

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Nebenwahlen? Hauptsache! Europa vor einer Richtungsentscheidung

Abrechnung

Zahnärztliche Chirurgie:
Abrechnung einer Hautlappenplastik

Praxis

Fortbildungspflicht:
Nachweisfrist endet im Juni

Politik

TSVG: Punktwertdegression
ist passé

Position

- 3 Am Scheideweg

Abrechnung

- 4 Zahnärztliche Chirurgie: Abrechnung einer Hautlappenplastik

Fokus

- 6 Nebenwahlen? Hauptsache! Europa vor einer Richtungsentscheidung
- 12 Interview: „Berufsrechtliche Reglementierung gilt als Sündenfall“
- 14 Wie denkt Rheinland-Pfalz über Europa?

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fortbildung

- 15 Der MRSA-infizierte Patient in der Zahnarztpraxis

Praxis

- 20 Stichtag 30. Juni: Nachweisfrist für die Fortbildungspflicht endet

Fortbildung

- 22 Pfälzischer Zahnärztetag 2019: Horizonte neu entdecken
- 22 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz und der apoBank: Mehr Netto vom Brutto – Steuervorteile für Mitarbeiter

Politik

- 24 Neues Versorgungsgesetz: Punktwertdegression ist passé

Praxis

- 26 Arbeitsverträge: Konkurrenzschutzklausel nur mit Karenzentschädigung gültig

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
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
T 06131-8927108 · F 06131-892729053
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Dr. Peter Matovinovic (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: © Foto Factory – stock.adobe.com (bearbeitet)

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 wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen überwiegend verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Am Scheideweg

Brexit-Desaster, wachsende EU-Skepsis, Nationalismus – die Europäische Union hat ohne Zweifel schon bessere Tage erlebt. Kommt die anstehende Wahl zum Europäischen Parlament zur Unzeit? Führende Politiker haben sie längst zur Schicksalswahl erklärt.

Fakt ist: Die EU steht für viele Bürger nicht mehr für Frieden und Freiheit, Sicherheit und Wohlstand, sondern für Verbote, Bürokratie, Gleichmacherei und Bevormundung. Und „Brüssel“ ist zum Inbegriff eines überdimensionierten, regelungswütigen Verwaltungsapparates geworden. Mit Detailregelungen greift die EU immer stärker in unseren Lebensalltag ein, ihr Einfluss auf die nationale Rechtsetzung wächst zusehends.

Selbst das zahnärztliche Berufsrecht ist davor nicht gefeit: Durch den Abbau vermeintlich überflüssiger Berufsreglementierungen will die EU einen wettbewerbsfähigen Binnenmarkt mit hohem Wirtschaftswachstum schaffen. Wir sagen: Hände weg von Staatsexamen und Approbation! Deregulierung um des Wachstums Willen darf in der Gesundheitsversorgung kein Maßstab sein. Die berufsrechtlichen Vorgaben, so wie wir Zahnärzte sie kennen, sind kein Wettbewerbshemmnis. Sie sind Garant für Qualitätssicherung und Patientenschutz, die auch in einem geeinten Europa Priorität haben müssen. Ferner ist die Zahnmedizin ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und Teil der Jobmaschine Gesundheitswesen. Damit dies so bleibt, müssen die politisch Verantwortlichen stabile und attraktive Rahmenbedingungen für Zahnarztpraxen schaffen, sodass weiterhin genügend Kolleginnen und Kollegen den Weg in

die Niederlassung gehen. Denn nur so wird eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten sein. Das heißt auch, dass die EU – so paradox es klingen mag – den Anstoß für eine konsequente Entbürokratisierung geben sollte. Es ist Zeit, Ernst zu machen beim Abbau der teils lähmenden Informations- und Dokumentationspflichten. Der Patient gehört wieder in den Mittelpunkt der Behandlung!

Europa befindet sich an einem Scheideweg – Rückfall in die Kleinstaaterei oder engeres Zusammenwachsen. Die EU kann sich einer grundsätzlichen inhaltlichen Kursbestimmung nicht länger entziehen. Wofür soll Europa stehen? Was sind die Aufgaben, die Ziele? Wie begegnet sie den Herausforderungen unserer Zeit? Klimawandel, Migration, Terrorismus, Populismus – das sind große, drängende Probleme, die groß gedacht werden müssen. Hierfür muss Europa gemeinschaftlich Lösungen finden, statt sich im Klein-Klein nationalstaatlicher Kompetenzen und regionaler Gegebenheiten zu verrennen.

Die Europawahl bietet der Europäischen Union die Gelegenheit, sich neu zu finden und neu zu legitimieren. Die EU-Regierungen sollten diese Chance nutzen, ebenso wie jeder Bürger. Denn die Zukunft Europas geht uns alle an.

Ihr



Marcus Koller

stv. Vorsitzender des Vorstandes



„Die EU kann sich einer inhaltlichen Kursbestimmung nicht entziehen.“

Zahnärztliche Chirurgie: Abrechnung einer Hautlappenplastik

Für die Abrechnung von einfachen und schwierigen Hautlappenplastiken können die GOÄ-Nummern 2381 bzw. 2382 angesetzt werden. Bitte beachten Sie dabei folgende Erläuterungen.

Text: Stefan Peters, Kaiserslautern

Ziel und Indikation der zusätzlichen Anlage einer Lappenplastik ist es, bei kompromittierenden Ausgangsbefunden, gegenüber den konventionellen Behandlungsmaßnahmen (primäre Wundversorgung), einen stabilen und speicheldichten Wundverschluss zu erreichen. Dabei soll ein regelrechter und komplikationsfreier Wundheilungsverlauf (Blutungsstillung, Nachblutungsprophylaxe, Schmerzlinderung, Vorbeugung von Wundinfektionen) zur weichteiligen und knöchernen Ausheilung einer alveolären Wunde gewährleistet werden.

Formell setzt die Abrechnungsfähigkeit einer Lappenplastik die Erfüllung der Leistungsbeschreibung gemäß „BEMA-GOÄ“ unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der aktuellen einschlägigen Kommentare voraus. Die gebührenrechtliche bzw. vertragszahnärztliche Betrachtung des Ansatzes von Leistungspositionen für Lappenplastiken in der dentoalveolären Chirurgie (Gebührennummern 2381 und 2382 GOÄ) erfordert dabei die allumfängliche Abbildung der Indikationsstellung und die Dokumentation des entsprechenden operativen Mehraufwandes.

Morbiditätsentwicklung, demografischer Wandel und der Zuwachs von Patienten aus Ländern mit geringerer medizinischer Versorgungsdichte führen zu einem zunehmenden Versorgungsbedarf von Risikopatienten und Patienten mit einem erhöhten Aufwand bei der Wundversorgung. Da die

Morbidität, das demografische Risikopotenzial sowie die medikamentös-therapeutischen Behandlungskonzepte einer stetigen Veränderung unterliegen, ist eine exemplarisch vollumfängliche Aufzählung einzelner Indikationen für die Lappenplastik nicht möglich.

Die Indikationen stellen sich für jeden Behandlungsfall individuell dar. Diese ergeben sich aus dem spezifischen Risikoprofil einer sorgfältigen Anamneseerhebung, des spezifischen klinisch-präoperativen und intraoperativen Befundes sowie der pathophysiologischen Einschätzung des Einflusses von Eingriffstrauma und Wunddefektausmaß auf die Wundheilung. Zu berücksichtigen bleiben dabei Vorerkrankungen des Patienten (Risikopatient) oder damit in Zusammenhang stehende Medikationen mit Einfluss auf den Blutdruck, die Hämostase, einer erhöhten Infektionsneigung und die knöchernen und weichteilige Wundheilung über hämatologische und/oder immunologische Einflussgrößen. Zu berücksichtigen bleiben aber auch präoperative Trauma-, Operations- oder Therapiefolgen, der intraoperative Befundstatus hinsichtlich lokal entzündlicher knöcherner und weichteiliger Ausgangsbedingungen wie das knöcherne und weichteilige Defektausmaß der Wunde, zum Beispiel nach alveolärem und weichteiligem Debridement. Somit kann sich auch bei allgemeinmedizinisch gesunden Patienten die medizinische Notwendigkeit zur Anlage einer Lappenplastik ergeben.

Zusammenfassung

1. Schleimhautplastiken zur Wundversorgung sind nur dann in Verbindung mit anderen chirurgischen Leistungen abrechnungsfähig, wenn eine nicht ortsgleiche Adaption der Wundränder erfolgen muss und erfolgt ist.
2. Im Zusammenhang mit einer Zahntfernung oder einem vergleichbaren dentoalveolärem Eingriff können die Leistungen „BEMA-GOÄ“-Nr. 2381 oder 2382 bei entsprechendem kompromittiertem Ausgangsbefund mit den oben dargelegten Risikoprofilen zum Schutz exponierter anatomischer Strukturen sowie bei größeren weichteiligen oder knöchernen Defekten und/oder auch bei Risikopatienten nach

Radiatio, permanenter Antikoagulationstherapie, Bisphosphonattherapie, Dialysepflicht, Immunsuppression und bei potenziellen Wundheilungsstörungen indiziert sein.

3. Analog der in der GOÄ geltenden Anerkennung des operativen Mehraufwandes (Stichwort: groß/klein) können Schleimhautplastiken nach „BEMA-GOÄ“-Nr. 2382 bei größeren oder komplexen Substanzdefekten im Bereich des Alveolarfortsatzes in Abgrenzung zur Ä2381 in Ansatz gebracht werden. Zur Differenzierung setzt dies orientierend die Größe eines Operationsgebietes von mehr als drei Zähnen oder vergleichbarer Größe voraus.
4. Für die KCH-Abrechnung erfordert die Leistung obligat eine Zahnangabe und unter „KZV-Internen Mitteilungen-leistungsbezogen“ die Mitteilung der rechtfertigenden Begründung. ■



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5400 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Auf einen Blick:

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



Nebenwahlen? Hauptsache! Europa vor einer Richtungsentscheidung

Ende Mai wählen die Europäer ein neues EU-Parlament. Angesichts einer wachsenden Spaltung in ein proeuropäisches und ein souveränistisches Lager fordert der Politikwissenschaftler Claus Leggewie von der EU einen offensiveren Reformkurs.

Text: Prof. Dr. Claus Leggewie, Professor für Politikwissenschaft und Inhaber der Ludwig-Börne-Professur am Zentrum für Medien und Interaktivität, Justus-Liebig-Universität Gießen

Das Europäische Parlament, 1979 zum ersten Mal direkt gewählt und seither auf dem gewundenen Weg zum „Vollparlament“, erscheint vielen Europäerinnen und Europäern bedeutungslos. Entsprechend gelten Europawahlen als „Nebenwahlen“, die Wahlbeteiligung lag 2014 bei historisch niedrigen 42,6 Prozent.¹ Auch die Parteien haben nicht immer ihre besten Köpfe nach Brüssel und Straßburg geschickt. „Hast du einen Opa, schick ihn nach Europa“, lautete der respektlose Abschiedsgruß an daheim nicht mehr benötigte oder erwünschte Politiker. Zugleich waren „Brüssel“ und „Straßburg“ immer ein Experimentierfeld für Wähler und Abgeordnete. Ermuntert durch fehlende oder niedrige Sperrklauseln trauen sich Erstere, ihr Kreuz versuchsweise an anderer Stelle zu machen; Letztere gehen unkonventionelle Allianzen ein und legen korporatives Selbstbewusstsein gegenüber Kommission und Rat an den Tag, aber auch gegenüber ihren Herkunftsländern und Nationalstaaten generell. So übernahm das Europäische Parlament eine transnationale Vorreiterrolle.

Ende Mai 2019 sind rund 400 Millionen Europäer, denen etwa das deutsche Bundesverfassungsgericht die Qualität eines Staatsvolkes nicht zuerkennen will, aber auch nicht ganz absprechen mag,² zu einer echten Schlüsselwahl aufgerufen. Wer in Brüssel und Straßburg die Mehrheit der Parlamentssitze erobern wird, ist ebenso bedeutsam für Europas Zukunft wie der „Brexit“. Durch einen erneuten Erfolg der EU-feindlichen Kräfte geriete die Union, wie wir sie kennen, in eine bedrohliche Schiefelage.

Erosion der Mitte

Am Wahlmodus hat sich seit der Wahl 2014 wenig verändert. Von den 73 britischen Sitzen, die von den insgesamt 751 Sitzen mit dem Brexit frei werden, sollen 27 auf Länder verteilt werden, deren Bevölkerung zugenommen hat, 46 Sitze bleiben für potenzielle EU-Neumitglieder reserviert. (Anm. d. R.: Der Artikel berücksichtigt nicht eine mögliche Brexit-Verlängerung und eine damit verbundene Teilnahme des Vereinigten Königreichs an der Europawahl.) Der weitergehende Vorschlag des französischen Staatspräsidenten Emmanuel Macron, sie für transnationale Listen zu verwenden,

wurde nicht aufgegriffen. Er hätte zum Einzug von Abgeordneten mit einer originär europäischen Agenda ins Parlament führen können – eigentlich eine logische Konsequenz der Ausrufung von Spitzenkandidaten und der entsprechenden Bestellung des EU-Kommissionspräsidenten.

Gescheitert ist die Idee am Widerstand der mit 218 Sitzen größten Fraktion im Europäischen Parlament, der Europäischen Volkspartei (EVP), deren Abgeordneter Elmar Brok (CDU) darin einen Angriff auf den Föderalismus sah: „Ich möchte nicht auf einer Liste von Helsinki bis Lissabon gewählt werden, wo kein Bürger mich als sein Ansprechpartner sieht. Ich möchte als Abgeordneter zuhause in Ostwestfalen-Lippe gewählt werden, Legitimation entsteht durch Bürgernähe und nicht durch Ferne.“³ Dies hätte freilich für das Gros der EU-Abgeordneten weiter gegolten. Dass selbst ein so ein erfahrener und engagierter Europäer in dieser Situation derart provinziell daherkam, war enttäuschend. Die damalige CDU-Vorsitzende Angela Merkel wollte die Tür zu Macron hingegen nicht ganz zuschlagen, betonte aber, dass die Aufstellung von europäischen Spitzenkandidaten auf Dauer nur funktionieren werde, „wenn der Spitzenkandidat auf einer transnationalen Liste steht, also wirklich in allen Ländern gewählt werden kann“.⁴ Ansonsten aber hat auch sie sich nicht wirklich als zupackende Europapolitikerin erwiesen und Macron im Regen stehen lassen.

Gleichwohl stehen dem Parlament 2019 gravierende Veränderungen bevor: erstens durch die Erosion des faktischen Duopols der rechten und linken Mitte, zweitens durch den Bedeutungszuwachs locker gefügter Bewegungsparteien und drittens durch die wahrscheinliche Konzentration

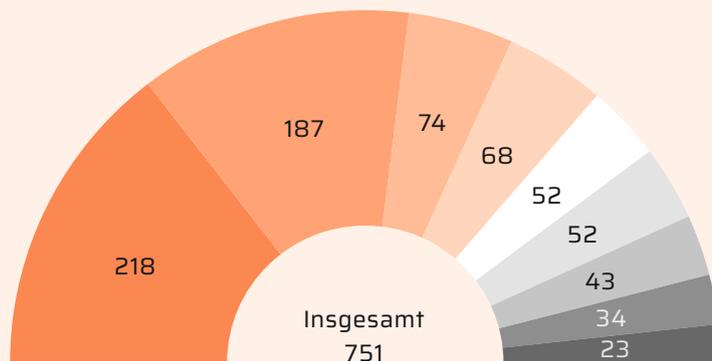
der äußersten Rechten. Damit deuten sich tektonische Verschiebungen der politischen Landschaft Europas an.

Das Europäische Parlament war wie die meisten nationalen Parteiensysteme lange Zeit von Volks- bzw. Großparteien der rechten und linken Mitte dominiert. Das Tandem der durchgängig stärkeren EVP aus dem christdemokratischen und konservativen Spektrum und der Fraktion der Sozialdemokraten (Progressive Alliance of Socialists & Democrats, kurz S&D) stellte stets mindestens zwei Drittel der Abgeordneten. Beide brachten so in einer Art „informellen Großen Koalition“ ihre programmatischen und personellen Ambitionen arbeitsteilig voran.

In den vergangenen Jahren sind jedoch alle politischen Lager sprichwörtlich „in Bewegung“ geraten. Mit ganz unterschiedlichen Ambitionen und Methoden stehen dafür Sammlungsbewegungen wie der „Europäische Frühling“ des griechischen Sozialisten Yanis Varoufakis, der Europa-Ausleger der französischen Präsidialbewegung „La République en Marche!“ unter dem Namen „Europe en Marche“ oder auch die rechtspopulistische Stiftung „The Movement“ des US-amerikanischen Publizisten und ehemaligen Präsidentenberaters Steve Bannon. Bewegung statt Partei – dieser Trend zur Umgehung etablierter intermediärer Instanzen ist lagerübergreifend zu beobachten und Ausdruck einer populistischen Generalmobilisierung. Ein grundstürzender Umbau der politischen Systeme ist das zwar noch nicht, aber der Zuspruch jüngerer Bürgerinnen und Bürger weist darauf hin, dass es für eine erneute europäische De-facto-„GroKo“ eng werden dürfte.

Prognosen zur Europawahl sind erfahrungsgemäß besonders unsicher, aber ein ungefähres Bild lässt sich zeichnen:⁵ Die linke Mitte wird nicht nur den Wegfall der 20 britischen Labour-Abgeordneten, sondern voraussichtlich auch einen Einbruch der sozialdemokratischen und sozialistischen Parteien vor allem in Italien (derzeit 31 Abgeordnete), Frankreich (12), Schweden (6) und den Niederlanden (3) zu verkraften haben. Auch die SPD (27) muss mit Einbußen rechnen. Eine ähnliche Schwächung dürfte der Fraktion der EVP bevorstehen, die europapolitisch bereits gespalten ist. Die Fidesz-Partei des ungarischen Ministerpräsidenten Victor Orbán ist ein Mitglied auf Abruf, wenn sie die EVP nicht insgesamt nach

Sitzverteilung im Europäischen Parlament nach Fraktionen, 2014 – 2019



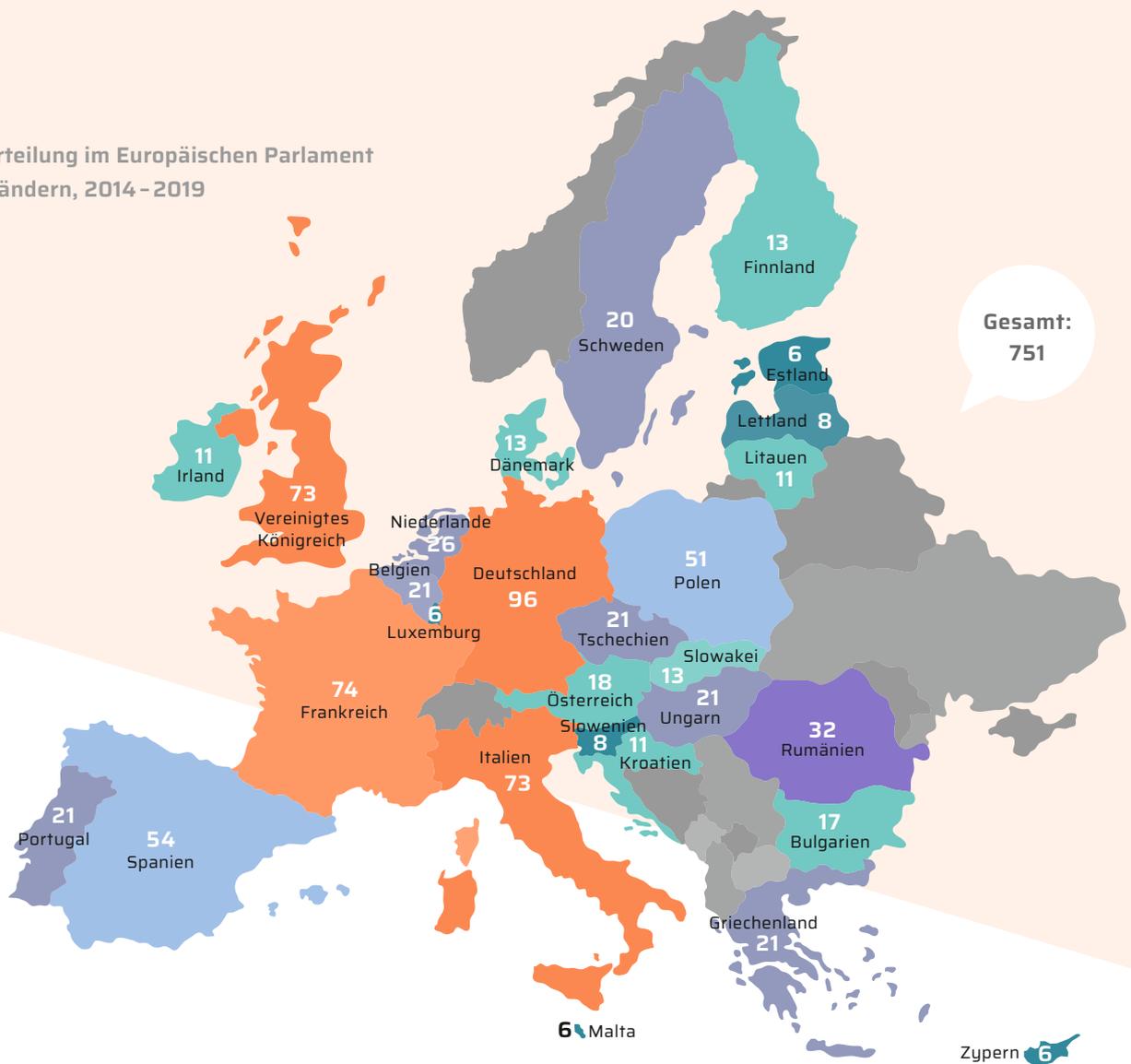
- Fraktion der Europäischen Volkspartei (EVP)
- Fraktion der Progressiven Allianz der Sozialdemokraten im Europäischen Parlament (S&D)
- Fraktion der Europäischen Konservativen und Reformen (EKR)
- Fraktion der Allianz der Liberalen und Demokraten für Europa (ALDE)
- Konföderale Fraktion der Vereinigten Europäischen Linken/Nordische Grüne Linke (GUE/NGL)
- Fraktion der Grünen/Freie Europäische Allianz (Grüne/EFA)
- Fraktion Europa der Freiheit und der direkten Demokratie (EFDD)
- Fraktion Europa der Nationen und der Freiheit (ENF)
- Fraktionslos

Quelle: www.europarl.europa.eu, Dezember 2018, eigene Darstellung.

rechts rückt. Dem kommt die manifeste Rechtsdrift der französischen Republikaner (20) und der italienischen Konservativen (15) entgegen, ebenso des Partido Popular (17) in Spanien. Unklar ist das Schicksal der polnischen Abgeordneten von der Plattform Obywatelska (PO, Bürger-Plattform, 18) und der Polskie Stronnictwo Ludowe (PSL, Bauernpartei, 4) sowie einzelner Abgeordneter aus anderen osteuropäischen Staaten, wo nationalpopulistische Bewegungen stärker sind als klassische Konservative und Liberale. Entscheidend wird sein, wohin sich die voraussichtlich gestärkte polnische Prawo i Sprawiedliwość (PiS, Recht und Gerechtigkeit, 14) orientieren wird, die derzeit noch mit den britischen Tories (Conservative Party, 18) eine Fraktion bildet.

War es bisher so, dass sich eine liberal-konservative Mitte mit einer Minderheit weiter rechts stehender Strömungen zurechtfinden musste, ist Orbáns Vision jetzt, eine dezidiert „illiberale“ Rechte mehrheitsfähig zu machen. Die bisherigen Zwerge möchten Riesen sein. Der für moderne Parlamente seit Beginn des 19. Jahrhunderts konstitutive Rechts-Links-Gegensatz wäre damit nicht gänzlich verschwunden, doch hat er sich in den vergangenen Jahren – vor allem an der Einwanderungsfrage – zu einem Gegensatz zwischen den Leitbildern der offenen und der geschlossenen Gesellschaft bzw. in eine Antinomie zwischen liberaler und „illiberaler“ Demokratie verschoben. Orbáns Wiederwahl im April

Sitzverteilung im Europäischen Parlament nach Ländern, 2014 – 2019



2018 zeigt an, dass ein „kompetitiver Autoritarismus“, eine durch Wahlen gestützte Autokratie, in Teilen der EU inzwischen mehrheitsfähig ist.

Kleinere „Etablierte“ haben von der Erosion der linken und rechten Mitte wenig profitieren können. Die „europakritische“ Linke (GUE/ NGL steht ebenfalls unter dem Druck von Bewegungsparteien – etwa von „La France insoumise“ des französischen Abgeordneten Jean-Luc Mélenchon, der deutschen „Aufstehen“-Kampagne Sahra Wagenknechts oder dem erwähnten „Europäischen Frühling“, dem sich der französische Sozialist Benoît Hamon, tschechische Piraten sowie die slowenische Levica-Partei angeschlossen haben.

Unterdessen haben die Liberalen mit der Macron-Bewegung ein Zentrumsbündnis geschmiedet, um gemeinsam mindestens vierte Kraft zu werden. Dazu zählen die Ciudadanos, die sowohl im spanischen als auch im katalonischen Parlament nennenswerte Stimmenanteile haben, die österreichische Partei NEOS (Das Neue Österreich und

Liberales Forum) sowie einzelne Sozialdemokraten wie der ehemalige italienische Regierungschef Matteo Renzi. Eine kräftige transnationale Bewegung im Zentrum wäre im Prinzip auch für Grüne attraktiv, die aber nationale Kandidaturen auf diversen Listen anbieten und europaweit vom aktuellen Höhenflug der deutschen Grünen profitieren wollen, in den meisten Ländern aber sehr viel schlechter dastehen als in Deutschland.

Gegenwind von rechtsaußen

Die Linke ist uneinig, die alte wie neue Mitte ohne Durchschlagskraft – es ist nicht überraschend, dass die radikale Rechte nach Erfolgen auf nationaler Ebene nun auch auf europäischer Ebene Morgenluft wittert. Derzeit ist sie (noch) in drei Fraktionen gespalten: Europäische Konservative und Reformen (EKR), Europa der Freiheit und der direkten Demokratie (EFDD) und Europa der Nationen und der Freiheit (ENF).⁶

Mit 74 Abgeordneten ist die EKR die größte dieser drei Fraktionen. In ihr sind außer den britischen Konservativen Abgeordnete der polnischen PiS, rechtsgerichtete Abgeordnete aus Flandern und Osteuropa sowie die erstarkten skandinavischen Rechtspopulisten vertreten. Deren anhaltender Erfolg ist damit zu erklären, dass sie

sich von Steuerrebellern und Kritikern des Wohlfahrtsstaates zu islamfeindlichen Anti-Einwanderer-Parteien radikalisiert und ihre Basis vor allem unter bisherigen Nichtwählern verbreitert haben. Die Schwedendemokraten, die Dänische Volkspartei und Die Finnen haben in nationalen Wahlen allesamt an Einfluss gewonnen und könnten im Europäischen Parlament einen „nordischen Pol“ bilden (allerdings ohne formelles Bündnis, da ihre Unterschiede zu stark sind). Auf der anderen Seite könnte die PiS mit dem Ausscheiden der Tories einen „Visegrád-(Habsburg-) Pol“ aus ungarischen, tschechischen, slowakischen und eventuell österreichischen Abgeordneten bilden. Die Schwerpunkte des europäischen Liberal-Konservatismus entfernen sich jedenfalls von der bisher tragenden deutsch-französischen Achse und den Gründungsländern der Römischen Verträge.

Die noch weiter rechts angesiedelten Fraktionen EFDD (42 Abgeordnete) und ENF (34) sind nicht weniger heterogen und instabil. Die EFDD wird bisher von der britischen United Kingdom Independence Party (UKIP, 13) und dem italienischen Movimento 5 Stelle (M5S, 14) dominiert; zu ihr gehören auch Einzelabgeordnete wie Jörg Meuthen (AfD) oder der ehemalige stellvertretende Front-National-Vorsitzende Florian Philippot.

Die ENF wird angeführt vom Niederländer Marcel de Graaff, der der Partij voor de Vrijheid (PVV, 4) nahesteht, sowie von Nicolas Bay vom französischen Rassemblement National (RN, vormals Front National, 15). Weiter vertreten sind die auf erhebliche Zugewinne spekulierenden Abgeordneten der Freiheitlichen Partei Österreichs (FPÖ, 4), der italienischen Lega Nord (4), des belgischen Vlaams Belang (1) sowie einige Überläufer, darunter Marcus Pretzell aus Deutschland, der früher der AfD angehörte. Während Marine Le Pen sich bei der Europawahl im Revanche-Duell gegen Macron ausrechnet, mit dem RN stärkste Partei in Frankreich zu werden, stellt die Lega Nord mit ihrem Anführer Matteo Salvini den „starken Mann“ in Italiens Regierung und den aggressivsten Verfechter der rechtsradikalen Blockbildung.

Die extreme Rechte darf nicht überbewertet, sollte aber auch nicht unterschätzt werden. Ihr Trumpf ist die überall virulent gewordene Migrations- und Sicherheitsthematik. Damit hat sie den scheinbaren Gegensatz von „Volk“ und „Establishment“ zur menschenfeindlichen Unterscheidung zwischen Eigenem und Fremdem, Einhei-

mischen und Einwanderern, Christen und Muslimen, Freund und Feind radikalisiert.⁷ Dieser völkisch-autoritäre, zum Teil an faschistische und „konservativ-revolutionäre“ Ideologeme der Zwischenkriegszeit anschließende Nationalismus bildet bei allen bleibenden Rivalitäten, inneren Widersprüchen und Eitelkeiten der Nationalisten eine gesamteuropäische Bewegung, die sich zum Aufstand gegen die Erweiterung und Vertiefung der EU verbunden hat.

Das heißt aber auch: Ohne „Brüssel“ wären die Nationalisten nur halb so stark. Diese Chiffre des Unmuts bündelt sämtliche Anlässe von Unzufriedenheit wie in einem Brennglas: die Kritik an der Volksferne von Politik und an bürokratischen Auswüchsen, die bereits alte, seit 2015 panisch gewordene Angst vor „unkontrollierter Masseneinwanderung“, die Sorge vor Kriminalität und das Gefühl der Perspektivlosigkeit in „abgehängten“ Regionen. Die extreme Rechte profitiert von einer generalisierten Misere und Missstimmung, ohne im Mindesten Abhilfe bieten zu können. Die EU, die bei objektiver Betrachtung durchweg für mehr Wohlstand und Freizügigkeit gesorgt hat, wurde bei denen, die sich vom einen ausgeschlossen und vom anderen überfordert fühlen, zum allseits probaten Sündenbock.

Die Rechte versammelt auch die „Globalisierungsverlierer“, die eigentlich die radikale Linke mobilisieren wollte. Sie fordern – US-Präsident Donald Trump mit seinem Dauerwahlkampf ist hier das Vorbild – die segmentäre Abschottung gegen die funktionale Arbeitsteilung der Weltwirtschaft und die globale populäre Kultur. Die schon seit den 1970er Jahren zunehmende Ungleichheit von Einkommen und Vermögen und die Zunahme prekärer Arbeitsmarktlagen, die im 19. und 20. Jahrhundert in soziale Klassenkämpfe gemündet wären, werden (wie übrigens in der faschistischen Ära) mit Fremdenfeindlichkeit beantwortet.

Was tun? Reformagenda

Seit Jahren blickt das politische Establishment auf diese Entwicklung wie das Kaninchen auf die Schlange. Der völkisch-autoritären Radikalisierung, die das Kräfteparallelogramm auch im Europäischen Parlament nach rechts bewegen kann, wird eher mit Resignation und Anpassung begegnet als mit mutiger diskursiver Auseinandersetzung. Die Linke, die für eine Europäisierung des Wohlfahrtsstaates, die Regulierung von großen Unternehmen und Banken und eine progressive Steuerpolitik eingetreten ist, steht in Versuchung, in einen „nationalen Sozialismus“ zurückzufallen (exemplarisch dafür ist Mélenchons „La France insoumise“) und die Leitidee offener Grenzen ebenfalls durch die Stärkung nationalstaatlicher Souveränität abzulösen. Liberale und Konservative kommen der Neuen Rechten in der Frage der Einwanderung und der Islamophobie entgegen und stellen wieder die christlichen Wurzeln Europas heraus. Ein Beispiel hierfür ist die defensive bis defätistische Reaktion mancher Konservativer, als der UN-Migrationspakt (Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration) kurz vor seiner Verabschiedung im Dezember 2018 skandalisiert und von mehreren EU-Staaten nicht unterzeichnet wurde.

Eine Vertiefung der EU hat namentlich Emmanuel Macron in Frankreich couragiert vertreten und damit 2017 noch einen beeindruckenden Wahlsieg gegen Marine Le Pen errungen. Als Präsident hat er ein ehrgeiziges Reformprojekt vorgelegt; gegen linke wie rechte Souveränisten und Identitäre verteidigte er die offene Gesellschaft im supranationalen Rahmen – die von ihm erhoffte europäische Kooperation ist bekanntlich von Berlin und der Mehrheit der EU-Länder abgeblockt worden. Mit der Rechtswende in Italien und in Schweden sind auch der EU-Kommission Partner abhandengekommen, zumal sich auch Berlin in die Phalanx der Migrationsprotektionisten eingereiht hat. Die Europäisierung von Macrons Sammlungsbewegung La République en Marche stagniert und ist durch die „Gelbwesten“-Bewegung unter Druck geraten.

Die Attacke von rechts sollte jedoch nicht zur Erstarrung und zu einer Fixierung auf den Status quo führen. Und erst recht sollte man aus Angst vor dem Tod nicht Selbstmord begehen, indem man alle Themen und Projekte vermeidet, die „die Rechte stärken könnten“. Man möge sich bitte daran erinnern, welche Unwahrscheinlichkeit der supranationalen Utopie den Gründungsfiguren der EU um 1950 bescheinigt wurde. Will die EU der Regression widerstehen, gilt es, aktuelle Reformvorhaben eher noch entschlossener anzugehen und sie offensiver zu vermitteln als bisher. Vorgeschlagene bzw. überfällige Vertiefungsziele sind (sozusagen von links nach rechts):

- » eine Sozialunion, die der wachsenden Ungleichheit von Einkommen, Vermögen und Lebenschancen im Inneren der EU und ihrer Mitgliedsländer, dem Gefälle zwischen den Regionen und zugleich der Externalisierung europäischer Wohlstandskosten in die Länder des „globalen Südens“ entgegentritt;
- » eine Fiskalunion, die Steuerflucht und -vermeidung sowie problematische Finanzmarktaktivitäten sanktioniert und zum Beispiel mit einer Transaktionssteuer Quellen zur Finanzierung von nachhaltigen Infrastrukturen und sozialpolitischen Korrekturen erschließt;
- » eine Umweltunion, die auf immer deutlicher werdende Bedrohungen wie den gefährlichen Klimawandel und das Artensterben mit einer veritablen Energie- und Verkehrswende reagiert;
- » eine Digitalunion, die der Dominanz des Silicon Valley (und Chinas) mit EU-Regulierungen im Daten- und Verbraucherschutz begegnet und die Digitalisierung nicht als technische Naturgewalt hinnimmt, sondern menschen- und sozialverträglich gestaltet;
- » eine Sicherheitsunion, die Terror- und Cyberattacken wirksam abwehren kann und auf die Erosion der NATO friedenspolitisch reagiert.

Die politischen Alternativen liegen also auf dem Tisch, und die anstehenden Europawahlen bieten den besten Anlass für eine breite Debatte darüber, welche Entwicklung bzw. welches Europa die Bürger bevorzugen: den Rückbau in Nationalstaaten und das „Europa der Vaterländer“, ein Durchwursteln mit den bewährten Kräften der linken und rechten Mitte oder doch einen „gemeinsamen Sprung“ in die europäische Republik.

Zu befürchten steht, dass diese Debatte in innenpolitischen Winkelzügen untergeht und vor allem über Social-Media-Kanäle massiv

manipuliert wird. Genau deswegen ist es wichtig, dass sich eine vernehmbare proeuropäische Öffentlichkeit bildet. Zudem bedarf es einer politischen Bildung, die den Horizont nationaler Kirchtürme übersteigt. Das überkommene Narrativ der europäischen Einigung auf den Trümmern des Zweiten Weltkrieges erreicht Jüngere nicht mehr, sie benötigen ein „Europa, das uns schützt“ (Macron), aber mehr noch eines, das ihnen sinnvolle Arbeit gibt, sie im Einklang mit der Natur leben lässt und ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Gleichzeitig sind diese Jüngeren – und sind wir alle – gefordert, in der EU nicht nur eine selbstverständliche Dienstleistungsmaschine zu sehen und sie als solche zu nutzen, sondern sich bzw. uns aktiv für ihren Bestand und Ausbau einzusetzen. Es darf nicht passieren, dass sich weiterhin zwei Drittel der Europäer nicht an Parlamentswahlen beteiligen, bei denen so viel auf dem Spiel steht. Aber auch außerparlamentarisch müssen sich die proeuropäischen Kräfte rühren. Ohne Druck von unten kann die europäische Demokratie keine Fortschritte machen.

Sich bewegen: Europa der Bürger

Dass sich konstruktiver Druck von unten aufbauen und in Ansätzen in den parlamentarischen Raum übertragen lässt, zeigt sich bereits. „Europa“ war lange kein Mobilisierungsthema und die EU eher ein Anlass für destruktive Protest- und Exit-Bewegungen. Tatsächlich bilden Gegner der EU in den meisten Ländern jedoch keine echte Mehrheit in der Bevölkerung,⁸ Befürworter und Indifferente sind nur häufig stumm geblieben. Dies beginnt sich allmählich zu ändern: Offenbar bewegt das rabiate Auftreten von Autokraten, die rasante transatlantische Entfremdung, das aggressive Auftreten Russlands in der Ukraine und im Cyberspace, das Chaos der Brexit-Verhandlungen und das Gespenst einer neuen Ost-West-Spaltung mehr Europäer zu einem Bekenntnis zu den in Artikel 2 des EU-Vertrags niedergelegten Grundwerten (Menschenwürde, Freiheit, Demokratie, Gleichheit, Rechtsstaatlichkeit, Menschenrechte) sowie zum Engagement für den Zusammenhalt der Union.

Am sichtbarsten ist die überparteiliche Straßmobilisierung bisher durch die Bewegung „Pulse of Europe“ (PoE), eine in Frankfurt am Main gegründete Privatinitiative, die seit 2015 in vielen Städten und Gemeinden Tausende von Menschen unter EU-Fahnen und zum Klang der Europa-Hymne versammelt hat. Mitte 2018 startete

PoE eine Kampagne zur Bildung von „Hausparlamenten“: Bei diesen sind Bürgerinnen und Bürger aufgefordert, als Gastgeber drei bis sieben Personen aus ihrem privaten Umfeld zu einer zweistündigen Europa-Debatte einzuladen und konkrete europapolitische Forderungen an ausgewählte Entscheidungsträger zu formulieren. PoE stellt Gesprächsleitfaden und Abstimmungsunterlagen zur Verfügung und leitet die Forderungen gesammelt an ausgewählte Entscheidungsträger. In einem „Entscheidungspakt“ verpflichten sich die angesprochenen Berufspolitiker, künftige Vorschläge und Entscheidungen im Licht der Ergebnisse den Hausparlamentariern zu begründen.⁹

Kampagnen wie diese können dazu beitragen, die europäische Demokratie voranzubringen, doch macht eine außerparlamentarische Bewegung noch keinen europäischen Frühling. Es bedarf weiterer solcher Initiativen und zahlreicher Europäerinnen und Europäer, die sich aktiv und offensiv für die Demokratie in der EU einsetzen. Und da die konventionelle Beteiligung der repräsentativen Demokratie auf supranationaler Ebene schwach entwickelt ist, braucht es eine systematische Verstärkung deliberativer und konsultativer Bürgerbeteiligungsforen, die mit ausreichend Ressourcen ausgestattet sind und denen Legislative und Exekutive stärker verpflichtet

sind – und die über das zaghafte Instrument der Europäischen Bürgerinitiative (EBI) deutlich hinausgehen. Mit anderen Worten: Konsultative Beteiligung sollte zur „vierten Gewalt“ werden, von der lokalen bis zur supranationalen Ebene.¹⁰ Dies würde die Legitimation direkter wie indirekter Abstimmungen und die Qualität politischer Entscheidungen erhöhen – und damit den erstarkenden Gegnern der EU ein wichtiges Argument entziehen.

Die Wahlen zum Europäischen Parlament verdienen eine hohe Wahlbeteiligung und eine seriöse Debatte. Im Wahlkampf kann sich eine transnationale Öffentlichkeit Problemen und Chancen widmen, die die europäische Gesellschaft als Ganze tangieren und die allein nationalstaatlich nicht mehr gelöst und bearbeitet werden können. Alternative Programme der Vertiefung wie des Rückbaus liegen vor, die Fronten sind klar. Vor allem aber gilt es, die Risiken eines neuen Ethnonationalismus zu erkennen, der die alte Welt zweimal in die Katastrophe geführt hat und heute vor allem auf Kosten der Jüngeren gehen wird. Deshalb muss die EU vor allem den nach 1990 geborenen Generationen eine zeitgemäße Erzählung bieten und sie davon überzeugen, dass grenzüberschreitende Probleme mit einer weltoffenen Haltung und im supranationalen Rahmen besser zu lösen sind als mit dem Rückzug in die Wagenburg. Die Europawahl ist keine Nebenwahl. Sie ist Hauptsache. ■

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
der Bundeszentrale für politische Bildung
Erstpublikation in „Aus Politik und
Zeitgeschichte“ 4-5/2019
www.bpb.de/apuz

Quellenangaben:

- 1 Vgl. Europäisches Parlament, Ergebnisse der Europawahl 2014, www.europarl.europa.eu/elections2014-results/de/turnout.html; Michael Kading/Niko Switek, Europawahl 2014: Spitzenkandidaten, Protestparteien und Nichtwähler, in: dies. (Hrsg.), Die Europawahl 2014, Wiesbaden 2015, S. 17–30, hier S. 25.
- 2 Vgl. BVerfGE (Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts), 123, 267 (Lissabon), 30. 6. 2009; Dieter Grimm, Europa ja – aber welches? Zur Verfassung der europäischen Demokratie, München 2016.
- 3 Zit. nach Ursula Welter, Wenn die Kanzlerin orakelt, 5. 6. 2018, www.deutschlandfunk.de/transnationale-listen-wenn-die-kanzlerin-orakelt.795.de.html?dram:article_id=419578.
- 4 Merkel im Interview mit Thomas Gutschker/Eckart Lohse, „Europa muss handlungsfähig sein – nach außen und innen“, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 3. 6. 2018.
- 5 Siehe etwa den Blog „Der (europäische) Föderalist“ des Publizisten Manuel Müller, www.foederalist.eu/p/europawahl-umfragen.html. Für eine Übersicht über die aktuellen Abgeordneten siehe www.europarl.europa.eu/meps/de/search/advanced.
- 6 Vgl. Nathalie Brack, *Opposing Europe in the European Parliament: Rebels and Radicals in the Chamber*, Basingstoke 2017.
- 7 Vgl. Claus Leggewie, *Europa zuerst! Eine Unabhängigkeitserklärung*, Berlin 2017, S. 20–44.
- 8 Im April 2018 gaben 60 Prozent von über 27 000 befragten EU-Bürgern an, dass die EU-Mitgliedschaft ihres Landes eine gute Sache ist. Vgl. Europäisches Parlament, Pressemitteilung zur Eurobarometer-Umfrage 89.2 „Democracy on the Move“, 23. 5. 2018, www.europarl.europa.eu/news/de/pressroom/20180430IPR02826.
- 9 Dazu jetzt Franziska Schader, *Pulse of Europe. Analyse und Einordnung einer politischen Bewegung*, Masterarbeit FU Berlin 2018.
- 10 Vgl. Patrizia Nanz/Claus Leggewie, *Die Konsultative. Mehr Demokratie durch Bürgerbeteiligung*, Berlin 2016; Carmen Gerstenmeyer/Julian Plottka, Die aktuelle Reform als letzte Chance zur Rettung der Europäischen Bürgerinitiative?, in: *Integration 1/2018*, S. 26–48.

„Berufsrechtliche Reglementierung gilt als Sündenfall“

Die Organisation des Gesundheitswesens in der EU ist Sache der Mitgliedstaaten. Doch über Vorgaben für den Binnenmarkt greift Brüssel immer stärker durch – auch auf die freien Heilberufe. Diese Entwicklung wird sich nach der Europawahl fortsetzen, sagt der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Peter Engel.

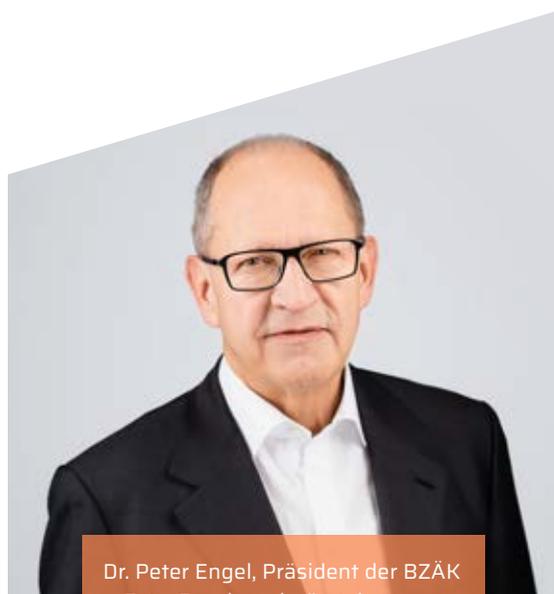
Interview: Katrin Becker

KZV aktuell: Welche Rolle spielt das Thema Gesundheit in den Parteiprogrammen zur EU-Wahl?

Engel: Das Thema Gesundheit spielt in den Europawahlprogrammen der im Bundestag vertretenen Parteien eine unterschiedliche Rolle. Das reicht von einer Erwähnung des Begriffs bis hin zu einem eigenen Kapitel Gesundheit. Ähnliches gilt übrigens auch für den Binnenmarkt. Dieser wird meist nur am Rande erwähnt. Die großen Themen sind Zukunft der EU, Migration, Sicherung der EU-Außengrenzen, sozialer Zusammenhalt und Klimawandel.

KZV aktuell: Mit welchen Positionen und Forderungen begleitet die Zahnärzteschaft die Wahl?

Engel: Die Bundeszahnärztekammer hat im Vorfeld der Wahlen ein europapolitisches Positionspapier verabschiedet, in dem acht Kernanliegen aufgeführt sind. Die BZÄK fordert im Patienteninteresse dabei die Sicherstellung der freien Berufsausübung, die Verabschiedung einer Europäischen Charta der Freien Berufe, die Prüfung neuer und bestehender EU-Vorgaben auf deren bürokratischen Auswirkungen, die Gewährleistung einer hohen Qualität der zahnmedizinischen Ausbildung, die Digitalisierung im Gesundheitswesen ausschließlich zum Nutzen der Patienten zu gestalten, Amalgam als eines der notwendigen zahnmedizinischen Füllungsmaterialien zu erhalten, die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen konsequent fortzusetzen und weitere Ini-



Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK
Foto: Bundeszahnärztekammer

tiativen zur Verbesserung der Mundgesundheit und damit der Lebensqualität der Menschen anzustoßen.

KZV aktuell: Zuletzt hat die europäische Gesetzgebung Kurs auf die deutsche Gesundheitspolitik genommen und die Position der Freien Berufe und der Selbstverwaltung in Frage gestellt. Was ist in nächster Zeit zu erwarten?

Engel: Unter Einschluss der Gesundheitsberufe findet derzeit auf europäischer Ebene eine richtungsweisende Diskussion über die Zukunft der regulierten Berufe statt. Dazu gehören die Handwerksberufe wie die Freien (Heil-)Berufe. Der Abbau berufsrechtlicher Vorgaben soll nach den Vorstellungen von Ökonomen zur Intensivierung des Wettbewerbs im Dienstleistungssektor und zu mehr Mobilität der Beschäftigten beitragen.

Gerade die Europäische Kommission hat diese Argumentation übernommen. Überspitzt formuliert wird berufsrechtliche Reglementierung als „Sündenfall“ eines Markteingriffs gesehen, der die wirtschaftliche Entfaltung behindert. Bei mehr als 5.500 regulierten Berufen in Europa erwartet sich die Europäische Kommission vom Abbau „überflüssigen“ Berufsrechts große Wachstumsimpulse. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Europäische Kommission diesen Politikansatz in den kommenden fünf Jahren fortsetzt. Die Ausschreibung von Studien zum Zusammenhang von Berufsrecht und Qualität sowie Klagen der Kommission vor dem Europäischen Gerichtshof gegen nationales Berufsrecht deuten darauf hin. Im Fokus stehen Fragen der Beteiligung Dritter am Gesellschaftsvermögen, Werbeverbote, Einschränkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit und insbesondere die Gebührenordnungen der Freien Berufe.

KZV aktuell: Die Landkarte der europäischen Gesundheitsversorgung ist hinsichtlich Finanzierung, sozialer und qualitativer Standards überaus bunt. Sehen Sie eine Entwicklung hin zu einheitlichen EU-Mindeststandards?

Engel: Die Unterschiede innerhalb der EU-Mitgliedstaaten sind nach wie vor groß. Das betrifft insbesondere die Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme. Alle offenen und verdeckten Versuche, etwa beispielsweise vor einigen Jahren einheitliche europäische Qualitätsstandards einzuführen, sind bislang am Widerstand der größeren EU-Mitgliedstaaten gescheitert. Dies dürfte auf absehbare Zeit so bleiben. Die EU hat bei der Gesundheitspolitik nur eingeschränkte Kompetenzen. Der Druck auf die Angehörigen der Gesundheitsberufe kommt vielmehr über das Einfallstor der europäischen Binnenmarktpolitik. Dies zeigt die bereits erwähnte Debatte um das Berufsrecht sehr deutlich.

KZV aktuell: Die zahnärztliche Presse berichtet von europaweiten Versorgungsproblemen, wenn Anbieterketten in den Markt gehen. Wie ist die Brüsseler Sicht? Will die EU hier aktiv werden?

Engel: Die zahnärztliche Versorgungslandschaft in Europa ist in einem Umbruch. In den vergange-

nen Jahren sind in vielen EU-Mitgliedstaaten Dentalketten entstanden, die zum Teil sogar paneuropäisch aufgestellt sind. Leider müssen wir beobachten, dass es in Ländern wie Frankreich, Spanien oder Großbritannien bereits zu bedenklichen Fehlentwicklungen aus Patientensicht gekommen ist. Die EU hat sich im Umgang mit diesen Entwicklungen bislang zurückgehalten, da aus ihrer Sicht dafür die Mitgliedstaaten verantwortlich sind. Allerdings müssen wir auch sehen, dass die auf EU-Ebene forcierte ökonomisierte Betrachtung von Berufsrecht die Bildung von Dentalketten unterstützt.

KZV aktuell: Welchen gesundheitspolitischen Schwerpunkten sollte sich die EU in den nächsten Jahren annehmen?

Engel: Aus meiner Sicht sollte sich die EU auf gesundheitspolitische Fragen konzentrieren, die einen grenzüberschreitenden Aspekt haben und bei denen ein echter europäischer Mehrwert erkennbar ist. Dabei ist etwa an die Bekämpfung von Pandemien zu denken. Die gemeinsame Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen ist ebenfalls sehr wichtig. Von Bedeutung ist auch, dass im Bereich der elektronischen Gesundheitsversorgung die Voraussetzungen für die Interoperabilität der bestehenden Systeme geschaffen wird, um den Menschen, die im EU-Ausland behandelt werden müssen, rasch helfen zu können. Wichtig ist auch die Fortsetzung der freiwilligen gesundheitspolitischen Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten unter dem Dach der EU. Diese erfolgt bereits seit Jahren und hat sich bewährt.

KZV aktuell: Vielen Dank für das Gespräch!

Weitere Informationen

Das BZÄK-Positionspapier „Für eine moderne Zahnmedizin mit hoher Versorgungsqualität“ ist unter www.bzaek.de > Über uns > Europa



oder über
den QR-Code

abrufbar.



Wie denkt Rheinland-Pfalz über Europa?

Sind die Rheinland-Pfälzer europamüde? Laut einer aktuellen Umfrage des Südwestrundfunks (SWR) ist das nicht der Fall.

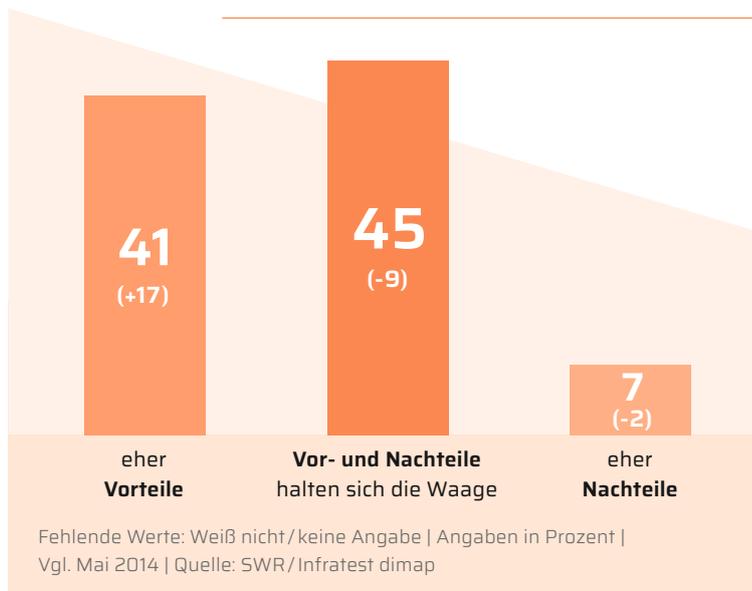
Text: Katrin Becker

41 Prozent der Rheinland-Pfälzer meinen, dass die deutsche EU-Mitgliedschaft dem Bundesland eher Vorteile bringt. Das sind 17 Prozentpunkte mehr als vor der Europawahl 2014. 45 Prozent sind der Ansicht, dass sich Vor- und Nachteile die Waage halten – neun Prozentpunkte weniger als vor fünf Jahren. Lediglich sieben Prozent der Befragten (2014: neun Prozent) sehen eher Nachteile für Rheinland-Pfalz durch die EU-Mitgliedschaft Deutschlands. Insbesondere die jüngeren Rheinland-Pfälzer sind europafreundlich eingestimmt. Für 45 Prozent der befragten 18- bis 39-Jährigen überwiegen die Vorteile.

Zugleich bewegt die Europawahl die Befragten deutlich mehr als vor fünf Jahren. 61 Prozent sagten, sie interessierten sich stark oder sehr stark für die Wahl. 2014 waren es nur 40 Prozent. Insbesondere Senioren verfolgen die Wahl zum Europaparlament. 67 Prozent der ab 65-Jährigen gaben an, sich sehr dafür zu interessieren.

Ein größeres Interesse an der Europawahl und eine positivere Einstellung gegenüber der EU – diesen Stimmungswechsel führt Prof. Dr. Uwe Jun auch auf die Brexit-Debatte zurück. „Durch den Brexit ist mehr Aufklärung geschehen, das

Was bringt die Mitgliedschaft in der EU?



heißt, die Wähler haben mehr Informationen über den Nutzen der EU bekommen. Sie sehen, dass Deutschland und damit auch Rheinland-Pfalz wesentlich von der Europäischen Union profitieren“, analysierte der Politikwissenschaftler von der Universität Trier im SWR-Politmagazin „Zur Sache Rheinland-Pfalz“.

Im Auftrag des SWR hatte das Wahlforschungsinstitut Infratest Dimap im März 1.000 Menschen in Rheinland-Pfalz unter anderem zur Europawahl befragt. ■

Europaparlament: Wer wird in Deutschland gewählt?

Als bevölkerungsreichstes Land in der EU wird Deutschland im Europäischen Parlament von 96 Abgeordneten vertreten. Sie werden nach dem Verhältniswahlrecht mit Listenvorschlägen gewählt. Anders als bei der Bundestagswahl hat jeder Wahlberechtigte nur eine Stimme, die er einer Partei geben kann. Die Parteien treten in der Regel mit bundesweiten Wahllisten an. Folgende 14 Parteien werden sich mit ihren Spitzenkandidaten zur Wahl des Europäischen Parlaments stellen:

CDU/CSU: Manfred Weber

SPD: Dr. Katarina Barley, Udo Bullmann

Bündnis 90/Die Grünen: Ska Keller, Sven Giegold

FDP: Nicola Beer

Die LINKE: Martin Schirdewan, Özlem Alev Demirel

AfD: Prof. Dr. Jörg Meuthen

Freie Wähler: Ulrike Müller

ÖDP: Prof. Dr. Klaus Buchner

Piratenpartei: Patrick Breyer

Die PARTEI: Martin Sonneborn

LKR: Prof. Dr. Bernd Lucke

Tierschutzpartei: Martin Buschmann, Robert Gabel, Patricia Kopietz

Familien-Partei Deutschlands: Helmut Geuking

NPD: Udo Voigt

Der MRSA-infizierte Patient in der Zahnarztpraxis

Multiresistente Keime stellen Krankenhäuser vor Herausforderungen. Auffällig ist, dass Universitätskliniken kein einheitliches Konzept zur Bekämpfung der Keime führen. Auch Zahnärzte in der Praxis sind mit der Frage konfrontiert, wie mit MRSA-infizierten Patienten am besten umzugehen ist.

Text: ZÄ Kathrin Chmiela, Michelle Bender, Prof. Dr. Nicole Arweiler

Staphylococcus aureus (Staph. aureus) und vor allem seine Methicillin-resistente Form (MRSA) stellen eine Gefahr für betroffene Patienten dar. Beide Formen sind Problemkeime bei nosokomialen Infektionen. Unter dem Begriff nosokomiale Infektionen versteht man Erkrankungen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus noch nicht vorhanden waren. Diese Krankenhausinfektionen verlängern den Aufenthalt im Krankenhaus, belasten den Patienten und können sogar zum Tod führen².

20 bis 30 Prozent der Bevölkerung tragen das Bakterium Staphylococcus aureus auf der Haut oder im nasalen und oropharyngealen Bereich. Der Hals-Rachen-Raum gilt dabei als typische Kolonisationsnische des Menschen, weshalb Abstriche in diesem Bereich genommen werden. Hierbei löst es keinerlei Beschwerden aus, sondern kolonisiert lediglich den Patienten³. Diese Träger sind also nicht akut erkrankt und müssen daher nicht mit einer Intensivversorgung (etwa mit Antibiotika) therapiert werden.

Auch wenn solche Keimträger selbst nicht erkrankt sind, sind sie durch die Übertragung eine Gefahr für Dritte. Da die Bakterien manchmal bereits Resistenzen gegen wichtige Antibiotika entwickelt haben könnten, ist es schwierig, die Keimträger keimfrei oder zumindest keimarm zu machen.

Dagegen kann das Bakterium bei Patienten mit einem generell schwachen Immunsystem oder zum Beispiel nach operativen Eingriffen schwerwiegende Komplikationen und Infektionen hervorrufen. Auch Patienten, die dialysepflichtig sind oder an Diabetes mellitus leiden, sind für Staphylococcus-aureus-Infektionen prädisponiert⁴.

Implantate als Besiedlungsnische?

Neuere Studien geben Hinweise darauf, dass Bakterien und möglicherweise auch Staph. aureus zu Titanoberflächen, wie zum Beispiel bei oralen Implantaten, eine besondere Affinität aufweisen. Diese hohe Affinität entsteht aufgrund der rauen Oberfläche des Titans⁵. Aus diesem Grund stellen neben den parodontalen Taschen auch die immer häufiger in der Mundhöhle vorkommenden Implantate sowie die periimplantären Taschen eine optimale Brut-

stätte für solche Bakterien dar. Bisher beziehen sich jedoch alle Untersuchungen auf den Nasen-Rachen-Raum. Parodontale Taschen, die prinzipiell ebenfalls eine ideale Brutstätte für Keime und Mikrobiome darstellen, sind – nach Wissen der Autoren – bisher nicht bei Staph.-aureus-Trägern explizit auf die Kolonisation mit Staph. aureus untersucht worden.

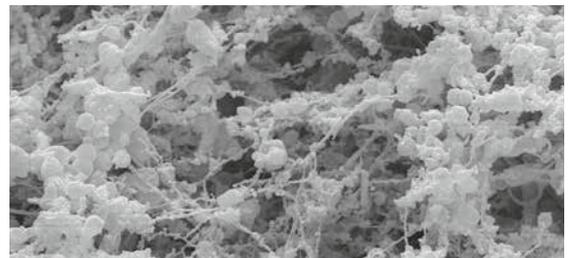


Abb. 1 | Biofilm. Sowohl in parodontalen Taschen und Zahnoberflächen als auch – wie hier dargestellt – auf Implantaten bildet sich ein sehr komplexer Biofilm, der auch Staphylococcus aureus enthalten kann.



Abb. 2 | Mundspülungen. Unterschiedliche Präparate, die in Universitätskliniken zur Anwendung kommen.

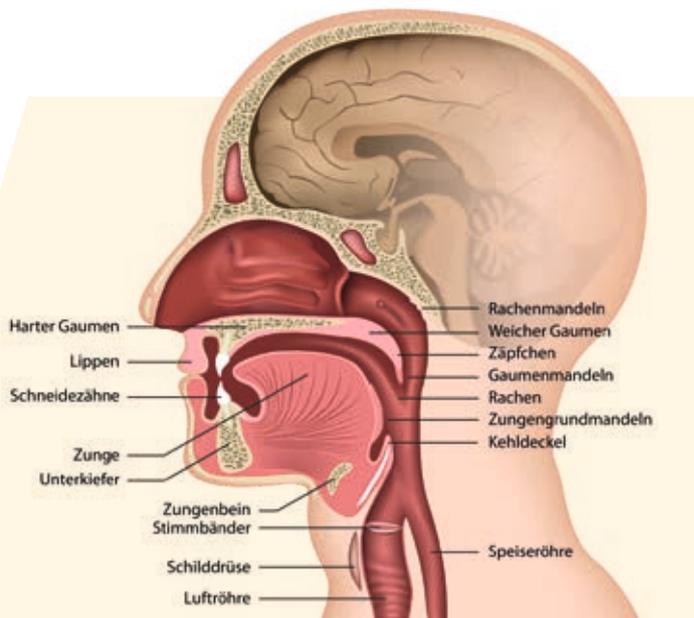


Abb. 3a | Kolonisationsort. Seit jeher gilt der Nasen-Rachen-Raum als typischer Kolonisationsort des Bakteriums *Staphylococcus aureus*.

Sanierungskonzepte

Jeder Patient fürchtet sich vor MRSA, weitläufig bezeichnet als Krankenhauskeim. Allerdings ist nur wenigen bewusst, dass es sich dabei um die Methicillin-resistente Form des *Staphylococcus aureus* handelt. Theoretisch müsste man Staph. aureus, wenn er in zu hohen Mengen vorhanden ist, bereits bekämpfen, bevor er resistent wird. Dies ist prinzipiell bei den erwähnten Brutstätten auch mit antiseptischen Lösungen möglich, die auch bei den Sanierungskonzepten zur Dekolonisierung von MRSA genutzt werden.

Es sollte hier beachtet werden, dass der Keim – auch wenn er gegen Antibiotika resistent ist – durchaus durch Antiseptika, die einen anderen Wirkmechanismus haben, abgetötet werden kann. Das gilt natürlich nur für solche Besiedlungsorte, die lokal, also mit antiseptischen Lösungen oder Salben, zu erreichen sind.

Antibiotikaresistenzen

Um Staph. aureus systemisch abzutöten, wird in der Regel ein β -Lactamase-festes Penicillin (z. B. Methicillin) eingesetzt. Einige Bakterien sind allerdings aufgrund einer chromosomal kodierten Resistenz immun gegen diese Antibiotika, sodass die Antibiotika nicht die gewünschte Wirkung erzielen. *Staphylococcus aureus* mit dieser Resistenz werden als Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) bezeichnet^{6,7}. Hinsichtlich der Infektionsprävention ist daher schon

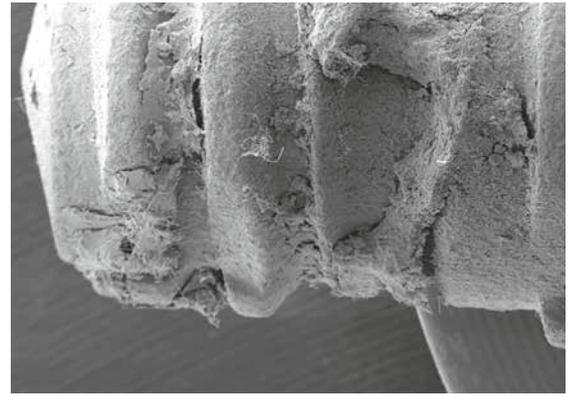


Abb. 3b | Implantate. Möglicherweise sind auch Implantate mit ihrer rauen Oberfläche Prädilektionsstellen für den *Staphylococcus aureus* und seine resistente Form.

die lokale Dekolonisierung von MRSA-infizierten Patienten von großer Bedeutung. Allerdings gibt es immer wieder Unklarheiten bezüglich geeigneter Sanierungskonzepte. In Deutschland sind vor allem die Behandler an den Kliniken mit der Frage konfrontiert, welches Vorgehen gegen MRSA am geeignetsten ist.

Übertragung verhindern

Des Weiteren besteht vor allem bei reinen Trägern (also Nichterkrankten) das Ziel, die Übertragung des Keims auf andere – auch das Praxisteam – zu verhindern. Zum Standardverfahren der Sanierung einer MRSA-Besiedlung in Kliniken gehören Maßnahmen im nasopharyngealen Bereich und auf der Haut. Zusätzlich sollte eine Isolation der mit MRSA infizierten Patienten in Einzelzimmern erfolgen.

Bei nasalen Besiedlungen wird in der Regel das topische Antibiotikum Mupirocin als Nasensalbe genutzt. Mupirocin ist das am besten untersuchte topische Antibiotikum. Zur Reduktion oder Eradikation des Keims auf der Haut werden antiseptische Ganzkörperwaschungen durchgeführt. Bei Befall des Rachens und der Mundhöhle wird der Gebrauch von desinfizierenden Mundspülungen empfohlen⁸.

Gerade dieser Bereich ist für das zahnärztliche Behandlungsteam von großer Bedeutung. Es liegen jedoch zurzeit keine In-vivo-Studien vor, die sich mit der Wirksamkeit von Dekolonisierungsmaßnahmen für den oralen und pharyngealen Bereich beschäftigt haben, obwohl es sich bei

diesem Bereich um einen häufigen MRSA-Kolonisationsort handelt. Auch dem Thema Implantate und deren Taschen, die sich möglicherweise auch als Kolonisationsorte herausstellen, muss man immer mehr Beachtung schenken.

Mundspülungen

Angesichts der sehr dürrtigen Datenlage werden häufig Produkte eingesetzt, die in das Portfolio von Kliniken gehören, die aber höchstens auf In-vitro-Studien basieren oder es werden Wirkstoffe herangezogen, die nur prinzipiell antibakteriell oder bakterizid wirken. Im praktischen Gebrauch kommen zur Dekolonisierung Mundspüllösungen mit Wirkstoffen wie Octenidin, Triclosan oder Chlorhexidin zur Anwendung, wobei in der Literatur kein direkter klinischer Vergleich bezüglich der Effektivität zu finden ist. Interessant ist die Tatsache, dass in neueren Studien auch in bestimmten ätherischen Ölen (z. B. Teebaumöl) ein vielversprechender Wirkstoff gegen MRSA gesehen wird, deren Effektivität sich allerdings bisher nur in vitro nachweisen ließ⁹. Im Rahmen der Recherche wurden die Sanierungskonzepte verschiedener Universitätskliniken mit antiseptischen Mundspüllösungen im Mund-Rachen-Bereich gezielter untersucht und gegenübergestellt. Im Folgenden sind diese in Tabelle 1 dargestellt.

Dabei wird deutlich, dass es vor allem bei der Auswahl und Anwendungsfrequenz der Mundspülprodukte Unterschiede gibt. Einige Universitätskliniken veröffentlichen keine eigenen Sanierungskonzepte, andere wiederum verweisen auf MRSA-Portale (MRSA-net.de, eursafety.eu) oder Empfehlungen des jeweiligen Bundeslands. Nur wenige publizieren ein eindeutiges Schema, wie sie bei MRSA-besiedelten Patienten vorgehen. Möglicherweise existieren auch nur über Intranet abfragbare Konzepte.

Konkretes Konzept

Das Augenmerk der Recherche lag speziell auf Universitätskliniken, die ein konkretes Konzept vorweisen. Auf eine Anfrage bei 35 Unikliniken in Deutschland erhielten wir von nur zwölf eine Rückmeldung oder konnten Verweise auf ein Sanierungskonzept auf der jeweiligen Internetseite entdecken. Alle Universitätskliniken favorisieren folgende antiseptische Mundspüllösungen: chlorhexidinhaltige wie zum Beispiel Chlorhexamed® oder Octenidol®, ProntOral® oder Betaisodona®.

Universitätsklinikum	Antiseptikum	Frequenz
Bonn	ProntOral® Octenidol®	3 x tägl.
Essen	z. B. Betaisodona® Octenisept®	-
Frankfurt *	ProntOral® Octenidol® Chlorhexamed®	2-3 x tägl.
Greifswald	Octenidol®	2 x tägl.
Heidelberg	Chlorhexamed® Fluid	3 x tägl.
Homburg im Saarland	Octenidol®	3 x tägl.
Köln	Octenidol®	-
Lübeck	ProntOral® Octenidol® Chlorhexidin-Mundspüllösung	3 x tägl.
Magdeburg	PVP-Iodlösung (z. B. Betaisodona®) Chlorhexidin-Mundspüllösung (2%??) (z. B. Chlorhexamed®)	3 x tägl.
Marburg	Octenidol®	-
Rostock	Chlorhexidin (0,12%) Octenidol®	2 x tägl.
Tübingen	Chlorhexidin (0,4%??) Octenidol®	1 x tägl.

Tab. 1 | Gegenüberstellung. Sanierungskonzepte verschiedener Universitätskliniken mit antibakteriellen Mundspüllösungen im Mund-Rachen-Bereich (* Link momentan nicht mehr aufrufbar)

Die Unikliniken Frankfurt, Lübeck, Heidelberg, Magdeburg, Rostock und Tübingen verweisen in ihren Sanierungskonzepten auf chlorhexidinhaltige Mundspüllösungen. Octenidol® wird in den Unikliniken Bonn, Homburg, Essen, Frankfurt, Greifswald, Köln, Lübeck, Marburg, Rostock und Tübingen zur Bekämpfung gegen MRSA vorgeschlagen. Auffallend ist, dass viele Unikliniken eine Auswahl an Antiseptika zur Sanierung der Mundhöhle aufzählen und sich auf keine Mundspüllösung festlegen.

Chlorhexidin

Chlorhexidin, der Wirkstoff verschiedener Präparate, besitzt eine bakterizide und bakteriostatische Wirkung. CHX ist noch bis zu zwölf Stunden nach

Anwendung in der Mundhöhle gegen Bakterien wirksam und gilt daher in seiner 0,1- bis 0,2-prozentigen Konzentration als der Goldstandard der antibakteriellen Mundspülprodukte in der Zahnmedizin¹⁰. Der Speichel selbst hat nach der Anwendung fünf Stunden lang eine antibakterielle Wirkung^{10,11}. Durch die elektrostatische Anziehung zwischen dem kationischen Chlorhexidin-Molekül und der anionischen Oberfläche der Bakterienzelle kommt es durch Austritt des Zytoplasmas zum Zelltod. Die Mundspüllösung ist gegen verschiedene Gram negative und Gram positive Bakterien wirksam, sodass sie auch gut bei MRSA als Antiseptikum genutzt werden kann. 97 Prozent der Bakterien sind kurz nach der Anwendung von chlorhexidinhaltigen Antiseptika in der Mundhöhle nachweislich eliminiert^{11,12}.

Octenidol®

Octenidol® besitzt den Wirkstoff Octenidin, das zu der Substanzgruppe der quartären Ammoniumverbindungen gehört. Es verfügt über eine bakterizide und fungistatische Wirkung. Die erstgenannte Eigenschaft trifft sowohl auf Gram positive als auch auf Gram negative Bakterien zu. Auch Viren werden durch Octenidin abgetötet. Octenidin wird für den Gebrauch auf der Haut und der Schleimhaut genutzt¹³.

Sowohl Chlorhexidin als auch Octenidin konnten in vitro gegenüber MRSA oder anderen nosokomialen Keimen antibakterielle Wirkung zeigen. Es handelt sich dabei aber um In-vitro-Studien, die keine einheitlichen Hinweise auf eine einwandfreie Wirkung in der In-vivo-Anwendung geben würden^{14,15,16}.

Daneben gibt es – auch gemäß der Herstellerempfehlung – keine klaren Konzepte, was die Häufigkeit des täglichen Gebrauchs betrifft. Es gibt einen Spielraum zwischen einer einmaligen bis dreimaligen Anwendung pro Tag. Die Konzentrationen der Wirkstoffe der Mundspüllösungen variieren ebenso. Dabei liegen keine verifizierten Angaben von wissenschaftlichen Studien vor, die den größten Erfolg einer bestimmten Vorgehensweise bestätigen.

Zeiträume

Auch über den Zeitraum der Sanierung gibt es unterschiedliche Ansichten. Hierbei bestehen Zeitspannen von fünf bis sieben Tagen. Leider gibt es auch hier keine Studien, die den besten Effekt bei einem der Zeiträume belegen könnten. Eine Studie, die das Potenzial verschiedener kommerzieller Mundspülprodukte in vitro aus oral entnommenen MRSA-Isolaten untersuchte, schlussfolgerte, dass keines der untersuchten kommerziellen Mundspülprodukte in der Lage sei, MRSA-Biofilme abzutöten¹⁷. Interessanterweise wird nur in zwei Klinik-Konzepten (Magdeburg, Essen) Povidon-Jod empfohlen, ein antibakterieller Wirkstoff, der häufig bezüglich Wirkung gegen *Staphylococcus aureus*/MRSA untersucht wurde und in mehreren Studien seine Wirkung bei der Reduktion oder Eradikation des Keimes zeigen konnte^{14,15,18,19}. Es ist zu vermuten, dass aufgrund von möglichen Allergien bzw. von Verfärbungen bei der oralen

Bekämpfung des Keimes in verschiedenen Kliniken keine jodhaltigen Produkte, sondern entweder Chlorhexidin- oder auch Octenidin-Mundspüllösungen empfohlen werden.

MRSA in der Zahnarztpraxis

Bisher wurden die Vorgehensweisen der Unikliniken erläutert, aber wie sollte der Ablauf mit MRSA-infizierten Patienten in den Zahnarztpraxen aussehen? Hier kommen immer wieder Fragen der niedergelassenen Kollegen auf, was nun bei einem MRSA-Patienten zu beachten sei oder ob eine Infektionsgefahr bestehe. Meist sind Patienten, die wirklich an einer MRSA-Infektion erkrankt sind, stationär im Krankenhaus oder nicht in der Lage, zahnmedizinisch behandelt zu werden. Wahleingriffe sollten dann erst nach überstandener Infektion und bakterieller Sanierung durchgeführt werden. Patienten mit bekannter Kolonisation oder einer Infektion mit MRSA sollten möglichst direkt und ohne Aufenthalt im Wartezimmer behandelt werden. Ebenso wäre es empfehlenswert, diese Patienten am Ende eines Behandlungstags einzubestellen, um im Anschluss alle Flächen und Gegenstände in Ruhe desinfizieren zu können.

Basishygiene

Zu Anfang jeder Behandlung soll eine antiseptische Mundspülung erfolgen. Für die Wahl der Mundspüllösung wären – wie zuvor diskutiert – für den zahnmedizinischen Bereich weitere Studien über Antiseptika notwendig, um diese auch wissenschaftlich fundiert empfehlen zu können. Unter Beachtung der Basishygiene besteht für das Personal und weitere Patienten keine besondere Infektionsgefahr. Hier gilt das Prinzip, dass alle Patienten mit dem gleichen Hygienekonzept behandelt werden, da von allen Patienten ein Infektionsrisiko (ob bekannt oder nicht bekannt) ausgehen könnte. Die Maßnahmen einer Basishygiene sollten in jeder Zahnarztpraxis bekannt sein, werden aber im Folgenden noch einmal erläutert.

Bei medizinischem Kontakt zu MRSA-Patienten werden Schutzkittel und -brille, Einmalhandschuhe und Mund-Nasen-Schutz angelegt, die nach Abschluss der Behandlung sachgerecht entsorgt oder aufbereitet werden sollen. Eine konsequente Händedesinfektion nach jedem Patientenkontakt ist ebenso wichtig. Die Arbeitsflächen müssen

zu Anfang einer Behandlung von desinfektionsbehindernden Gegenständen freigehalten und sofort im Anschluss einer Behandlung mit geeigneten Produkten desinfiziert werden. Auch zahn-technische Arbeiten und verwendete Hilfsmittel sollen unmittelbar nach Gebrauch mit geeigneten Produkten desinfiziert werden. Die Aufbereitung der Medizinprodukte erfolgt nach der RKI-/KRINKO-Empfehlung. Werden diese Hygienepunkte in den Zahnarztpraxen eingehalten, ist die Behandlung von MRSA-infizierten Patienten in Zahnarztpraxen unbedenklich und es kann zu keiner Weitergabe des Erregers kommen^{20, 21}, wobei eine klassische MRSA-Sanierung des Patienten, am besten mit Rücksprache des Hausarztes, dennoch ange-raten wäre.

Fazit

Zur Orientierung für alle Universitätskliniken und Zahnarztpraxen wären Studien notwendig, die sich mit der Effektivität und dem Vergleich von Mundspüllösungen in vivo beschäftigen sowie die Besiedlung von parodontalen/periimplantären Taschen und deren Sanierung untersuchen. Die Ergebnisse dieser Studien könnten den Kliniken deutschlandweit zur Anfertigung eines einheitlichen Sanierungskonzepts dienen. In diesem Sanierungskonzept müsste dazu festgehalten werden, welches Produkt in den medizinischen Einrichtungen zur Dekolonisierung sich als das Effektivste herausgestellt hat, sowie gegebenenfalls intraorale, parodontologische Maßnahmen

empfohlen werden. Außerdem in welcher Konzen-tration, für welchen Zeitraum und wie häufig die ausgewählte Mundspüllösung Anwendung fin-den sollte.

Da es Hinweise gibt, dass *Staphylococcus aureus* bzw. MRSA nicht nur bevorzugt die Rachen-schleimhaut besiedelt, sondern vor allem in pa-rodontalen Taschen oder an Implantaten eine Nische findet, wäre eine Parodontitis-Therapie oder Oberflächen-Reinigung an Implantaten sinn-voll und müsste in klassischen Sanierungskon-zepten als Therapiemaßnahme aufgenommen werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann man sich bei der Be-kämpfung von *Staphylococcus aureus* und seiner resistenten Form (MRSA) am besten an den Emp-fehlungen des Robert-Koch-Instituts orientieren. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn bundesweit und womöglich auf internationaler Ebene ein konkretes Sanierungskonzept für MRSA existieren würde, um eine weitere Über-tragung der Resistenz zu verhindern. ■

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
des Zahnärzteblattes Baden-Württemberg.
Erstpublikation im ZBW 3/2017

Das Literaturverzeichnis ist
bei der Redaktion erhältlich.
E-Mail: redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de



Foto: privat

ZÄ Kathrin Chmiela

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Klinik für Parodontologie des Zentrums für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Philipps Universität Marburg

Prof. Dr. Nicole Arweiler

Ordinaria und Direktorin
Klinik für Parodontologie des Zentrums für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Philipps Universität Marburg



Foto: privat

Stichtag 30. Juni: Nachweisfrist für die Fortbildungspflicht endet

Rund 1.500 Zahnärzte erhalten in den nächsten Wochen Post von der KZV Rheinland-Pfalz. Sie werden aufgefordert zu bestätigen, dass sie ihrer gesetzlichen Pflicht zur fachlichen Fortbildung nachgekommen sind. Alles Wichtige dazu ist hier zusammengefasst.

Text: Katrin Becker

Was bedeutet Fortbildungspflicht?

Nach § 95d SGB V ist jeder Vertragszahnarzt „verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.“

Jeder Vertragszahnarzt hat alle fünf Jahre gegenüber seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu dokumentieren, dass er dieser Pflicht nachgekommen ist. Das heißt, er muss innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 125 Fortbildungspunkte erreichen und schriftlich nachweisen. Der Nachweiszeitraum beginnt mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit.

Wer ist nachweispflichtig?

Sowohl zugelassene und ermächtigte als auch angestellte Zahnärzte – ganz gleich, ob in Voll- oder Teilzeit tätig – müssen die 125 Fortbildungspunkte belegen. Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten sind hingegen von der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V ausgenommen. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, die in der Regel eine Doppelzulassung als Arzt und Zahnarzt haben, müssen gegenüber der Kassenzahnärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung den Fortbildungsnachweis erbringen.

Welche Fortbildungen werden anerkannt?

In den Fortbildungsnachweis können nur solche Fortbildungen aufgenommen werden, die den Leitsätzen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und

Kieferheilkunde (DGZMK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) entsprechen. Fortbildungen sollen demnach dazu geeignet sein, sowohl fachliche als auch interdisziplinäre Kenntnisse sowie klinisch-praktische Fähigkeiten zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Die Fortbildungsmaßnahmen umfassen zudem die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen, soweit sie auf Patientenführung und Praxismanagement bezogen sind. Ferner schließen sie die Vermittlung von gesetzlichen Angelegenheiten, vertraglichen und berufsrechtlichen Regelungen sowie betriebswirtschaftliche und rechtliche Inhalte der zahnärztlichen Berufsausübung ein. Eine reine produktbezogene Informationsveranstaltung eines Herstellers oder Dentaldepots gilt hingegen nicht als fachliche Fortbildung. Dies trifft auch auf Veranstaltungen zu nicht fachlichen Themen zu.



Leitsätze der BZÄK, der DGZMK und der KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung

oder abrufbar unter www.kzbv.de > Zahnärzte > Qualitätsförderung > Vertragszahnärztliche Fortbildung

Die Leitsätze schließen das Eigenstudium und Online-Seminare ein. Maximal 50 der insgesamt 125 Punkte (sprich zehn Punkte pro Jahr) können für das Selbststudium von Fachliteratur eingereicht werden. Hierfür sind keine Belege erforderlich. Zahnärzte können zudem Punkte anerkennen lassen, die sie in Fortbildungen für Ärzte erworben haben.

Die Fortbildungen werden auf Grundlage des Punkteschemas der BZÄK und der DGZMK bewertet.



Punktbewertung von Fortbildungen nach BZÄK und DGZMK

oder abrufbar unter www.kzbv.de > Zahnärzte > Qualitätsförderung > Vertragszahnärztliche Fortbildung

Wie läuft der Nachweis ab?

Die KZV Rheinland-Pfalz macht ihren Mitgliedern den Nachweis der Fortbildungspflicht so einfach wie möglich. Deshalb schreibt sie jedes Jahr im April/Mai zugelassene und angestellte Zahnärzte an, die in dem entsprechenden Jahr ihrer Nachweispflicht für die vergangenen fünf Jahre nachkommen müssen. Auf einem Formular bestätigt der Zahnarzt, seine Fortbildungspflicht erfüllt zu haben. Dieses Formular ist im Original spätestens bis zum 30.06. des Jahres an die KZV Rheinland-Pfalz zurückzusenden. Fortbildungsbelege und -zertifikate sind zunächst nicht beizufügen. Diese werden erst im Anschluss stichprobenweise überprüft. Die dafür ausgewählten Zahnärzte werden erneut angeschrieben und zur Vorlage ihrer Nachweise aufgefordert. In diesem Zusammenhang ist zu beachten: Fortbildungsbelege sind mindestens ein Jahr nach Abschluss des Fünfjahreszeitraums aufzubewahren.

Wie erfährt der Zahnarzt, ob sein Nachweisformular die KZV Rheinland-Pfalz erreicht hat?

Die KZV Rheinland-Pfalz kontaktiert erneut nur jene Zahnärzte, die ihren Nachweis nicht fristgerecht oder unvollständig erbracht haben oder die für die Stichprobe zur Abgabe der Fortbildungszertifikate ausgewählt wurden. Hört der Zahnarzt nichts mehr von der KZV Rheinland-Pfalz, kann er davon ausgehen, die Fortbildungspflicht erfüllt zu haben. Eine Bescheinigung darüber erhält er nicht.

Welche Besonderheiten gelten für angestellte Zahnärzte?

Angestellte Zahnärzte unterliegen ebenfalls der Fortbildungspflicht und müssen alle fünf Jahre 125 Fortbildungspunkte erwerben. Dabei ist der Beschäftigungsumfang unerheblich. Nachweispflichtig ist jedoch nicht der angestellte Zahnarzt selbst, sondern der jeweilige Arbeitgeber. Er ist dafür verantwortlich, dass der Nachweis termingerecht bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eingereicht wird. Die KZV Rheinland-Pfalz informiert sowohl den angestellten Zahnarzt als auch den Praxisinhaber rechtzeitig über die Frist zum Nachweis.

Was passiert, wenn der Nachweis nicht erbracht werden kann?

Erbringt ein Zahnarzt den erforderlichen Nachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenzahnärztliche Vereinigung per Gesetz verpflichtet, dessen Honorar zu kürzen – für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent. Fehlende Nachweise können innerhalb von zwei Jahren nachgereicht werden, die Honorarkürzung bleibt aber bis zum Ende des Quartals der Vorlage bestehen. Überschreitet der Zahnarzt auch die Zweijahresfrist, droht ihm der Entzug der Zulassung. Bei Berufsausübungsgemeinschaften wird grundsätzlich das Gesamthonorar der Praxis durch die Anzahl der an ihr beteiligten Vertragszahnärzte geteilt und der rechnerische Anteil des Vertragszahnarztes gekürzt, der den Nachweis nicht erbracht hat. Bildet sich ein angestellter Zahnarzt nicht ausreichend fort, wird das Honorar des Arbeitgebers gekürzt. Kann der angestellte Zahnarzt den Nachweis nicht innerhalb von zwei Jahren nachreichen, kann ihm die Genehmigung zur Anstellung entzogen werden.

Sie haben Fragen zur Fortbildungspflicht?

Ihre Ansprechpartnerin bei der KZV Rheinland-Pfalz ist Monika Kunz, Telefon: 06131 / 8927-107, E-Mail: monika.kunz@kzvrlp.de. ■

Pfälzischer Zahnärztetag 2019: Horizonte – neu entdecken



Unter dem Leitmotiv „Horizonte – neu entdecken“ laden die Bezirkszahnärztekammer Pfalz und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz zum Pfälzischen Zahnärztetag ein. Am Samstag, 15. Juni 2019, wird das Hambacher Schloss in Neustadt/Weinstraße abermals die historische Kulisse für berufs- und gesellschaftspolitische Diskussionen sein.

In seinem berufspolitischen Vortrag wird sich Martin Hendges, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, den Perspektiven der Zahnärzte in einer sich wandelnden Versorgungslandschaft und unter Beachtung der aktuellen Gesetzgebung widmen.

Den wissenschaftlichen Block übernimmt in diesem Jahr Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf vom Universitätsklinikum Würzburg. „Präbiotika und Probiotika – die neue Rolle der Ernährung in der Ätiologie der Parodontalerkrankungen“ lautet sein Thema.

Mit ihrem Festvortrag wird Nina Ruge das Programm abrunden. Die bekannte Journalistin, Moderatorin und Autorin wird über den zahnmedizinischen und berufspolitischen Horizont hinaus schauen und den Blick richten auf die spirituelle Intelligenz als Ausgangspunkt für ein neues, sinnorientiertes Bewusstsein.

Bitte merken Sie sich den Termin schon heute vor. Die Einladungen werden in Kürze versendet. Weitere Informationen werden dann auch auf www.bzk-pfalz.de zu finden sein.

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz und der apoBank: Mehr Netto vom Brutto – Steuervorteile für Mitarbeiter

Tank- oder Warengutscheine, ein Jobticket, Weiterbildungskosten oder ein Zuschuss zu gesundheitserhaltenden Maßnahmen – Zahnärzte haben viele Möglichkeiten, ihren Mitarbeitern einen Bonus zu zahlen. Der Vorteil: Der Bonus ist bis zu einer bestimmten Grenze steuer- und sozialabgabenfrei.

Steuerliche Vergünstigungen sind deshalb nicht nur für Mitarbeiter attraktive Alternativen zur Gehaltserhöhung. Auch Sie als Arbeitgeber profitieren: von geringeren Lohnnebenkosten und einer stärkeren Bindung ihrer Mitarbeiter.

Inhaltliche Schwerpunkte:

- » Überblick über die wichtigsten Steuerbefreiungen
- » Wenn dann richtig: Arbeitsvertrag anpassen!
- » Nicht vergessen: Ersparnisse bei Sozialabgaben
- » Variable Vergütungen – ein sinnvolles Instrument?

Das Seminar findet statt am:

Mittwoch, 15. Mai 2019

18:00 bis ca. 19:30 Uhr

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Frauenlobplatz 2

55118 Mainz

Referent:

Dipl.-Kfm. Ludger Holland,

Geschäftsführer, Wirtschaftsprüfer und

Steuerberater, AUDACIA GmbH & Co. KG

Steuerberatungsgesellschaft

Wir bieten Ihnen das Seminar in Kooperation mit der apoBank kostenfrei an. Für Ihre Teilnahme erhalten Sie einen Fortbildungspunkt. Bitte melden Sie sich bei Interesse mit beigefügtem Formular an. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt. Wir freuen uns auf Sie!

Die Zahnärzte in Rheinland-Pfalz trauern um ihren Kollegen

Dr. Eugen Apeldorn

der am 19.03.2019 im Alter von 70 Jahren verstarb.

Die Zahnärzte in Rheinland-Pfalz haben mit Dr. Eugen Apeldorn einen herausragenden Kollegen verloren, der sich mit großem Engagement der Versorgung seiner Patienten widmete.

Er verstand seine Tätigkeit als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie nie als Beruf, sondern immer als Berufung. Kollege Apeldorn arbeitete bis zuletzt in zahlreichen Gremien der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Er war als Gutachter sowohl für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz als auch für die Bezirkszahnärztekammer Koblenz tätig.

Als Mitglied im kieferorthopädischen Arbeitsausschuss der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz waren sein Mitwirken und sein Rat, insbesondere wenn es um die Verbindung von Medizin und Recht ging, von unschätzbarem Wert.

Er war ein hochgeschätzter Kollege, der sein Wissen und seine Erfahrung ganz selbstverständlich an jüngere Kollegen weitergab. Über viele Jahre bot er angehenden Kieferorthopäden die Möglichkeit, in seiner Praxis einen Teil ihrer Weiterbildung zu absolvieren.

Dr. Eugen Apeldorn wird uns sehr fehlen. Wir werden ihn als außergewöhnlichen Menschen in Erinnerung behalten. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Ehefrau und seiner Familie und allen, die ihm nahestanden.

Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Neues Versorgungsgesetz: Punktwertdegression ist passé

Die Zahnärzteschaft hat eine politische Kernforderung durchgesetzt: Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes wird die Punktwertdegression abgeschafft. Am 1. Mai ist es so weit.

Text: Katrin Becker

„**P**aragraf 85 Absatz 4b bis 4f wird aufgehoben.“ Mit diesem kurzen Satz im Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) erfüllt sich eine langjährige Forderung der Zahnärzteschaft: die Abschaffung der Punktwertdegression. Mehr als 25 Jahre unterlagen Vertragszahnärzte – als einzige Gruppe der Leistungsanbieter im deutschen Gesundheitssystem – der Degressionsregelung. Das heißt, dem Zahnarzt wurde der Punktwert nur bis zu einer gesetzlich festgeschriebenen Gesamtpunktmenge voll und ungekürzt ausgezahlt. Bei Überschreitung dieser Menge galt ein degressiver Punktwert. Die dadurch erzielten Honorarkürzungen kamen ausschließlich den Krankenkassen zugute.

In Zeiten, in denen Versorgungseinschnitte auf dem Land drohen, will der Gesetzgeber Anreize für die Niederlassung in strukturschwachen Gegenden schaffen und folgt nun der Argumentation der Zahnärzteschaft. „Die Degressionsregelung hat alle jene Praxen abgestraft, die in großem Umfang zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung beitragen. Insbesondere Zahnärzte in ländlichen und strukturschwachen Regionen, die ein höheres Patientenaufkommen zu bewältigen haben, waren die Leidtragenden. Es ist gut, dass diese leistungsfeindliche, demotivierende und versorgungspolitisch kontraproduktive Regelung endlich der Vergangenheit angehört“, sagt der Vorstandsvorsitzende der KZV Rheinland-Pfalz, Dr. Peter Matovinovic.

Einfluss von Fremdinvestoren wird begrenzt

Des Weiteren hat das TSVG eine Regelung zur Gründung zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren (Z-MVZ) durch Krankenhäuser geschaffen. Die neue Vorgabe richtet sich an Fremdinvestoren, die zuletzt massiv in die zahnärztliche Versorgung eingestiegen sind. Künftig ist die Gründungsbefugnis abhängig von dem Versorgungsgrad eines Planungsbereiches. Ein Krankenhaus darf ein Z-MVZ künftig nur dann gründen, wenn Zahnarztpraxen in Klinikhand in einem Planungsbereich einen Anteil von maximal zehn Prozent an der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht überschreiten. In Regionen, die als unterversorgt gelten (Versorgungsgrad von unter 50 Prozent), liegt diese Grenze bei 20 Prozent. In als überversorgt eingestuften Gebieten (Versorgungsgrad ab 110 Prozent) sinkt die Grenze auf maximal fünf Prozent. Diese Begrenzungen der Versorgungsanteile gelten auch bei einer Erweiterung bestehender Z-MVZ. Für Marcus Koller, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KZV Rheinland-Pfalz, ergibt das Sinn. „Die Neuregelung trägt dazu bei, die Organisationsvielfalt in der zahnärztlichen Versorgung zu erhalten und zugleich die gute Versorgung in der Fläche weiterhin zu gewährleisten“, sagt er.

Indem Fremdinvestoren ein meist defizitäres Krankenhaus übernehmen, werden sie rechtlich in die Lage versetzt, bundesweit Z-MVZ zu gründen und Praxisketten aufzubauen. Sie konzentrieren sich

bei der Bildung von Verbundstrukturen überwiegend auf ohnehin gut versorgte Ballungszentren oder einkommensstarke Regionen und forcieren damit eine Verlagerung der Versorgung vom Land in die Stadt. Des Weiteren hatte eine Auswertung des Abrechnungsgeschehens der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Hinweise geliefert, dass die Versorgung in fremdfinanzierten Z-MVZ teurer ist als in bewährten Praxisformen. Koller dazu: „Es ist offensichtlich, dass Finanzinvestoren mit dem Kauf angeschlagener Krankenhäuser und dem Aufbau von MVZ-Ketten nicht auf die Sicherstellung einer bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung zielen, sondern überwiegend auf Rendite und maximalen Profit.“

Höhere Festzuschüsse ab Oktober 2020

Neben der Abschaffung der Degression werden mit dem TSVG die befundorientierten Festzuschüsse für prothetische Versorgungen erhöht. Zum 1. Oktober 2020 werden sie von derzeit 50 Prozent auf dann 60 Prozent steigen. In der Folge werden die Boni, die Versicherte bei regelmäßiger Inanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen erhalten, von 60 bzw. 65 Prozent auf 70 bzw. 75 Prozent erhöht. In begründeten Ausnahmefällen wird künftig das einmalige Versäumen der Vorsorgeuntersuchung für die Bonusregelung folgenlos bleiben.

Mehrkostenregelung für KFO-Leistungen

Es wird eine Mehrkostenregelung für kieferorthopädische (KFO) Leistungen analog der Mehrkostenregelung bei zahnerhaltenden Maßnahmen geben. Das bedeutet: Wählen Versicherte eine Versorgung über die im BEMA verankerten KFO-Leistungen hinaus, behalten sie zwar ihren gesetzlichen Leistungsanspruch, sie müssen aber die Kosten für die Mehrleistungen selbst tragen. Die Regelung soll Patienten mehr Transparenz und Rechtssicherheit bei der Inanspruchnahme

von KFO-Leistungen geben. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband sind beauftragt, bis spätestens Ende 2022 einen Katalog von Leistungen zu erstellen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Außerdem sollen Formulare für die Vereinbarung von Mehr- und Zusatzleistungen entwickelt werden.

Gutachterverfahren im Gesetz verankert

Das TSVG verankert zudem das bewährte vertragszahnärztliche Gutachterwesen im Sozialgesetzbuch und stellt es somit gleich mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Bislang basierte das Gutachterverfahren durch Vertragszahnärzte allein auf einer Regelung im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte.

Nach langen Verhandlungen hat der Bundestag das TSVG am 14. März 2019 beschlossen. Primäres Ziel des Gesetzes von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ist es, dass gesetzlich versicherte Patienten schneller einen Arzttermin bekommen sollen. Dafür müssen Ärzte künftig mindestens 25 statt 20 Stunden pro Woche für gesetzlich Versicherte anbieten. Zudem muss es bei Frauen-, Augen- und HNO-Ärzten offene Sprechstunden für Patienten ohne Termin geben. Die bereits existierenden Terminservicestellen sollen ebenfalls Termine bei Haus- und Kinderärzten vermitteln. Als Anreiz sollen die Ärzte ein zusätzliches Honorar bekommen, zum Beispiel für das Vermitteln von Patienten an Fachärzte oder für das Behandeln neuer Patienten bzw. in offenen Sprechstunden. Unter Ärzten und Krankenkassen ist das Gesetz umstritten. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung kritisiert überbordende Detailregelungen, die massiv in Praxisabläufe eingriffen und deren Wirksamkeit offen sei. Der Ersatzkassenverband vdek fürchtet allein in der ärztlichen Versorgung Mehrkosten in Höhe von 1,2 Milliarden Euro jährlich. Das TSVG tritt am 1. Mai in Kraft. ■

Arbeitsverträge: Konkurrenzschutzklausel nur mit Karenzenschädigung gültig

Konkurrenzschutzklauseln in Arbeits- oder Gesellschaftsverträgen sind grundsätzlich erlaubt. Gesetzgeber und Rechtsprechung setzen jedoch enge Grenzen. Was müssen Praxisinhaber beachten?

Text: RA Dr. Lars Lindenau, Marco Kranz

Mit einer Konkurrenzschutzklausel – auch nachvertragliches Wettbewerbsverbot genannt – kann ein Arbeitgeber seinem Mitarbeiter oder können die Gesellschafter ihrem Mitgesellschafter vertraglich untersagen, nach dem Ausscheiden in eine konkurrierende Zahnarztpraxis einzutreten. Im zahnärztlichen Sektor sind Regelungen zum Schutz vor Wettbewerb in folgenden Fällen von Bedeutung:

- » Arbeitsvertrag eines angestellten Zahnarztes
- » Praxisübernahmevertrag zwischen Abgeber und Erwerber
- » Ausscheiden eines Zahnarztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder aus einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Arbeitsvertrag eines angestellten Zahnarztes

Während eines bestehenden Arbeitsverhältnisses ist dem angestellten Zahnarzt eine konkurrierende Tätigkeit zu seinem Arbeitgeber auch ohne eine ausdrückliche Vereinbarung untersagt. Rechtfertigung für dieses „ungeschriebene“ Verbot ist die arbeitsvertragliche Rücksichtnahmepflicht. Trotzdem sollten Arbeitsverträge eine Regelung über ein Wettbewerbsverbot während des laufenden Arbeitsverhältnisses enthalten; eine Entschädigung muss der Arbeitgeber dafür selbstverständlich nicht zahlen.

Soll ein nachvertragliches Wettbewerbsverbot auch für die Zeit nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses gelten, muss dies im Arbeitsvertrag ausdrücklich vereinbart werden. Erforderlich ist dafür insbesondere, dass sich der Arbeitgeber dazu verpflichtet, für die Dauer des Wettbewerbsverbots eine sogenannte Karenzenschädigung an seinen früheren Angestellten zu zahlen. Dies ist absolut zwingend, das heißt, wenn keine Karenzenschädigung vereinbart worden ist, ist das Wettbewerbsverbot schon allein deshalb nichtig.

Die Karenzenschädigung ist sozialversicherungsfrei und in der Regel lohnsteuerpflichtig. Die Höhe der Karenzenschädigung entspricht den zuletzt bezogenen vertragsmäßigen Leistungen. Gemeint ist damit das bisherige Arbeitsentgelt zuzüglich Sonderzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld, vermögenswirksa-

me Leistungen, Boni, Essenszuschüsse usw. Der frühere Arbeitgeber kann aber von der Entschädigung das abziehen, was der angestellte Zahnarzt während des laufenden Wettbewerbsverbots aus einer neuen selbstständigen und/oder unselbstständigen Tätigkeit an Einkommen erzielt. Die Karenzenschädigung muss mindestens so hoch sein, dass sie für jedes vereinbarte Jahr die Hälfte der vom ehemaligen Angestellten zuletzt bezogenen vertragsmäßigen Leistungen erreicht. Wird diese Mindesthöhe nicht eingehalten, ist das Wettbewerbsverbot für den früheren Angestellten nur unverbindlich: Er kann sich dann aussuchen, ob er Konkurrent seines früheren Arbeitgebers werden will oder ob er die Entschädigung kassieren möchte.

Die maximal zulässige Dauer des Wettbewerbsverbotes beträgt zwei Jahre. Der Zweijahreszeitraum beginnt an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis endet.

Außerdem muss das Wettbewerbsverbot sachlich und räumlich angemessen sein. Sachlich muss es sich auf das Tätigkeitsspektrum des angestellten Zahnarztes beschränken. Räumlich gesehen darf es sich nur auf den Einzugsbereich der Praxis erstrecken.

Das Wettbewerbsverbot muss außerdem schriftlich vereinbart und von beiden Seiten unterzeichnet werden, gegebenenfalls in einem eigenen Schriftstück gesondert vom Arbeitsvertrag.

Wettbewerbsklauseln bei Praxisübernahme und -ausstieg

Wettbewerbsklauseln können auch relevant werden bei einer Praxisübergabe, bei der der Erwer-

ber vor dem möglichen Wettbewerb des Praxisabgebers geschützt werden soll, oder dann, wenn ein Praxispartner aus einer BAG oder einem MVZ ausscheidet und verpflichtet werden soll, Wettbewerb zu unterlassen.

Der Zweck solcher Verbote ist es nicht, den bisherigen Kollegen als Wettbewerber gänzlich auszuschalten. Deshalb sind Wettbewerbsverbote auch in diesen Fällen in dreifacher Hinsicht zu beschränken: unter sachlichen, zeitlichen und örtlichen Gesichtspunkten.

Sachlich darf zum Beispiel eine Tätigkeit im stationären Sektor nicht verboten werden, wenn die bisherige Tätigkeit ambulant ausgeführt wurde. Ein generelles Tätigkeitsverbot ginge zu weit und wäre nichtig. In einem solchen Fall wäre auch eine „geltungserhaltende Reduktion“ der Regelung, das heißt das - gedankliche - Zurückschneiden der unwirksamen Klausel auf ihren gerade noch zulässigen Inhalt, nicht möglich.

Zeitlich besteht auch hier eine Obergrenze von zwei Jahren ab dem Stichtag der Praxisübergabe bzw. des Ausscheidens des Gesellschafters. Eine geltungserhaltende Reduktion der Regelung ist möglich, wenn zum Beispiel drei Jahre vereinbart wurden.

Örtlich sind die räumlichen Gegebenheiten, das heißt der Einzugsbereich der Praxis, als Kilometergrenze heranzuziehen. Hier bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen haus- und fachärztlichen Praxen oder bei Zahnarztpraxen mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten. Im Falle einer zu weitreichenden räumlichen Ausgestaltung des Wettbewerbsverbotes wäre keine geltungserhaltende Reduktion möglich. Die Rechtsprechung steckt hier sehr enge Grenzen und geht in ihren Entscheidungen kaum über einen Radius von maximal acht bis zehn Kilometern (Luftlinie) hinaus.

Vorsicht walten lassen

Bei Konkurrenzschutzklauseln steckt der Teufel im Detail. Erfahrungsgemäß sind etwa nur 15 bis 20 Prozent der Wettbewerbsverbote überhaupt wirksam vereinbart worden. Häufig sind die Klauseln unwirksam, weil die Karenzentschädigung zu niedrig, die Laufzeit zu lange gesetzt oder das Tätigkeitsverbot räumlich zu weit gefasst ist. Die Unterstützung durch einen Fachanwalt ist daher



Verzicht auf Konkurrenzschutzklausel ist möglich

Nachvertragliche Wettbewerbsverbote sind kein Muss und sollten gut überlegt sein, meint die KZV Rheinland-Pfalz. „Praxisinhaber sollten sich im Klaren sein, dass sie das Verbot nicht umsonst bekommen. Entscheiden Sie sich für ein Wettbewerbsverbot, müssen sie immer eine Entschädigung für die Dauer des Tätigkeitsverbotes an den ehemaligen Mitarbeiter oder Mitgesellschafter zahlen“, sagt der Geschäftsbereichsleiter Recht, Erdmann Schott.

Bei einem arbeitsvertraglich vereinbarten Wettbewerbsverbot hat der Arbeitgeber aber die Möglichkeit, vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf das Wettbewerbsverbot zu verzichten. Wird ein solcher Verzicht rechtzeitig erklärt, entfällt auch die Verpflichtung zur Zahlung der Karenzentschädigung. „Die Möglichkeit einer entsprechenden Verzichtsregelung sollte bereits im Anstellungsvertrag aufgenommen werden“, rät Schott.



Foto: ETL

Dr. Lars Lindenau

ETL Rechtsanwälte GmbH
E-Mail: lars.lindenau@etl.de



Foto: ADVIMED

Marco Kranz

ADVIMED Koblenz Steuerberatungsgesellschaft mbH
E-Mail: marcokranz@advimed-koblenz.de

unabdingbar. Auch lohnt sich ein genauer Blick in den eigenen Vertrag, falls dieser bereits ein Wettbewerbsverbot enthalten sollte. Je älter ein Vertrag ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er das Wettbewerbsverbot nicht mehr rechtsprechungskonform regelt. ■



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz