert ist, „eine erste Ko-

pie seiner Patientenakte zu erhalten, und zwar grundsätzlich ohne dass ihm hierdurch Kosten entstehen“. Ärztinnen und Ärzte können „ein solches Entgelt nur dann verlangen, wenn der Patient eine erste Kopie seiner Daten bereits kostenlos erhalten hat und erneut einen Antrag auf diese stellt“, heißt es in einer Pressemeldung des EuGH.

Die Richter stellten zudem klar, dass Patienten ihr Anliegen nicht begründen müssen. Selbst mit Blick auf den Schutz der wirtschaftlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte dürften nationale Regelungen Patienten nicht die Kosten einer ersten Kopie der Behandlungsunterlagen auferlegen. Des Weiteren hätten Patienten das Recht, eine vollständige Kopie der Dokumente in der Patientenakte zu erhalten, wenn dies zum Verständnis der darin enthaltenen personenbezogenen Daten erforderlich ist. Dies umfasse alle Daten, die Informationen wie Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde sowie Angaben zu Behandlungen oder Eingriffen enthalten.

Nach diesen Vorgaben muss nun abschließend der BGH über den Rechtsstreit entscheiden. ■

Evaluation: Wie steht es um die Parodontitisversorgung?

Großer Dissens zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG): Während die KZBV eine schlechtere zahnmedizinische Versorgung durch die aktuelle Sparpolitik des Gesetzgebers anprangert, sieht das BMG keine Nachteile für Patienten.

Text: Katrin Becker

Ausgangspunkt der Auseinandersetzung: Im September hat die KZBV gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie ihren PAR-Evaluationsbericht veröffentlicht. Der Bericht analysiert aktuelle Abrechnungsdaten aus der Parodontitisversorgung. Das Ergebnis: Im ersten Halbjahr 2023 gingen die Neubehandlungsfälle für die dreijährige PAR-Behandlungsstrecke bei einer weiterhin unverändert hohen Krankheitslast bundesweit massiv zurück. Für das zweite Quartal 2023 deuten die Daten auf eine stark rückläufige Tendenz hin. Im Juli 2023 lag die Zahl der PAR-Neubehandlungen

nur noch bei rund 92.400 Neubehandlungsfällen. Das bedeutet einen Rückfall auf das niedrige Niveau vor Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke.

Budgetierung entzieht Mittel

Als Grund für diesen Einbruch identifiziert die KZBV die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wieder eingeführte Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. „Unsere Evaluation zeigt, dass die Zahl der Parodontitisbehandlungen nach Einführung der neuen, präventionsorientierten Behandlungsrichtlinie im Juli 2021 auch aufgrund des erleichterten Zugangs zur Therapie gestiegen ist – ein voller Erfolg für die Patientenversorgung. Die Regelungen des GKV-FinStG führen jetzt aber dazu, dass die Mittel nicht ausreichen, um die neue Parodontistherapie flächendeckend auf ein Niveau zu heben, das der hohen Krankheitslast angemessen ist“, kritisiert Martin Hendges, der Vorsitzende des KZBV-Vorstandes.

Ausgehend von der mehrjährigen Behandlungsstrecke muss zusätzlich zur Versorgung von Neupatienten die Weiterbehandlung der in den Vorjahren begonnenen Fälle gewährleistet werden. Blieben die gesetzlichen Rahmenbedingungen unverändert, werde der rückläufige Trend bei den Neuversorgungsfällen zwangsläufig anhalten. Hendges: „Dies käme einem Scheitern der neuen Parodontitisversorgung gleich und würde die Ne-



Greift der Gesetzgeber nicht ein, droht die Parodontitisbehandlungsstrecke zu scheitern, sagt der KZBV-Vorsitzende Martin Hendges.

Foto: KZBV/Knoff

gativfolgen für die Patientenversorgung weiter verschlimmern.“ Hinzu kämen erhebliche finanzielle Belastungen für die Krankenkassen durch Folgekosten im zahnmedizinischen und im allgemeinmedizinischen Bereich. „Aus diesen Gründen besteht dringender politischer Handlungsbedarf. Es ist zwingend erforderlich, die Leistungen der Parodontistherapie von der Budgetierung des GKV-FinStG noch in diesem Jahr auszunehmen“, fordert der KZBV-Chef.

BMG negiert KZBV-Forderung

Eine Diagnose, die das BMG nicht teilt. Das Ministerium von Karl Lauterbach (SPD) war seinerseits vom Bundestag gesetzlich dazu verpflichtet worden, die Auswirkungen des GKV-FinStG auf die PAR-Versorgung zu überprüfen. Anders als die KZBV sieht es jedoch keine Nachteile für die Patienten. Konkret schreibt es in seinem Bericht: „Insgesamt ist festzustellen, dass in dem der Evaluation zur Verfügung stehenden Zeitraum und mit den vorhandenen Daten eine Verschlechterung der Versorgung von Versicherten mit PAR Leistungen nicht festgestellt werden kann.“ Der mit der Umsetzung der PAR-Richtlinie verbundene Aufwuchs der PAR-Versorgungsleistungen habe auch nach Inkrafttreten des GKV-FinStG angehalten.

Das BMG erkennt lediglich eine „Verlangsamung des Anstiegs der Anzahl der Neubehandlungen“, die nicht überrasche. „Die neuen Regelungen zu den PAR-Behandlungen sehen eine erhebliche Ausweitung der Leistungen pro Fall und eine deutliche zeitliche Verlängerung der Behandlung vor. Vor diesem Hintergrund werden die Zahnarztpraxen die Aufnahme von PAR-Behandlungen aufgrund begrenzter Behandlungskapazitäten nicht beliebig ausdehnen können“, heißt es aus dem Ministerium.

Eine Aussage, der die KZBV postwendend in einem 7-Punkte-Papier widersprach. PAR-Neubehandlungen seien planbar und organisatorisch gut in den Praxisablauf zu integrieren. Begrenzte Behandlungskapazitäten seien keineswegs der Grund für den Rückgang der Neubehandlungsfälle. „Tatsächlich ist dies einzig auf die mit der Einführung der strikten Budgetierung politisch ver-

Zentrale Ergebnisse des PAR-Evaluationsberichtes der KZBV und der DG PARO

- » Im Juli 2023 lag die Zahl der PAR-Neubehandlungen lediglich bei rund 92.400 Fällen, was einen Rückfall auf das Niveau vor Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke im Juli 2021 bedeutet – Tendenz weiter fallend.
- » Trotz rückläufiger neuer Behandlungsfälle kommt es 2023 durch Folgeleistungen aus bereits begonnenen Behandlungen zu steigenden Gesamtleistungsmengen. Die Regelungen des GKV-FinStG führen laut KZBV dazu, dass die Mittel nicht ausreichen und zunächst für die Weiterbehandlung der in den Vorjahren begonnenen Fälle aufgewendet werden müssen. Dies käme drastischen Leistungskürzungen gleich.
- » Aufgrund der vertraglichen Regelungen ergeben sich regional unterschiedlich starke Auswirkungen des GKV-FinStG. Damit droht eine Versorgungslage der Patienten, die davon abhängt, in welchem Bundesland der Patient behandelt wird und bei welcher Krankenkasse er versichert ist. 11 der 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erwarten bereits für das Abrechnungsjahr 2023 deutliche Honorarkürzungen für ihre Mitglieder. Im ersten Quartal 2023 waren von den insgesamt 39.100 Praxen in Deutschland schon rund 30 Prozent von Kürzungen betroffen.
- » Die Auswirkungen des GKV-FinStG sind mit erheblichen Folgekosten für die Krankenkassen verbunden. Im zahnärztlichen Bereich summieren sich diese auf rund 200 Millionen Euro jährlich. Es ist auch von deutlich negativen Auswirkungen des GKV-FinStG auf die Allgemeingesundheit der Patienten und dadurch von Folgekosten auch im ärztlichen Sektor auszugehen – insbesondere im Zusammenhang mit Diabeteserkrankungen.

Der Bericht ist abrufbar von der Internetseite der KZBV unter www.kzbv.de



KZBV-Vertreterversammlung: „Armutszeugnis“

Von „verärgert“ über „entsetzt“ bis hin zu „fassungs- und sprachlos“ waren die Reaktionen der Vertreterversammlung der KZBV auf die PAR-Bewertung des Bundesgesundheitsministeriums. Das Gremium tagte turnusgemäß im November, um die berufspolitische Marschrichtung fürs kommende Jahr und darüber hinaus festzulegen.

„Das BMG verdreht perfide die Fakten“, kritisierte der Vorstandsvorsitzende Martin Hendges die Evaluation aus dem Hause Lauterbach. Der Bericht der KZBV belege den eklatanten Rückgang der Neubehandlungsfälle im Jahr 2023. Allein im September verzeichnete die KZBV ein Minus von nahezu 30 Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat. „Dieser Trend wird anhalten, wenn eine Gesetzesänderung ausbleibt“, unterstrich Hendges. Für neue Behandlungen stünden im Jahr 2024 kaum noch Finanzmittel zur Verfügung.

„Wenn Herr Lauterbach behauptet, dass unter seiner Sparpolitik keine Leistungskürzungen stattfinden, ignoriert er die Konsequenzen seines Handelns auf Kosten der Patienten oder nimmt sie billigend in Kauf. Das ist ein Armutszeugnis für einen Gesundheitsminister!“

Die Vertreterversammlung forderte den Gesetzgeber in verschiedenen Beschlüssen auf, die Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung umgehend und dauerhaft aufzuheben. Darüber hinaus hat sie beschlossen, die Kampagne „Zähne zeigen“ modifiziert fortzusetzen, um die Öffentlichkeit weiterhin über die fatalen Folgen einer „destruktiven Gesundheitspolitik, die deutlich erkennbar die Abkehr von einer freiberuflich organisierten und selbstverwalteten Gesundheitsversorgung hin zu einem staatlich gelenkten Gesundheitssystem zum Ziel hat“, fortzusetzen.



Die KZBV-Vertreterversammlung stemmt sich einhellig gegen die Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Foto: KZBV/Knoff

Union kritisiert Rotstift bei Prävention

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion ist der KZBV zur Seite gesprungen. In einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung greift sie die Parodontitisversorgung auf. Während die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag vereinbart hätten, Vorsorge und Prävention zum Leitbild der Gesundheitspolitik zu erheben, setze sie mit ihrem Entwurf für den Bundeshaushalt 2024 bei der Prävention den Rotstift an. „Darüber hinaus entzieht das GKV-FinStG der gerade erst eingeführten, präventionsorientierten Parodontitis-therapie für den zahnärztlichen Bereich in 2023 und 2024 finanzielle Mittel.“ Die Antworten auf die insgesamt 18 Fragen, unter anderem zu den Konsequenzen der vertragszahnärztlichen Budgetierung, sind bis dato offen. Dass das BMG von seiner ursprünglichen PAR-Bewertung abweicht, ist nicht zu erwarten.

ursachte Planungsunsicherheit in den Praxen zurückzuführen“, betont die KZBV abermals. Außerdem unterschläge das Ministerium, dass 2023 allein die Folgeleistungen der Altfälle aus den Jahren 2021 und 2022 zu steigenden Punktmen- gen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen führen.

Die KZBV bekräftigt abschließend in ihrem 7-Punkte-Papier ihre Prognose, dass sich die Zahl der neuen PAR-Patienten weiter verringern werde. „Das ist für die Mund- und Allgemeingesundheit der Menschen eine Katastrophe“, warnt sie. Die BMG-Evaluierung sei eine statische Momentaufnahme und Ausweis einer kurzsichtigen, fehlgeleiteten Kostendämpfungspolitik, die die Versorgungsperspektive im Jahr 2024 und in den Folgejahren nicht in den Blick nehme. Die Politik müsse jetzt handeln! ■

Austausch der VV-Spitzen

Die Folgen der Budgetierung und die Rolle der Aufsichtsbehörden standen auf der Tagesordnung des jüngsten Treffens der Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV).

Text: Katrin Becker

Auf Einladung der KZV Baden-Württemberg kamen die VV-Spitzen in Wangen zusammen. Das regelmäßig stattfindende Koordinierungstreffen dient als Plattform, um den bundesweiten Austausch des Ehrenamtes zu fördern. Für die KZV Rheinland-Pfalz nahm der Vorsitzende ihrer Vertreterversammlung, Robert Schwan (4. von links), teil.

Zentrales Thema waren die Rolle und die wachsende Einflussnahme der Aufsichtsbehörden auf die Entscheidungen der Selbstverwaltung. Darüber hinaus wurden die Konsequenzen der Budgetierung für die Zahnarztpraxen diskutiert. Viele der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen



haben bereits für 2023 vergütungsbeschränkende Regelungen beschließen müssen. Weitere Themen waren Schiedsamtverfahren oder die Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen durch die Landesprüfdienste. ■

In eigener Sache: Spende statt Weihnachtskarten

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,**

seit einigen Jahren verzichtet die KZV Rheinland-Pfalz auf postalische Weihnachtsgrüße und spendet stattdessen den Gegenwert des Versandes an einen gemeinnützigen Verein. Die Wahl fiel in diesem Jahr auf die Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz.

Krebs ist für die meisten Betroffenen weit mehr als ein medizinisches Problem. Die Diagnose stellt das ganze Leben auf den Kopf. Ängste und Unsicherheiten belasten die Betroffenen. Ange-

hörige fühlen sich überfordert, Freunde und Bekannte sind verunsichert – eine Situation, die die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen kann. Hier setzt die Arbeit der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz an. Psychoonkologisch und psychosozial ausgebildete Fachkräfte unterstützen mit qualifizierter, persönlicher Beratung und begleiten Betroffene so auf dem Weg zum Leben mit der Krankheit. Darüber hinaus setzt sich die Krebsgesellschaft intensiv für die Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen ein.

Die Krebsgesellschaft finanziert sich auch aus Spenden. Mit unserer Spende möchten wir dazu beitragen, dass sie ihre wertvolle Arbeit fortsetzen kann.

Im Namen der KZV Rheinland-Pfalz wünschen wir Ihnen und Ihren Familien ein gesegnetes, friedvolles Weihnachtsfest und ein gutes neues Jahr.

Herzlichst

Dr. Christine Ehrhardt
Vorsitzende des Vorstandes

San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth
stv. Vorsitzende des Vorstandes

Die richtigen Entscheidungen: Kariesmanagement bei Erwachsenen

Karies galt lange Zeit als Kinderkrankheit. Dies beruhte auf epidemiologischen Erhebungen, die bei jungen Erwachsenen keine signifikante Karieszunahme mehr verzeichneten. Mittlerweile beweisen Kohortenstudien, dass die relative Karieszunahme pro vorhandener ungefüllter Zahnfläche bis ins Erwachsenenalter relativ stabil ist (Broadbent et al. 2013). Karies ist genauso eine Erkrankung von Erwachsenen wie von Kindern (und Senioren!).

Text: Prof. Dr. Falk Schwendicke, Charité – Universitätsmedizin Berlin

In einem Konsensusprozess haben die European Organisation for Caries Research (ORCA), die European Federation of Conservative Dentistry (EFCD) und die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) Empfehlungen zum Kariesmanagement bei Erwachsenen, Kindern und Senioren abgegeben. Hierbei wurde zunächst die vorhandene Evidenz gesichtet und dann wurden Empfehlungen mittels eines sogenannten Delphi-Prozesses durch Delegierte der Fachgesellschaften konsentiert (Zustimmung von 0 bis 10). Die Ergebnisse wurden international in den Zeitschriften Caries Research und Clinical Oral Investigations publiziert. Im vorliegenden Beitrag wird auf das Kariesmanagement bei Erwachsenen abgestellt.

Karies bei Erwachsenen

Bei Erwachsenen sind die Approximal- und Sekundärkaries die häufigsten Kariesformen, unter anderem aus diesen Gründen:

- » Okklusale Läsionen werden in vielen Gesundheitssystemen heute durch Fissurenversiegelungen verhindert oder die Okklusalflächen wurden (zum Beispiel bei Hochrisikoindividuen ohne Versiegelung) bereits im Kindesalter restauriert. Erwachsene weisen demnach wenig neue okklusale Karies auf.
- » Bei Senioren ist Wurzelkaries die häufigste Kariesform – insbesondere jüngere Erwachsene weisen jedoch selten frei liegende Wurzelober-

flächen auf. Ohne frei liegende Wurzeloberflächen kann sich keine Wurzelkaries entwickeln.

- » Auf den Approximalflächen bleibender Zähne entwickelt sich Karies gewöhnlich nur langsam. Bei den meisten Patienten vergehen nach dem Zahndurchbruch daher Jahre oder Jahrzehnte, bis proximale Karies auftritt. Einzig bei der mesialen Fläche des ersten bleibenden Molaren kann bereits durch den Kontakt mit dem Milchmolar frühe Karies entstehen.
- » „Sekundärkaries“ oder auch „Karies, die neben einer Restauration auftritt“ (Caries adjacent to restorations) setzt per definitionem das Vorhandensein einer Restauration voraus. Durch die geringe Karieslast bei Kindern werden Restaurationen heute zunehmend nur noch bei Erwachsenen aufgefunden – und demnach auch Sekundärkaries.

Die Konsensusempfehlungen zum Kariesmanagement bei Erwachsenen beziehen sich daher auf Approximal- und Sekundärkaries.

Approximale Läsionen

Für den Therapieentscheid sollte zunächst die Läsionsaktivität bestimmt werden. Gerade approximal ist dies jedoch enorm herausfordernd, da klassische Parameter wie Läsionsfarbe oder Oberflächentextur nicht zur Verfügung stehen. Hilfsweise kann der Gingivazustand (Gingivablutung) oder das Vorhandensein approximaler Plaque als ein Hinweis auf eine aktive Läsion

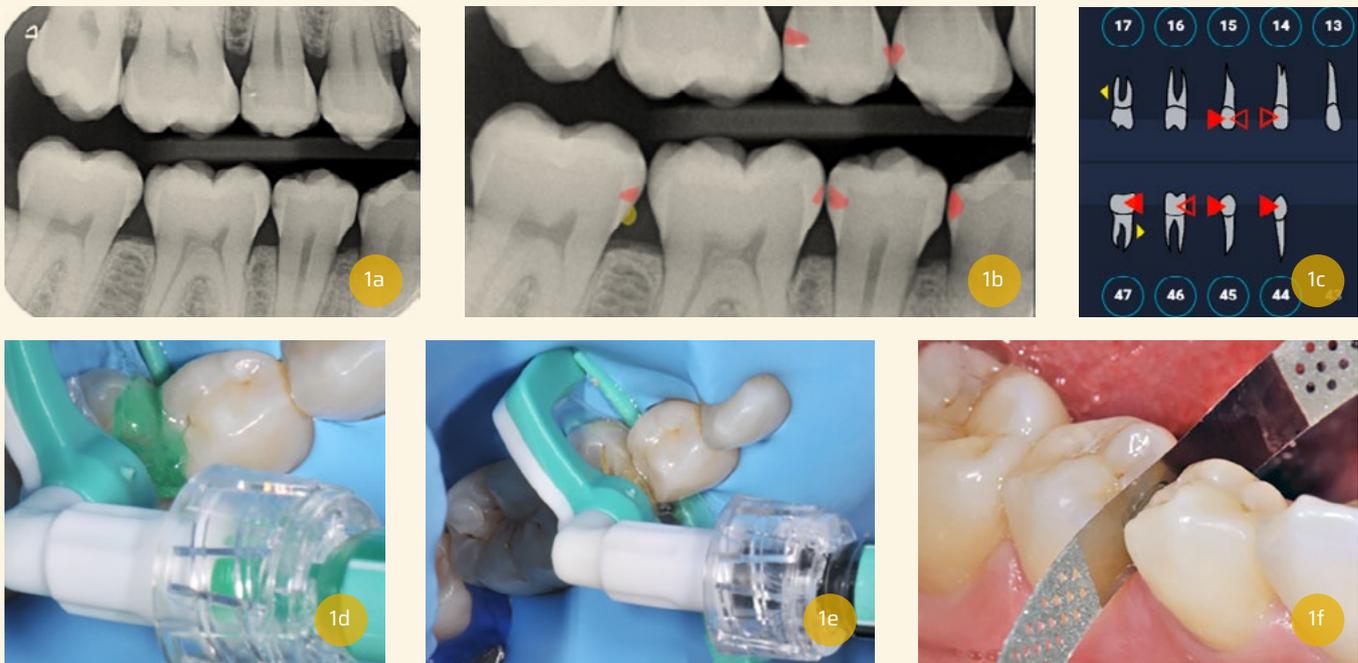


Abb. 1: Behandlung einer frühen kariösen Läsion durch Kariesinfiltration. (a) Auf dem Bissflügelbild können diverse proximale kariöse Läsionen identifiziert werden. (b, c) Mittels der Software dentalXrai Pro (dentalXrai GmbH, Berlin) können diese (in Rot) gestützt durch Künstliche Intelligenz hervorgehoben und dokumentiert werden (offene Dreiecke: Schmelzkaries; ausgefüllte Dreiecke: Dentinkaries; gelb: Zahnstein). (d-f) Die Läsion an 44 distal wurde anschließend mittels Kariesinfiltration (Icon, DMG, Hamburg) behandelt. Zunächst wurde mit Salzsäure gemäß Herstellerangaben geätzt (d), dann infiltriert (e). Nach Abschluss der Therapie wurden mit einem glatten Metallstreifen etwaige Überschüsse entfernt (die belegte Metallfläche wurde nicht genutzt) (f) und schließlich wurde mit Gummikelchen poliert. Die verbleibenden Läsionen wurden in weiteren Sitzungen behandelt; ebenso erfolgten eine professionelle Zahnreinigung und weitergehende Maßnahmen zur Reduktion des Kariesrisikos.

eingesetzt werden. Ebenso kann durch wiederholtes Bissflügelröntgen auf ein Voranschreiten (oder eine Arretierung) der Läsion geschlossen werden – allerdings nur, wenn die Röntgenbilder möglichst standardisiert (Tubusangulation etc.) aufgenommen werden.

Für aktive Läsionen ist der zweite zentrale Entscheidungspunkt der Oberflächenstatus (Kavitation ja/nein), unter anderem weil kavitierte Läsionen eine Biofilmentfernung nahezu unmöglich machen und die Diffusion von Säuren und Zuckern in die Hartsubstanz deutlich schneller erfolgt als bei nicht kavitierten Läsionen. Der Oberflächenstatus wird approximal häufig aus der röntgenologischen Läsionstiefe abgeleitet. Ein Oberflächeneinbruch ist eher unwahrscheinlich, wenn die Läsion röntgenologisch auf den Schmelz beschränkt ist. Eine solche Läsion kann ohne invasive/restaurative Maßnahmen erfolgreich behan-

delt (arretiert) werden. Bei einer Läsion, die deutlich in das Dentin eindringt, ist hingegen eine Kavitation wahrscheinlich. Eine solche Läsion benötigt demnach regelmäßig eine restaurative Therapie, um die Reinigungsfähigkeit, Funktionalität und Strukturintegrität des Zahnes wiederherzustellen. Bei Läsionen um die Schmelz-Dentingrenze herum bzw. in das äußere Drittel des Dentins besteht Unsicherheit: Hier sollte zurückhaltend vorgegangen und, wenn möglich, auf eine Restauration verzichtet und die betroffene Fläche regelmäßig nachuntersucht werden.

Für die verschiedenen tiefen Läsionen stehen Zahnärzten diverse Therapiestrategien zur Verfügung:

- » Noninvasive Strategien, zum Beispiel Fluoridapplikation, Biofilm und Ernährungskontrolle, kein Entfernen von Zahnhartgewebe
- » Mikroinvasive Strategien, Kariesversiegelung oder -infiltration, entfernen weniger Mikrometer Zahnhartsubstanz, in der Regel während eines Ätzschritts
- » Invasive Strategien entfernen eine größere Menge Zahnhartgewebe mittels Handexkavatoren oder rotierender Instrumente; anschließend wird eine Restauration platziert

Ebene	Empfehlung	Stärke der Empfehlung (Qualität der Evidenz)	Zustimmung von 0 bis 10
Prävention und Behandlung auf Patientenniveau	Das Management approximaler Läsionen sollte innerhalb eines präventiv ausgerichteten Gesamtkonzeptes (Ernährungsberatung, Motivation zur Mundhygiene) erfolgen. Das Management des Kariesrisikos eines Patienten unterstützt auch das Management spezifischer approximaler Läsionen und hilft bei der Prävention neuer Läsionen auf nicht betroffenen Zahnoberflächen.	schwach	10
Non- und mikroinvasive Interventionen	a. Noninvasive Maßnahmen (z. B. Interdentalreinigung, topische Fluoridapplikation) können angewandt werden, um proximale Läsionen zu arretieren. Dies kann bei Patienten mit geringem Kariesrisiko oder bei Läsionen, die röntgenologisch auf den Schmelz beschränkt sind, ausreichend sein, um eine erfolgreiche Arretierung der Läsion zu bewirken.	schwach	10
	b. Bei Hochrisikopatienten oder bei Läsionen, die sich röntgenologisch bis ins Dentin erstrecken, sollten zusätzlich mikroinvasive Strategien (Versiegelung, Kariesinfiltration) erwogen werden.	moderat	10
	c. Die Entscheidung zwischen approximaler Versiegelung und Kariesinfiltration sollte von individuellen Erwägungen geleitet werden, einschließlich Anwendbarkeit, klinischer Erfahrung und Kosten.	moderat	10
Invasive Interventionen	Bei kavitierten Läsionen ist häufig eine Restauration indiziert. Für die Restauration approximaler Läsionen erlauben adhäsive Techniken eine minimalinvasive, substanzschonende Präparation; zudem sind adhäsive Materialien in der Regel zahnfarben und damit in vielen Fällen bereits das Material der Wahl. Amalgame weisen jedoch ein geringeres Sekundärkariesrisiko auf; zudem ist die Füllungslegung für Amalgame weniger techniksensitiv. Daher können sie in komplexeren Szenarien sinnvoll eingesetzt werden, wobei entsprechende Richtlinien (Phase-down; keine Amalgamanwendung in Deutschland für Patienten mit Amalgamallergie und Niereninsuffizienz; bei Individuen < 15 Jahre, bei Schwangeren und Stillenden nur bei medizinischer Indikation) berücksichtigt werden sollten.	schwach	10
	Bei strukturell kompromittierten Zähnen, insbesondere bei endodontisch behandelten Zähnen, können indirekte höckerüberkuppelnde Restaurationen indiziert sein.	schwach	10

Tab. 1: Konsensusempfehlungen der European Organisation for Caries Research (ORCA), der European Federation of Conservative Dentistry und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (EFCD/DGZ) zum Management approximaler Karies (übersetzt aus Schwendicke, Splieth et al. 2020).

Die Literatur zur noninvasiven Therapie approximaler Karies ist dürftig. Während Fluoridierung, Biofilmentfernung und Ernährungslenkung zur Kariesprävention teils sehr gut untersucht sind, stehen zum Thema Kariesmanagement nur sehr wenige Studien zur Verfügung (Splieth, Kanzow et al. 2020). Generell gilt, dass bei den meisten Individuen frühe proximale Karies nur langsam voranschreitet, wenn sie noninvasiv behandelt wird. Es dauert im Durchschnitt mehrere Jahre, bis eine solche Läsion röntgenologisch beispielsweise von einer Schmelz- in eine Dentinläsion vorangeschrit-

ten ist. Allerdings beeinflussen einige Faktoren die Wirksamkeit noninvasiver Therapien: So lassen sich gerade Läsionen, die bereits an die Schmelz-zementgrenze oder in das Dentin ragen, weniger gut arretieren als reine Schmelzkaries. Ebenso sind Läsionen bei Hochrisikoindividuen schwieriger zu stoppen als jene bei Patienten mit niedrigem Kariesrisiko. Allgemein stellen noninvasive Behandlungsmaßnahmen einen Basisansatz zur Therapie früher Karies dar und unterstützen zudem die Modifikation des Kariesrisikos des Patienten zur Verhinderung zukünftiger Karies.

Ebene	Empfehlung	Stärke der Empfehlung (Qualität der Evidenz)	Zustimmung von 0 bis 10
Prävention und Behandlung auf Patientenniveau	Durch das Management des gesamten Kariesrisikos eines Patienten wird auch das Risiko für das Auftreten von Sekundärkaries reduziert.	schwach	10
Detektion von Sekundärkaries	Detektionsmethoden für Sekundärkaries sollten auf das Kariesrisiko des Patienten zugeschnitten sein. Insbesondere bei Patienten mit geringem Risiko sollten eine falsch-positive Erkennung und eine nachfolgende Überbehandlung vermieden werden. Dies kann durch eine Kombination von Bissflügelaufnahme und visuell-taktiler Beurteilung/Bestätigung beim Screening auf Sekundärkaries erreicht werden.	schwach	10
Therapie von Sekundärkaries	Bei der Behandlung detektierter Sekundärkaries sollten minimalinvasive Ansätze (Reparatur-/Ergänzungsfüllung, Re-Politur etc.) erwogen werden.	schwach	10

Tab. 2: Konsensusempfehlungen der European Organisation for Caries Research (ORCA), der European Federation of Conservative Dentistry und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (EFCD/DGZ) zum Management von Sekundärkaries (übersetzt aus Schwendicke, Splieth et al. 2020).

Für mikroinvasive Behandlungen liegen eine Reihe randomisiert kontrollierter Studien vor. Diese belegen eindeutig die Wirksamkeit beider Behandlungsmaßnahmen im Vergleich mit einer reinen noninvasiven Therapie. Gerade für initiale Dentinläsionen (begrenzt auf das äußere Drittel des Dentins) sind mikroinvasive zusätzlich zu noninvasiven Maßnahmen empfehlenswert; Gleiches gilt für Hochrisikoindividuen.

Invasive Behandlungsmaßnahmen approximaler Läsionen – vor allem verschiedene Füllungsmaterialien – wurden in den letzten Jahren intensiv untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Unterschiede der verschiedenen Materialien hinsichtlich ihres Überlebens begrenzt sind. Amalgame sind technisch einfacher zu platzieren als andere Materialien – gerade in schwierigen Situationen sicherlich relevant –, können aber nicht minimalinvasiv eingesetzt werden. Unter Berücksichtigung des „Phase-downs“ von Dentalamalgam im Zusammenhang mit dem Minamata-Abkommen werden adhäsive Restaurationen in vielen Ländern schon heute bevorzugt. Tabelle 1 fasst die Behandlungsempfehlungen für die verschiedenen Läsionen zusammen. Zusätzlich werden die Evidenzstärke (schwach, moderat, hoch) und die Zustimmung der Konsensusgruppe zu den Statements (von 0 bis 10, angegeben wird der Median) angegeben.

Sekundärkaries

Sekundärkaries ist nicht eindeutig definiert. Allgemein kann Sekundärkaries primäre kariöse Läsionen umfassen, die mit bestehenden Restaurationen assoziiert sind oder echte sekundäre Läsionen bedeuten, die Folge größerer Restaurationsranddefekte sind. Sekundärkaries tritt häufiger bei Hochrisikopatienten, bei subgingivalen Restaurationen und im Seitenzahnbereich auf (Askar, Krois et al. 2020).

Das Sekundärkariesrisiko verschiedener Restaurationsmaterialien ist nur bedingt untersucht. Amalgame weisen ein geringeres Risiko als Komposite auf; bei den diversen Amalgamalternativen (Komposite, Glasionomere, Kompomere) scheint es nur wenige nachgewiesene Unterschiede zu geben (für Glasionomere wird die Fluoridfreisetzung im Randbereich der Restauration als möglicherweise vorteilhaft diskutiert). Generell scheinen Patienten und Anwenderfaktoren entscheidender für das Sekundärkariesrisiko zu sein.

Die frühzeitige Detektion von Sekundärkaries erlaubt oftmals eine wenig invasive Behandlung, zum Beispiel unter Einsatz von Reparaturen, Polituren oder Rekonturierungen. Diese sind, wenn möglich, einer vollständigen Restaurationsentfernung und Erneuerung vorzuziehen. Allerdings gibt es nur wenige Studien zur Diagnostik von Sekundärkaries. Als mögliche Diagnostikmethoden kommen visuelle, taktile, radiografische, Laserfluoreszenz und quantitative lichtinduzierte Fluoreszenzuntersuchungen infrage. Von diesen Ansätzen können momentan nur die visuelle, röntgenologische und Laserfluoreszenzdiagnostik empfohlen werden. Dabei scheint es zudem ratsam, verschiedene Methoden miteinander zu kombi-

nieren und so eine höhere diagnostische Sicherheit zu erlangen. Die Empfehlungen zur Behandlung von Sekundärkaries sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Schlussfolgerungen

Das Management von Karies ist für die meisten von uns tägliche Routine. Bei Erwachsenen werden häufig vor allem proximale und Sekundärkaries therapiert. Die Entscheidung für oder gegen spezielle Behandlungsmethoden richtet sich dabei unter anderem nach der Läsionsaktivität und dem Oberflächenstatus. Für proximale Läsionen ist zudem die röntgenologische Läsionstiefe relevant. Wenn möglich, sollten non- und mikroinvasive Therapien eingesetzt werden; invasive Therapien sind weitgehend kavitierten Läsionen vorbehalten. Zahnärzte sollten die hier dargestellten Empfehlungen bei ihrer täglichen Entscheidungsfindung berücksichtigen und sie je nach den Wünschen der Patienten,

den individuellen klinischen Bedürfnissen und ihrer Erfahrung und Expertise anwenden. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist im Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 4/2023 erschienen. Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

Autor

Prof. Dr. Falk Schwendicke
Direktor Abteilung Orale Diagnostik, Digitale Zahnheilkunde und Versorgungsforschung
Charité - Universitätsmedizin Berlin



Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Betriebsprüfung in der Zahnarztpraxis

Schreckgespenst Betriebsprüfung: Vielen Selbstständigen treibt die bloße Vorstellung davon den Angstschweiß auf die Stirn. Das ist nicht unberechtigt, denn mitunter kommt es zu erheblichen Steuernachzahlungen an das Finanzamt. Das Seminar „Betriebsprüfung in der Zahnarztpraxis - Steuerfallen geschickt umgehen“ soll den Teilnehmern die richtige Vorbereitung auf die Prüfung, Rechte und Pflichten während der Prüfung sowie Folgen einer Prüfung vermitteln. Der Fokus liegt dabei auf typischen Prüfungsschwerpunkten in Zahnarztpraxen und der Vermeidung von Fehlerquellen.

Inhalte:

- » Welche Gründe/Sachverhalte erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Betriebsprüfung?
- » Unterschiedliche Formen der Betriebsprüfung, Ablauf und Folgen/Rechte und Pflichten
- » Was weiß der Prüfer über mich?
- » Prüfungsschwerpunkte in Zahnarztpraxen

- » Exkurs: die Prüfsoftware IDEA
- » Überleitung von der Betriebsprüfung in ein Strafverfahren
- » Nach der Betriebsprüfung: Folgen und Rechte

Referent: Dipl.-Kfm. Dirk Nayda, Steuerberater, Fachberater für Heilberufe

Kursnummer: 4-2024

Termin: Mittwoch, 17.04.2024

Uhrzeit: 15:00-19:00 Uhr

Ort: KZV Rheinland-Pfalz, Mainz

Zielgruppe: Praxisinhaberinnen/-inhaber

Gebühr: 89 EUR

Fortbildungspunkte: 4 Punkte

Anmeldung: Bitte melden Sie sich über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrp.de - Webcode 0111 - zum Seminar an. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. ■

Fortbildungen der KZV Rheinland-Pfalz: Kurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“

Auch im nächsten Jahr bietet die KZV Rheinland-Pfalz den Einsteiger- und den Fortgeschrittenenkurs „Zahnersatz/Festzuschüsse“ für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxispersonal an – online und in Präsenz.

Einsteigerkurs (zweiteilig)

Inhalte Kursteil 1

- » Befundbezogene Festzuschüsse
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » **Befundklassen 1 bis 5**
- » Abrechnung von Begleitleistungen
- » Fallbeispiele

Inhalte Kursteil 2

- » Befundbezogene Festzuschüsse
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » **Befundklassen 6 bis 8 (Grundkenntnisse)**
- » Fallbeispiele

Beide Kursteile bauen inhaltlich aufeinander auf und können nur zusammen gebucht werden.

Kursnummer: 2-2024

Termine:

- Präsenzkurs

Kursteil 1: Mittwoch, 21.02.2024

Kursteil 2: Mittwoch, 28.02.2024

Uhrzeit: jeweils 13:30–17:00 Uhr

Ort: BZK Koblenz, Bubenheimer Bann 14, 56070 Koblenz

Gebühr: 149 EUR (inklusive Seminarunterlagen und Imbiss)

Fortbildungspunkte: 4 Punkte je Kursteil

- Onlinekurs

Kursteil 1: Mittwoch, 11.09.2024

Kursteil 2: Freitag, 13.09.2024

Uhrzeit: jeweils 13:30–17:00 Uhr

Ort: online

Gebühr: 75 EUR

Fortbildungspunkte: 4 Punkte je Kursteil

Fortgeschrittenenkurs

Inhalte des Kurses

- » Wiederherstellungen
- » Kombinationszahnersatz
- » Implantatversorgungen

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Fragen zu oben genannten Themen bis 14 Tage vor den Kursterminen per E-Mail an zekurse@kzvrlp.de einzureichen. Wir werden uns bemühen, die Fragen in den Kurs einzuarbeiten und zu beantworten.

Kursnummer: 5-2024

Termine:

- Onlinekurs

Freitag, 05.06.2024, **Uhrzeit:** 13:30–17:00 Uhr

Ort: online

Gebühr: 50 EUR

Fortbildungspunkte: 4 Punkte

- Präsenzkurs

Mittwoch, 06.11.2024, **Uhrzeit:** 13:30–17:00 Uhr

Ort: BZK Koblenz, Bubenheimer Bann 14, 56070 Koblenz

Gebühr: 79 EUR (inklusive Seminarunterlagen und Imbiss)

Fortbildungspunkte: 4 Punkte

Referentinnen: Der Einsteigerkurs wird von Sabrina Gessner, der Fortgeschrittenenkurs von Suzi Paula de Jesus Rodrigues aus dem Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz geleitet.

Anmeldung: Die Anmeldung zu beiden Kursen läuft über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111. Die Teilnehmerzahl ist jeweils begrenzt. Es können daher maximal zwei Personen je Praxis teilnehmen. ■



Urlaub: Die wichtigsten Aspekte für Arbeitgeber

Das deutsche Urlaubsrecht birgt für Arbeitgeber einige Fallstricke. Spätestens zum Jahreswechsel sollten sie sich mit den aktuellen Regelungen befassen. Lesen Sie hier die wichtigsten Aspekte.

Text: RA Radoslaw Kleczar, Koblenz

Wie viel Urlaub steht Arbeitnehmern zu?

Bereits die Höhe des Urlaubsanspruchs sorgt oft für Spannungen zwischen den Arbeitsvertragsparteien. Das Bundesurlaubsgesetz spricht von 24 Urlaubstagen im Jahr. Diese Anzahl trifft allerdings nur bei den Arbeitnehmern zu, die an sechs Tagen in der Woche, also von montags bis samstags, arbeiten. In der Standardsituation eines Vollzeitarbeitnehmers, der Montag bis Freitag arbeitet, gibt es per Gesetz 20 Urlaubstage.

Der Urlaubsanspruch reduziert sich natürlich weiter, je weniger Tage in der Woche gearbeitet werden. Bei Teilzeitkräften richtet sich die Anzahl der Urlaubstage danach, an wie vielen Tagen in der Woche der jeweilige Arbeitnehmer eingesetzt wird.

Problematisch sind die Fälle, in denen sich die Arbeitszeit unterschiedlich auf verschiedene Wochentage verteilt (wenn zum Beispiel Montag und Dienstag jeweils acht Stunden, am Mittwoch aber nur vier Stunden gearbeitet werden). Das Urlaubsrecht differenziert nämlich nicht danach, wie viele Stunden pro Tag gearbeitet werden, sondern es bestimmt die Anzahl der Urlaubstage allein anhand der Arbeitstage pro Woche. In einer solchen Konstellation sollten Arbeitgeber daher darauf achten, dass die Mitarbeiter an allen Wochentagen, an denen normalerweise gearbeitet wird, Urlaub neh-

men und nicht nur an den Tagen, an denen sie ohne Urlaub acht Stunden gearbeitet hätten.

Urlaubsanspruch nur anteilig oder voll?

Der volle Urlaubsanspruch entsteht erst nach sechs Monaten im Arbeitsverhältnis. Endet das Arbeitsverhältnis vor der Erfüllung dieser Wartezeit, steht dem Arbeitnehmer der Urlaub nur anteilig zu. Auch beim Ausscheiden in der ersten Jahreshälfte nach Ablauf der Wartezeit bekommt der Arbeitnehmer nur anteilig Urlaub. Scheidet der Arbeitnehmer aber in der zweiten Jahreshälfte aus, steht ihm der volle Urlaubsanspruch für das ganze Jahr zu.

Wird ein Mitarbeiter in der zweiten Jahreshälfte eingestellt, sollten die Arbeitgeber unbedingt die Bescheinigung des vorigen Arbeitgebers über die bereits gewährten Urlaubstage verlangen. Durch diese Information können sie feststellen, wie viel Urlaub dem Arbeitnehmer tatsächlich noch zusteht. Ohne Vorlage dieser Bescheinigung kann die Urlaubsgewährung sogar verweigert werden. Dieser Aspekt wird durch viele Arbeitgeber vernachlässigt.

Wann verfällt der Urlaub?

Grundsätzlich muss der Urlaub in dem jeweiligen Urlaubsjahr gewährt und genommen werden. In

vielen Betrieben wird aber geduldet, dass der Urlaub noch bis zum 31. März des Folgejahres genommen wird. Gesetzlichen Anspruch auf die Verlängerung des Bezugszeitraums haben die Arbeitnehmer allerdings nur, wenn der Urlaub bis zum Ende des Jahres nicht genommen werden konnte, beispielsweise wegen eines hohen Arbeitsaufkommens zum Ende des Jahres.

Kann Urlaub wegen einer längeren Krankheit nicht genommen werden, verfällt er erst zum 31. März des zweiten Folgejahres (Beispiel: Urlaub aus dem Jahr 2022 verfällt erst am 31.03.2024).

Achtung: Ohne Hinweis kein Verfall!

Damit der Urlaub überhaupt verfallen kann, ist der Arbeitgeber verpflichtet, auf diesen Umstand rechtzeitig hinzuweisen. Spätestens in der zweiten Jahreshälfte muss der Arbeitgeber, wenn er feststellt, dass seine Arbeitnehmer den Urlaub noch nicht verbraucht bzw. verplant haben, dazu auffordern, den Urlaub noch rechtzeitig zu nehmen, und darauf hinweisen, dass er sonst zum Jahresende verfällt. Die Rechtsprechung geht nämlich davon aus, dass der Arbeitnehmer erst dann tatsächlich in die Lage versetzt wird, den Urlaub nehmen zu müssen und zu dürfen, was eine Voraussetzung für einen eventuellen Verfall wäre. Vernachlässigt der Arbeitgeber diese Pflicht, verfällt der Urlaub nicht, sondern geht auf das Folgejahr über.

Kann der Arbeitgeber Resturlaub auszahlen?

Der Urlaub muss im laufenden Beschäftigungsverhältnis immer in natura gewährt werden. Eine Auszahlung in Geld ist ausgeschlossen, weil es dem Erholungszweck widersprechen würde. Einen Urlaubsabgeltungsanspruch sieht das Gesetz nur vor, wenn das Arbeitsverhältnis beendet ist und bis dahin die Urlaubstage nicht genommen werden konnten. Bei einer entsprechenden Ausgestaltung des Arbeitsvertrages und einer diesbezüglich korrekten Freistellungserklärung kann der Arbeitgeber den drohenden Urlaubsabgeltungsanspruch verhindern, indem er den Arbeitnehmer bis zur Beendigung freistellt.

Apropos „Erholungszweck“: Darf der Arbeitnehmer im Urlaub arbeiten?

Nein. Eine Erwerbstätigkeit im Urlaub ist verboten, wenn sie dem Urlaubszweck, also der Erholung, widerspricht.

Was muss bei der Urlaubsgewährung beachtet werden?

Laut Gesetz sind die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers bei der Festlegung des Urlaubszeitpunktes zu berücksichtigen. Der Arbeitgeber kann aber den Urlaubszeitraum vorgeben. Sollte der Arbeitnehmer diesem allerdings widersprechen, muss dies bei der Urlaubsplanung Beachtung finden.

In der Praxis ist es üblicher, dass der Arbeitnehmer den Urlaub beantragt und der Arbeitgeber diesen gewährt. Eine Selbstbeurlaubung ohne die Gewährung durch den Arbeitgeber ist aber unzulässig und würde einer Arbeitsverweigerung gleichkommen.

Der Arbeitgeber kann die Gewährung verweigern, wenn in einer bestimmten Jahreszeit ein erhöhter Arbeitsbedarf besteht. Beispielsweise kann der Besitzer einer Eisdiele, in der im Sommer Hochbetrieb herrscht, den Urlaub im August verweigern.

Was passiert, wenn mehrere Arbeitnehmer gleichzeitig Urlaub nehmen wollen?

Die Urlaubsgewährung kann auch dann verweigert werden, wenn die Urlaubswünsche mehrerer Arbeitnehmer miteinander kollidieren. Hier muss der Arbeitgeber entscheiden, wem er Urlaub gewährt und wer sich einen anderen Zeitpunkt aussuchen muss. Beispielsweise darf der Arbeitgeber den Wunsch eines Familienvaters, der seinen Urlaub in den Schulferien nehmen will, dem Wunsch eines kinderlosen Singles vorziehen.

Können Betriebsferien unter Anrechnung der Urlaubstage angeordnet werden?

Grundsätzlich ist die Festlegung des Urlaubs auf eine bestimmte Zeit im Jahr (Betriebsferien/Betriebsurlaub) möglich. Hierfür benötigt der Arbeit-

geber aber eine klare Regelung im Arbeitsvertrag mit einer entsprechenden Ankündigungszeit. Zudem muss dem Arbeitnehmer noch ein Anteil des Urlaubs zur freien Verfügung stehen. Betriebsferien, die wegen ihrer Länge den kompletten Jahresurlaub verbrauchen würden, sind nicht zulässig.

Was passiert, wenn der Arbeitnehmer im Urlaub ist und krank wird?

Erkrankt der Arbeitnehmer während des Urlaubs, hat er grundsätzlich einen Nachgewährungsanspruch. Das bedeutet, dass die Krankheitstage, die auf den Urlaub gefallen sind, dem Urlaubskonto gutgeschrieben werden müssen. Das gilt allerdings nur, wenn die Krankheit durch eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nachgewiesen ist.

Wann kann der Arbeitgeber den Urlaub kürzen?

Reduziert sich die Anzahl der Wochentage, an denen gearbeitet wird, so verringert sich natürlich auch die Anzahl der Urlaubstage.

Der Arbeitgeber hat darüber hinaus die Möglichkeit, beispielsweise während der Elternzeit, den Urlaub anteilig zu kürzen. Macht er das nicht, erwirbt der Arbeitnehmer auch für die Zeit, in der er aufgrund der Elternzeit nicht arbeitet, den vollen Urlaubsanspruch. Dieser Aspekt wird häufig bei Betriebsübernahmen übersehen und kann für den Praxisübernehmer massive finanzielle Auswirkungen haben, wenn die Kürzungserklärung nicht nachgeholt wird. Endet das Beschäftigungsverhältnis mit der Elternzeit, kann auf diese Weise ein Urlaubsabgeltungsanspruch für Urlaub aus mehreren Jahren entstehen.

Der Urlaubsanspruch reduziert sich ebenfalls für Zeiten der Kurzarbeit, allerdings nur für die Zeiträume, in denen die Arbeit vollständig entfallen ist (Kurzarbeit null).

Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben die Arbeitgeber?

Bezüglich des gesetzlichen Urlaubsanspruchs hat der Arbeitgeber kaum Möglichkeiten, von den gel-

tenden Regeln des Bundesurlaubsgesetzes abzuweichen. In den meisten Betrieben gewähren die Arbeitgeber aber mehr Urlaub, als den Arbeitnehmern gesetzlich zusteht. Bezüglich dieses Mehrurlaubs dürfen andere Regeln aufgestellt werden. So können beispielsweise der Urlaubsverfall und die Kürzung des Urlaubs bei unterjährigem Ausscheiden vereinbart werden. Bei den entsprechenden vertraglichen Klauseln ist allerdings auf die strikte Trennung zwischen dem gesetzlichen und übergesetzlichen Urlaub zu achten. Trifft der Arbeitgeber keine expliziten Sonderregelungen bezüglich des übergesetzlichen Urlaubs, gelten auch für diesen die Bestimmungen des Bundesurlaubsgesetzes.

Fazit

Urlaub ist ein sehr wichtiges arbeitsrechtliches Thema, bei dem der Arbeitgeber vieles falsch machen kann. Insbesondere das Unterlassen des Hinweises auf den Verfall zum Ende des Jahres birgt ein erhebliches finanzielles Risiko, weil es dazu führt, dass sich die Urlaubsansprüche mehrerer Jahre kumulieren können.

Hinzu kommt, dass die Rechtsprechung zum Urlaub aufgrund des Europarechts im ständigen Wandel ist. Damit es zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht zu unnötigen Spannungen kommt, empfiehlt es sich, stets auf klare Regelungen in den Arbeitsverträgen zu achten und die Entwicklungen der Rechtsprechung im Blick zu behalten. Dann können sich die Arbeitnehmer über den Urlaub und die Arbeitgeber über die frisch erhaltenen Mitarbeiter freuen. ■

Autor

Rechtsanwalt Radoslaw Kleczar
Kleczar & Partner - Arbeitsrecht,
Rechtsanwälte und
Steuerberater, Koblenz
Tel.: 0261/ 91 24 666
kontakt@kleczar-partner.de
www.kleczar-partner.de



Street Docs feiern Zehnjähriges

Seit einem Jahrzehnt kümmern sich die Street Docs in Ludwigshafen ehrenamtlich um die (zahn-)medizinische Versorgung von Hilfebedürftigen und Menschen in prekären Lebenslagen. Eine unbürokratische Hilfe, die nachdenklich macht.

Text: Katrin Becker

Die Street Docs, das sind aktuell rund 30 (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte und medizinische Fachkräfte. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung in den sozialen Brennpunkten der Stadt zu verbessern. Unter medizinischer Federführung des Internisten Dr. Peter Uebel haben die Street Docs im Oktober 2013 ihre Ambulanz eröffnet. Heute arbeiten die Mediziner an drei Standorten innerhalb Ludwigshafens. Im März 2015 startete das zahnmedizinische Angebot dank der Unterstützung von Sanitätsrat Prof. Dr. Günter Dhom und der Bezirkszahnärztekammer Pfalz. Einmal in der Woche, immer mittwochs am Nachmittag, bieten Zahnärztinnen und Zahnärzte ihre Dienste an. Getragen wird das Projekt von der gemeinnützigen Ökumenischen Fördergemeinschaft Ludwigshafen.

Unkomplizierte Akutversorgung

Die Patienten, welche die Ambulanz aufsuchen, sind häufig Menschen, die Ausgrenzungserfahrungen erlebt haben, von Armut oder Obdachlosigkeit betroffen sind oder keine Krankenversicherung besitzen. Bei den Street Docs erhalten sie eine dringend notwendige zahnärztliche Erst- oder Basisversorgung – angefangen bei schmerzstillenden Behandlungen über Zahnextraktionen und Füllungen bis hin zu einfachem Zahnersatz wie Teil- und Vollprothesen, dies alles unbürokratisch, ohne Vorurteile und kostenfrei. Finanziert wird das Projekt über Spenden.

Die Ambulanz leistet nicht nur die wichtige medizinische Akutversorgung. Zugleich unterstützt sie die Betroffenen dabei, wieder in das System der Krankenversicherung und in die Regelversorgung zurückzukehren. Aus diesem Grund arbeiten dort auch Sozialarbeiter und -arbeiterinnen. Sie stehen den Patienten beratend zur Seite und begleiten sie auf dem Weg, sich wieder sozial zu

integrieren: Behördengänge, Kontakt zu Ämtern und Versicherungen oder Hilfe bei der Wohnungssuche oder bei Schwierigkeiten mit dem Vermieter. Seit zwei Jahren ist deshalb auch die „Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz“ an die Street Docs angegliedert.

Humanitäre Hilfe

Die Ambulanz ist seit ihrer Eröffnung vor zehn Jahren gewachsen. Immer mehr Patienten suchen dort Hilfe. Projektkoordinatorin Nina Christahl von der Ökumenischen Fördergemeinschaft sieht das zwiespältig. „Zum einen zeugt das zivilengagierte und spendenbasierte Handeln der Street Docs von humanitären Werten und solidarischer Mitmenschlichkeit“, sagt sie. Zum anderen sei das Angebot nur deshalb notwendig, weil das UN-Menschenrecht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Deutschland bislang nicht vollständig umgesetzt worden sei. Christahl: „Solange dieses Recht nicht aufgearbeitet wurde, werden die Street Docs Schmerzen lindern, Hoffnung geben und ohne Ausgrenzung behandeln.“ ■



Seit zehn Jahren kämpft das Team der „Street Docs“ gegen soziale Ausgrenzung hilfsbedürftiger Menschen.

Foto: Ökumenische Fördergemeinschaft e. V.



Vorsicht, Phishing!

Woran Sie Betrugsmails erkennen

Phishing-Mails sind eine raffinierte Methode, mit der Cyberkriminelle vertrauliche Daten und Geschäftsgeheimnisse abgreifen. Viele dieser E-Mails sehen täuschend echt aus. Es gibt aber Anzeichen, an denen Sie betrügerische E-Mails erkennen können.

Text: Katrin Becker

Auf den ersten Blick sieht die E-Mail wie eine typische Nachricht des Versandhändlers, des Geldinstituts oder des Telefonanbieters aus. Farbe, Logo, Absenderadresse – alles passt. Doch wer genau hinschaut, erkennt: Die E-Mail ist eine gut gemachte Fälschung.

Die Nachricht ist eine sogenannte Phishing-Mail. Phishing heißt so viel wie ausspähen und abfangen. Betrüger nutzen sie, um sensible Informationen wie Zugangs- und Kontodaten, PIN oder Geschäftsinterna durch fingierte E-Mails oder über gefälschte Webseiten abzufangen. Ihr Ziel: primär finanzielle Schäden anrichten. Treffen kann es Privatpersonen ebenso wie Unternehmen. Die Zahl an Phishing-Attacken nimmt nicht nur kontinuierlich zu, sondern die Angriffe werden immer perfider. Doch mit Vorsicht und Aufmerksamkeit lassen sich die meisten Phishing-Mails entlarven. Achten Sie dabei besonders auf folgende Punkte:

Falsche E-Mail-Adresse

Als Absender in der E-Mail steht vielleicht „KZV RLP“. Das ist jedoch keine Garantie für die Echtheit

der Nachricht. Cyberkriminelle können jede E-Mail-Adresse fälschen. Achten Sie deshalb auf den Absender, bleiben Sie selbst bei firmeninternen Mails wachsam und fragen Sie im Zweifel persönlich bei dem Absender nach.

Um eine vollständige Adresse bzw. Senderdetails angezeigt zu bekommen, fahren Sie mit dem Mauszeiger über den Absender. Auf Mobilgeräten wird bei der geöffneten E-Mail in der Regel oben rechts ein kleiner Pfeil angezeigt, auf den Sie für die Senderdetails tippen. Gegebenenfalls müssen Sie dazu auf den Absendernamen klicken. Zur Prüfung schauen Sie darüber hinaus nach Tippfehlern in der Absenderadresse, zum Beispiel „kontakt@kzzvrlp.de“, „kontakt@kzvrlp.fe“ oder kontakt@rlp-kzv.de statt „kontakt@kzvrlp.de“. Aber Vorsicht: Die angezeigte Absenderadresse muss nicht die tatsächliche Empfängeradresse sein. Für einen Abgleich beider Adressen klicken Sie testweise auf „Antworten“ (niemals wirklich auf die Mail antworten!). Unterscheiden sich die Adressen voneinander, ist das oft ein Hinweis auf eine Phishing-Mail.

Aufbau von Druck

Wenn Sie in der E-Mail aufgefordert werden, dringend und innerhalb einer kurzen Frist zu handeln, sollten Sie stutzig werden, insbesondere, wenn diese Aufforderung mit einer Belohnung oder Drohung, beispielsweise der Sperrung eines Bankkontos, verbunden ist. Lassen Sie sich nicht unter Druck setzen und behalten Sie Ruhe.

Verlangen nach Geld oder Daten

Das Ziel eines Phishing-Angriffs ist meistens die Eingabe persönlicher oder vertraulicher Daten (Stichwort: Identitätsdiebstahl) oder das Überweisen von Geld. Lassen Sie deshalb gesunde Skepsis walten, wenn Sie dazu aufgefordert werden. Geldinstitute beispielsweise fragen Kundendaten nie per E-Mail ab. Werden Sie ebenfalls hellhörig, wenn Sie Ihr Chef per E-Mail zu einer Überweisung auffordert. Auch diese Mail kann gefälscht sein.

Schadhafte Links oder Anhänge

Eine Phishing-Mail enthält meist Links oder Anhänge, die der Adressat öffnen soll. Bei Zweifeln bewegen Sie den Mauszeiger über den Link in der Mail. Dann sehen Sie, wohin die Verlinkung tatsächlich führt. Achten Sie hierbei zusätzlich auf Tippfehler in der Webadresse (Beispiel: www.kzvrlp.de statt www.kzvrpl.de). Öffnen Sie keinesfalls eine angehängte Datei in einer E-Mail von Unbekannten. Die Datei könnte eine Schadsoftware enthalten, die Ihr System infiziert. Seien Sie auch vorsichtig bei einer unerwarteten Mail mit Anhang von einer bekannten Person. Fragen Sie am besten persönlich nach, ob sie die Mail wirklich verschickt hat.

Unpersönliche Anrede

Obwohl Phishing-Versuche inzwischen sehr professionell sind und es Kriminellen gelingt, Echtnamen herauszufinden, wird die Anrede in Betrugsmails mitunter allgemein gehalten. Eine Ansprache wie „Lieber Kunde“ oder „Sehr geehrter Nutzer“ kann ein Hinweis auf einen Cyberangriff sein.

Rechtschreib- und Grammatikfehler

Gleiches gilt für Nachrichten, die in fehlerhaftem Deutsch verfasst sind. Meistens wurden sie mit einem Übersetzungsdienst aus einer anderen Sprache übersetzt. Phishing-Mails werden zudem oft in Fremdsprachen gesendet.

Gesunden Menschenverstand einschalten

Der wirksamste Schutz vor Phishing ist also eine wachsame Grundhaltung und gesunde Skepsis. Wichtig ist es außerdem, über Gefahren auf dem Laufenden zu bleiben. Hier empfehlen sich zum Beispiel das Phishing-Radar der Verbraucherzentralen mit aktuellen Warnungen vor Erpresser- und Betrugsmails sowie der Newsletter „Sicher • Informiert“ des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik.

Übrigens: Auch eine Kassenzahnärztliche Vereinigung ist nicht davor gefeit, für Cyberangriffe missbraucht zu werden. Im Sommer wurden täuschend echte Phishing-Mails angeblich im Namen einer KZV an deren Mitgliedspraxen gesendet. Mit diesen Mails wurde der Eindruck erweckt, dass neue Abrechnungsdaten vorliegen. Sie enthielten zudem einen gefälschten Link, über den Zugangsdaten der Praxen zum KZV-Abrechnungsportal abgegriffen wurden. Ein solcher Versuch, Zugangsdaten zu sammeln, lieferte bei der KZV Rheinland-Pfalz grundsätzlich ins Leere, da sich die Mitgliedspraxen per Abrechnungsstick mit Zertifikat im Abrechnungsportal anmelden. Der Vorfall zeigt aber, wie gewieft Onlinebetrüger inzwischen vorgehen und dass Sie keinem Absender einer E-Mail blind vertrauen können. ■

Links

Phishing-Radar der Verbraucherzentralen

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/digitale-welt/phishingradar>



BSI-Newsletter „Sicher • Informiert“

https://www.bsi.bund.de/DE/Service-Navi/Abonnements/Newsletter/Buerger-CERT-Abos/buerger-cert-abos_node.html



DGZMK: Update für Implantologie-Leitlinien

In der zweiten Jahreshälfte haben die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und ihre Fachgesellschaften verschiedene Leitlinien überarbeitet und neu veröffentlicht.

Text: Katrin Becker

Aktualisiert wurde die S3-Leitlinie „Indikationen zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie“.

Neu veröffentlicht wurde die S2k-Leitlinie „Implantationszeitpunkte“. Ziel der Leitlinie ist es, Behandlern bei geplanter Zahnextraktion mit anschließender implantologischer Rehabilitation eine Entscheidungshilfe für den geeigneten Implantationszeitpunkt zu geben. Neue Implantationszeitpunkte ermöglichen unterschiedliche prothetisch-implantologische Versorgungskonzepte, die den Patientenwunsch nach einer möglichst schnellen und wenig invasiven Behandlungsmethode berücksichtigen, so die DGZMK in einer Presseinformation. Dabei sei es entscheidend, die möglichen Risiken und Komplikationen

zu kennen, um den Patienten eine nachhaltige und sichere Versorgung empfehlen zu können.

Zudem wurde erstmals eine S3-Leitlinie zur Fragestellung der klinischen Wirksamkeit von „Platelet-Rich-Fibrin (PRF) in der dentalen Implantologie“ veröffentlicht. Behandler sollen Vor- und Nachteile sowie Risiken der Behandlung einschätzen und den Patienten Behandlungsalternativen aufweisen können.

Darüber hinaus wurde die S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut“ auf einen neuen Stand gebracht.

Alle Leitlinien können auf der Internetseite der DGZMK (www.dgzmk.de) abgerufen werden. ■

Jugendtheater: „Little Women“ auf der großen Bühne

Die KZV Rheinland-Pfalz unterstützt seit Jahren die Jugendarbeit in Koblenz mit einer Sondervorstellung des Jugendtheaters. Im Frühjahr auf der Bühne der Kulturfabrik: „Little Women“.

Text: Katrin Becker

Das Musical „Little Women“ nach dem autobiografisch geprägten und mehrfach verfilmten Roman von Louisa May Alcott zeigt den Aufbruch von vier Schwestern ins Leben. Jo, Meg, Betty und Amy March sind grundverschieden. Obwohl jede von ihnen ihren ganz eigenen Weg einschlägt, haben die Schwestern mit ähnlichen Problemen zu kämpfen. Dabei schwanken sie zwischen den gesellschaftlichen Erwartungen und der Sehnsucht nach einem selbstbestimmten Leben. Die Handlung spielt während des amerikanischen Bürgerkrieges um 1863, doch die Geschichte und ihre Heldinnen sind von zeitloser Qualität.

Das Jugendtheater Koblenz bringt das gefeierte Broadway-Musical nun in die Kulturfabrik. Die

KZV Rheinland-Pfalz lädt Sie herzlich zu einer Sonderveranstaltung ein am

Freitag, 3. Mai 2024

in der

Kulturfabrik Koblenz
Mayer-Alberti-Straße 11
56070 Koblenz

Einlass ab 19:00 Uhr
Beginn um 19:30 Uhr

Reservieren Sie sich frühzeitig Ihre Eintrittskarten. Das Bestellformular finden Sie auf der Startseite von www.kzvrlp.de im Pop-up-Fenster. ■

Zahnarztpraxen: Rund die Hälfte der Einnahmen stammt aus der GKV

Die Zahnarztpraxen in Deutschland haben im Jahr 2021 mit 52,7 Prozent rund die Hälfte ihrer Einnahmen über die vertragszahnärztliche Versorgung erzielt. 45,9 Prozent resultierten aus Privatabrechnungen. 1,4 Prozent stammten aus sonstigen zahnärztlichen Tätigkeiten. Das ist ein Ergebnis der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes.

Text: Katrin Becker

Die durchschnittlichen Einnahmen je Praxis lagen 2021 bei 791.000 Euro. Dem standen den Aufwendungen in Höhe von 510.000 Euro gegenüber. Der durchschnittliche Reinertrag lag demnach bei 281.000 Euro je Praxis. Die Statistiker merken an, dass diese Durchschnittswerte stark von Praxen mit sehr hohen Einnahmen und Aufwendungen beeinflusst seien. Der Reinertrag sei zudem nicht mit dem Gewinn beziehungsweise dem Einkommen der Zahnärzte gleichzusetzen.

Zum Vergleich: In Arztpraxen lagen die durchschnittlichen Einnahmen und Aufwendungen mit 756.000 Euro bzw. 420.000 Euro niedriger als in Zahnarztpraxen. Dagegen fiel der durchschnittliche Reinertrag mit 336.000 Euro höher aus. Arztpraxen generieren mit 72 Prozent den Großteil ihrer Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter. 24,5 Prozent stammen aus der Versorgung von Privatpatienten und 3,8 Prozent aus sonstiger selbstständiger ärztlicher Tätigkeit. ■

Hilfe bei Post-Covid: Fünf Ambulanzen für Langzeitkranke in Rheinland-Pfalz

Erschöpfung, Muskelschmerzen, Konzentrationsschwäche oder Atemnot: Rund 80.000 Menschen in Rheinland-Pfalz leiden nach einer Corona-Infektion an den Folgen. Etwa 1.500 sind schwer erkrankt. In speziellen Ambulanzen sollen sie Hilfe finden.

Text: Katrin Becker

Bei Beschwerden, die auch drei Monate nach einer Corona-Infektion anhalten, ist von Post-Covid die Rede. Aufgrund des facettenreichen Beschwerdebildes bleibt Post-Covid eine Ausschlussdiagnose, die einen hohen diagnostischen Aufwand mit sich bringt. Um betroffenen Patientinnen und Patienten besser zu helfen, gibt es in Rheinland-Pfalz nun fünf Post-Covid-Ambulanzen in Kaiserslautern, Koblenz, Ludwigshafen, Mainz und Trier.

Die Ambulanzen sind in bestehende Arztpraxen integriert. Sie sollen als Lotsen fungieren und die interdisziplinäre, fachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten organisieren und ko-

ordinieren. Hausarztpraxen bleiben allerdings weiterhin die erste Anlaufstelle für Betroffene. Sie überweisen mit Verdachtsdiagnose und Untersuchungsergebnissen an die Spezialambulanzen. Die Landesregierung unterstützt die Ambulanzen jeweils mit 50.000 Euro zunächst für ein Jahr. Danach hofft sie auf eine bundesweite Versorgungslösung.

Die Adressen der Ambulanzen, weiterführende Informationen über Post-Covid sowie Hinweise auf Unterstützungsangebote und Selbsthilfegruppen finden Betroffene auf der Webseite www.postcovid-rlp.de. ■



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz