

# KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN  
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

## **DSGVO: Neue Regeln für den Datenschutz**

### **Fortbildung**

Probiotika in der  
PAR-Therapie

### **Abrechnung**

Behandlung von  
Parodontopathien

### **Praxis**

Mediation: Methode  
zur Konfliktauflösung

## Position

- 3 Viel Aufwand, wenig Nutzen?

## Fokus

- 4 Datenschutzgrundverordnung: Neue Regeln zum Datenschutz in der Praxis

## Abrechnung

- 10 Behandlung von Parodontopathien: Leitfaden zur Abrechnung

## Fortbildung

- 12 Paradigmenwechsel? Probiotika in der PAR-Therapie

## Rundschreiben

- 15 Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

## Fortbildung

- 19 Paradigmenwechsel? Probiotika in der PAR-Therapie (Fortsetzung)

## Aktuell

- 23 Odontogene Infektionen: Leitlinie wurde aktualisiert

## Praxis

- 24 Streitschlichtung: Mediation als Methode zur Konfliktauflösung
- 27 Mediation in der Zahnarztpraxis: „Eine Mediation hat keine Verlierer“

## Fortbildung

- 30 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz und der apoBank

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

### 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: @ kras99 / fotolia.de

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.

# Viel Aufwand, wenig Nutzen?

Die Europäische Datenschutzgrundverordnung – für die einen ein Meilenstein einer modernen, länderübergreifenden Datenschutzpolitik, für die anderen eine bürokratische Katastrophe. Selbst Juristen fällt es schwer, das 88-seitige Werk mit seinen 99 Artikeln im Detail nachzuvollziehen und die Folgen für Unternehmen vollständig abzusehen. Wie so häufig dürfte auch hier die Wahrheit in der Mitte liegen. Und wie so oft wird sich erst in der Praxis zeigen, welche Vorkehrungen Unternehmen tatsächlich treffen müssen.

Wir leben in Zeiten von Big Data. Schon heute werden große Datenmengen über die vernetzte, grenzenlose Welt des Internets nahezu in Echtzeit gesammelt und verarbeitet. Auch ganz persönliche Daten, die meist sorglos preisgegeben werden. Der Datenschutz muss sich daran anpassen. Am Recht auf Privatsphäre und auf informationelle Selbstbestimmung führt auch im digitalen Zeitalter kein Weg vorbei. Der Einzelne muss Transparenz und Kontrolle darüber haben, wer seine Daten wie nutzt. Denn eines ist klar: Daten sind Macht. Wer über sie verfügt, verfügt über den Rohstoff des 21. Jahrhunderts.

Mit einzelnen Klauseln der Grundverordnung schießt die EU allerdings über das eigentlich wichtige Ziel hinaus. Zwar nimmt sie Großkonzerne und US-Internetgiganten ins Visier. Dass Letztere es mit dem Datenschutz nicht immer allzu genau nehmen, zeigt die jüngste Datenleck-Affäre beim sozialen Netzwerk Facebook, in der Millionen Nutzerprofile für Wahlkampfzwecke angezapft wurden. Doch die strengen Dokumentations-

regeln und umfangreichen Informationspflichten der Grundverordnung – rund 120 an der Zahl – gelten eins zu eins für Klein- und Mittelständler. Auch Verbände, Handwerksbetriebe und Vereine sind künftig verpflichtet, ihren Mitgliedern und Kunden Rechenschaft über die von ihnen verarbeitenden Daten abzulegen. Selbst Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, die bereits ein sehr hohes Sicherheitsniveau im Einklang mit dem bisherigen deutschen Datenschutzrecht einhalten, bekommen die komplizierten Vorgaben auferlegt. Hohe Bußgelder inklusive.

Die Kritik an der Datenschutzgrundverordnung wundert deshalb nicht. Eine Mehrheit der Unternehmen sieht organisatorische, personelle und finanzielle Belastungen auf sich zukommen. Nur eine Minderheit rechnet damit, dass sich die Regelungen positiv auf die eigenen Geschäfte auswirken. Darüber hinaus droht, dass wir uns im Klein-Klein verrennen und das übergeordnete Ziel des Datenschutzes aus den Augen verlieren. Die überbordenden Informationspflichten werden wohl in ellenlangen Belehrungen und Einverständniserklärungen enden, die Patienten, Mitglieder oder Kunden absegnen, ohne sie aufmerksam gelesen zu haben. Viel Aufwand also bei wenig Nutzen?

Ihr



Joachim Stöbener  
stv. Vorsitzender des Vorstandes



„Mit einzelnen Klauseln der  
Datenschutzgrundverordnung  
schießt die EU über  
das Ziel hinaus.“

# Datenschutzgrundverordnung: Neue Regeln zum Datenschutz in der Praxis

Stichtag 25. Mai 2018 – ab dann gilt die Europäische Datenschutzgrundverordnung. Die DSGVO wird den Datenschutz europaweit einheitlich regeln. Davon betroffen ist jedes Unternehmen, das Personendaten von EU-Bürgern verarbeitet. Was bedeutet das für Zahnarztpraxen?

Text: RA Joachim Stöbener, stv. Vorsitzender des Vorstandes

Ziel der DSGVO ist es, europaweit ein einheitliches Datenschutzniveau zu erreichen sowie den Datenschutz an die fortschreitende Digitalisierung und Globalisierung anzupassen. Die Verordnung greift, sobald persönliche Daten von EU-Bürgern verarbeitet werden. Personenbezogene Daten sind alle Informationen, durch die sich eine natürliche Person identifizieren lässt. Für die Zahnarztpraxis heißt das: Die DSGVO schützt neben Patientendaten auch Daten von Mitarbeitern und Dienstleistern bzw. Lieferanten.

## Schärfere Haftung bei Verstößen

Die DSGVO erfindet den Datenschutz nicht neu. Aus dem deutschen Datenschutzrecht bekannte Grundsätze wie Datensparsamkeit und Zweckbindung bleiben erhalten. Sie werden aber um

neue Prinzipien wie die Rechenschaftspflicht erweitert. Dies führt dazu, dass datenverarbeitende Unternehmen (die DSGVO nennt sie „Verantwortliche“) künftig umfangreichere Informations- und Dokumentationspflichten erfüllen müssen. Das gilt für Großkonzerne ebenso wie für Kleinbetriebe wie Zahnarztpraxen. Geschieht das nicht, müssen Unternehmer mit empfindlichen Geldbußen rechnen. Schon bei leichteren Verstößen gegen die DSGVO drohen Bußgelder in Höhe von zwei Prozent des Jahresumsatzes oder bis zu zehn Millionen Euro. Bei schweren Verstößen sieht die DSGVO Bußgelder bis zu 20 Millionen EUR oder bis zu vier Prozent des Jahresumsatzes vor. Wichtig zu wissen: Es gibt keine Schonfrist! Mit Inkrafttreten der Verordnung am 25. Mai 2018 sollten Zahnarztpraxen ihre Prozesse an das neue Datenschutzrecht angepasst haben.



## Hintergrund: Die DSGVO

Die Europäische Datenschutzgrundverordnung regelt die personenbezogene Datenverarbeitung in der Europäischen Union. Sie ist am 24. Mai 2016 in Kraft getreten und ab dem 25. Mai 2018 wirksam. Die DSGVO ersetzt die aus dem Jahr 1995 stammende Richtlinie 95/46/EG zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr.

Das Besondere an der Verordnung ist, dass sie unmittelbar in allen EU-Mitgliedstaaten gilt. Das heißt, sie ersetzt in weiten Teilen nationales Recht. Allerdings lässt die DSGVO an einigen Stellen nationale Regelungen zu (Öffnungsklauseln), bzw. sie erteilt den Mit-

gliedstaaten konkrete Regelungsaufträge. Es wird deshalb weiterhin ein Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Landesdatenschutzgesetze sowie bereichsspezifische nationale Gesetze geben. Die nationalen Regelungen müssen aber mit der DSGVO im Einklang stehen. So hat der Bundesgesetzgeber mit dem Datenschutz-Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz das BDSG neugefasst, das ebenfalls am 25. Mai 2018 wirksam wird. Zudem soll es in Rheinland-Pfalz ein neues Landesdatenschutzgesetz geben.

## Grundsätze der DSGVO

---

Folgende Datenschutzgrundsätze müssen eingehalten werden:

### 1. Verbot mit Erlaubnisvorbehalt

Grundsätzlich ist eine Datenverarbeitung verboten, da sie ins Persönlichkeitsrecht eingreift. Nur, wenn sie gesetzlich erlaubt ist oder wenn die betroffene Person eingewilligt hat, dürfen deren Daten verarbeitet werden.

### 2. Rechtmäßigkeit

Die Verarbeitung von Daten ist dann rechtmäßig, wenn sie auf einer entsprechenden Grundlage beruht (Rechtsgrundlage, Einwilligung usw.) und diese auch den Zweck der Verarbeitung beschreibt.

### 3. Transparenz

Die betroffene Person muss wissen, wer welche Daten für welchen Zweck verarbeitet. Daher räumt die DSGVO umfangreiche Betroffenenrechte wie Informationspflichten oder wie das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung ein.

### 4. Zweckbindung

Die Daten dürfen nur für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Ausnahmen sind vorgesehen für Zweckänderungen, die aber mit dem ursprünglichen Zweck eng zusammenhängen.

### 5. Datenminimierung

Es dürfen nur die Daten verarbeitet werden, die für das Erreichen des Zwecks notwendig sind.

### 6. Richtigkeit

Die Daten müssen aktuell und richtig sein, andernfalls müssen sie berichtigt oder gelöscht werden.

### 7. Speicherbegrenzung

Bei der Frage, wann Daten nicht mehr benötigt und gelöscht werden können, gilt der Grundsatz der Datensparsamkeit. Zudem sind alle Möglichkeiten zur Anonymisierung von Daten zu nutzen.

### 8. Integrität und Vertraulichkeit

Die DSGVO bindet den Datenschutz sehr stark an die Technik: IT-Verfahren müssen darauf ausgerichtet sein, möglichst wenig personenbezogene Daten verarbeiten zu können.

### 9. Rechenschaftspflicht

Das datenverarbeitende Unternehmen ist verantwortlich für den Datenschutz. Hierfür braucht es ein Datenschutzmanagement, das von der Betriebsgröße sowie der Art und der Menge der verarbeiteten Daten abhängt. Das heißt, auch Kleinbetriebe wie Zahnarztpraxen müssen ein Mindestmaß an Dokumentation leisten, um die Einhaltung des Datenschutzes und der vorangegangenen Grundsätze nachweisen zu können.

## Wann ist die Datenverarbeitung erlaubt?

---

Genauso wie unter dem BDSG wird auch unter der DSGVO das sogenannte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gelten: Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist nur zulässig, wenn die betroffene Person eingewilligt hat oder eine gesetzliche Vorschrift dies erlaubt. Welche Folgen hat das insbesondere für die Patientenversorgung?

Im Rahmen der Behandlung beruht die Datenverarbeitung meist auf einer gesetzlichen Grundlage, sodass es keiner ausdrücklichen Einwilligung des Patienten zur Verarbeitung seiner persönlichen Daten bedarf. Mit dem Aufsuchen der Praxis zur Behandlung willigt er bereits ein. Diese Daten dürfen allerdings nicht für andere Zwecke genutzt werden. Sollen sie zum Beispiel an Dritte zur Abrechnung weitergeleitet oder zu Marketingzwecken genutzt werden, muss der Patient explizit einwilligen.

Neu wird sein, dass künftig „formfrei“ in die Datenverarbeitung eingewilligt werden kann, also auch mündlich. Es wird genügen, wenn der Patient unmissverständlich, zum Beispiel durch ein Nicken, sein Einverständnis bekundet. Damit der Praxisinhaber die Einwilligung jederzeit nachweisen kann, ist es allerdings ratsam, sie schriftlich auf einem separaten Formular einzuholen. Dieses wird der Patientenakte beigelegt. Dabei ist zu beachten, dass eine Einwilligung nur dann wirksam ist, wenn sie freiwillig geschehen ist, die betroffene Person über den Zweck der Datenverarbeitung informiert und sie auf die Möglichkeit des Widerrufs hingewiesen wurde (Näheres unter „Informationspflichten“).

## Kontakt zur Datenschutzbehörde

Dieser Artikel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Er soll einen ersten allgemeinen Überblick über die neuen gesetzlichen Datenschutzregelungen und deren Folgen für die Zahnarztpraxis geben. Welche Auswirkungen die DSGVO auf die einzelne Zahnarztpraxis tatsächlich haben wird, hängt vom bereits bestehenden Datenschutzstandard in der Praxis ab. Zudem können offene Fragen, die mit Inkrafttreten der DSGVO aufkommen, erst nach und nach beantwortet werden. Hier werden insbesondere die Datenschutzbehörden gefragt sein. Im Zweifel gilt: Sprechen Sie die für Rheinland-Pfalz zuständige Behörde an:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz  
Postfach 30 40  
55020 Mainz

Telefon: 06131/208-2449  
Telefax: 06131/208-2497  
E-Mail: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)  
[www.datenschutz.rlp.de](http://www.datenschutz.rlp.de)

## Pflichten der Praxis zum Datenschutzmanagement und zur Dokumentation

Die Rechenschaftspflicht ist, wie erwähnt, ein tragendes Grundprinzip der DSGVO. Demnach müssen datenverarbeitende Stellen nicht nur rechtmäßig, sorgsam und sicher mit personenbezogenen Daten umgehen, sondern sie müssen das auch jederzeit der Datenschutzbehörde (siehe oben) auf Nachfrage nachweisen können. Was müssen Zahnarztpraxen dafür tun?

### 1. Datenschutzbeauftragten benennen

Sind mindestens zehn Personen in der Praxis mit der Datenverarbeitung beschäftigt, muss ein Datenschutzbeauftragter benannt werden. Für die Berechnung werden alle Praxismitarbeiter berücksichtigt, auch Auszubildende und Teilzeitkräfte. Ausgenommen sind Reinigungskräfte. Diese „10-Personen-Regel“ gilt für jede Praxisform (Einzelpraxis, Berufsausübungs- oder Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum). Unabhängig von dieser Regel kann ein Datenschutzbeauftragter freiwillig benannt werden. Bei einer umfangreichen Verarbeitung von Daten ist ebenfalls ein Datenschutzbeauftragter zu benennen, wobei der Begriff „umfangreich“ bislang nicht konkretisiert ist. Einzelpraxen sind nach derzeit herrschender Meinung nicht dazu verpflichtet. Die Aufgabe des Datenschutzbeauftragten kann ein Mitarbeiter oder auch ein externer Beauftragter übernehmen. Der Datenschutzbeauftragte ist der Praxisleitung unterstellt, aber weisungsunabhängig. Er überwacht die Datenverarbeitung in der Praxis, unterrichtet und berät die Praxisleitung und wirkt auf die Einhaltung des Datenschutzrechts und der Datenschutzmaßnahmen hin. Zudem soll er die Mitarbeiter sensibilisieren und schulen. Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind betriebsintern und -extern auf der Internetseite zu veröffentlichen und der Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Er ist zudem der Ansprechpartner für die Datenschutzbehörde.

### 2. Verzeichnisse von Verarbeitungstätigkeiten aufstellen

Die DSGVO verpflichtet Zahnarztpraxen, jegliche Datenverarbeitung zu dokumentieren. Dazu müssen sie Verzeichnisse über alle Verfahren führen, mit denen Daten verarbeitet werden. Wesentliche

Verarbeitungstätigkeiten sind zum Beispiel:

- » Personalverwaltung
- » Verarbeitung von Patientendaten zur Behandlung
- » Verarbeitung von Patientendaten zur Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung bzw. die Private Verrechnungsstelle
- » Betrieb der Internetseite mit Möglichkeit der Online-Terminbuchung
- » usw.

Die Verzeichnisse müssen der Aufsichtsbehörde jederzeit zur Verfügung gestellt werden. Sie müssen schriftlich oder elektronisch, zum Beispiel als Word- oder Exceldatei, geführt werden und folgende Angaben enthalten:

- » Kontaktdaten der Praxis und ggf. des Datenschutzbeauftragten
- » der Zweck der Datenverarbeitung (zum Beispiel Patientenbehandlung, Arbeitszeiterfassung, Gehaltsabrechnung)
- » die Personenkreise, deren Daten verarbeitet werden (Patienten, Mitarbeiter, Dienstleister)
- » die Art der verarbeiteten Daten
- » die Empfänger der Daten (Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen, private Abrechnungsstellen, Banken etc.)
- » die Übermittlung von Daten in Länder außerhalb der EU (zum Beispiel bei Nutzung von Webmail- oder Cloud-Diensten)
- » die vorgesehenen Fristen für die Löschung der Daten. Hier sind präzise Angaben gefordert, ein Verweis auf gesetzliche Aufbewahrungsfristen genügt nicht.
- » technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz

**Tip:** Musterverzeichnisse von Verarbeitungstätigkeiten gibt es auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de). Die dort

bereitgestellten Informationen werden ständig aktualisiert.

### 3. Schutzmaßnahmen ergreifen

Welche technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Wahrung des Datengeheimnisses ergriffen werden müssen, konkretisiert die DSGVO ebenfalls:

- » Verschlüsselung personenbezogener Daten zur Vermeidung unbefugter Zugriffe
- » Pseudonymisierung personenbezogener Daten zur Vermeidung einer missbräuchlichen Nutzung
- » Gewährleistung der Integrität, Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der IT-Systeme und Dienste
- » Wiederherstellbarkeit der Daten nach technischen Zwischenfällen
- » regelmäßige Überprüfungen der Systeme und der Schutzmaßnahmen

In der Regel erfüllen Zahnarztpraxen diese Anforderungen bereits. Dennoch ist es ratsam, das praxisinterne Sicherheitskonzept mithilfe von IT-Experten auf den Prüfstand zu stellen und bei Bedarf zu aktualisieren.

Darüber hinausgehend fordert die DSGVO unter Umständen die Durchführung einer Datenschutzfolgeabschätzung. Dies ist dann der Fall, wenn aufgrund der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung ein voraussichtlich hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen besteht. Nach derzeit herrschender juristischer Auffassung sind Praxen mit einem Behandler hiervon jedoch nicht betroffen (Artikel 35 DSGVO, Erwägungsgrund 91).

### Erweiterte Informationspflichten und Auskunftsrechte

Die Bürger sollen mehr Transparenz darüber erhalten, wer welche ihrer Daten nutzt. Dafür räumt ihnen das neue Datenschutzrecht umfangreichere Auskunftsrechte ein. Gleichzeitig müssen datenverarbeitende Stellen strengere Informationspflichten erfüllen.

Folgende Angaben müssen Zahnarztpraxen machen:

- » Kontaktdaten der Praxis und ggf. des Datenschutzbeauftragten
- » Zwecke der Datenverarbeitung; neu: auch jegliche Zweckänderung
- » Personenkreise, deren Daten verarbeitet werden, zum Beispiel Patienten, Mitarbeiter, Dienstleister
- » Empfänger der Daten, zum Beispiel Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen, private Abrechnungsstellen, Banken
- » Übermittlung von Daten in Länder außerhalb der EU (zum Beispiel bei der Nutzung von Webmail- oder Cloud-Diensten)

### Sichere Daten: Basisschutz in der Zahnarztpraxis

- 
- » **Physischer Schutz:** Die Aktenschränke und Serverräume sind stets verschlossen.
  - » **Passwortschutz:** Alle Computer haben einen Passwortschutz. Innerhalb kürzester Zeit schalten sich Bildschirmschoner ein. Die Bildschirme sind so aufgestellt, dass Patienten Daten nicht einsehen können.
  - » **Benutzerverwaltung:** Sie haben festgelegt, welcher Mitarbeiter wann auf welche Daten zugreifen darf.
  - » **Datenschutzbeauftragter:** Sie beschäftigen zehn Mitarbeiter und mehr haben einen Datenschutzbeauftragten benannt.
  - » **Datenportabilität:** Patientendaten verlassen Ihre Praxis nur verschlüsselt.
  - » **IT-Sicherheit:** Sie verwenden immer eine aktuelle Virenschutz-Software und eine Firewall.
  - » **Dienstleister:** Ihre Dienstleister haben sich zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.
  - » **Mitarbeiter:** Ihre Mitarbeiter sind im Datenschutz geschult und dafür sensibilisiert, wie sie in der Kommunikation mit den Patienten die Vertraulichkeit wahren.

- » geplante Speicherdauer der Daten
- » datenschutzrechtliche Ansprüche der betroffenen Personen: Auskunfts-, Berichtigungs-, Löschungs-, Einschränkung- und Widerspruchsrechte sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit und auf Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde
- » Recht des Betroffenen auf Widerruf einer Einwilligung
- » Benachrichtigung bei Datenschutzverletzungen

Datenverarbeitende Unternehmen müssen ihren Informationspflichten aktiv nachkommen und sämtliche Rechtstexte (Einwilligungstexte, Datenschutzinformationen, Allgemeine Geschäftsbedingungen etc.) daraufhin anpassen. Im Gegensatz dazu steht das in der DSGVO normierte Auskunftsrecht, bei dem betroffene Personen von sich aus aktiv eine Auskunft verlangen können, ob und welche ihrer persönlichen Daten verarbeitet werden. Das Unternehmen muss die Auskunft grundsätzlich innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags erteilen.

**Tipp:** Informationen über die Datenverarbeitung in der Praxis können schriftlich oder elektronisch gegeben werden. Sie sollen präzise, transparent und leicht verständlich sein. Unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) findet sich ein Muster für eine Patienteninformation. Sie sollte im Wartezimmer ausgelegt und zusätzlich jedem Alt- und Neupatienten ausgehändigt werden. Dies sollte in der Patientenakte vermerkt werden.

Infolge der neuen Informationspflichten müssen auch die Datenschutzerklärungen auf Webseiten geprüft und möglicherweise überarbeitet werden. Zahnarztpraxen sollten insbesondere auf Folgendes achten:

- » Die Datenschutzerklärung muss den Namen und die Kontaktdaten (Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefon, Fax) der Praxis enthalten. Sofern ein Datenschutzbeauftragter benannt ist, sind auch seine Kontaktdaten, aber nicht der Name, zu nennen.
- » Für jede Funktion auf der Webseite, die personenbezogene Daten nutzt, muss separat der Zweck der Datenverarbeitung benannt werden.
- » Werden Daten an Dritte übermittelt, müssen diese entweder namentlich aufgeführt werden oder es müssen zumindest die Empfängergruppen, zu denen diese Dritten gehören, genannt werden, zum Beispiel Krankenkassen oder Abrechnungsstellen. Werden Daten ins EU-Ausland übermittelt, muss die Datenschutzerklärung hierüber ebenfalls informieren.
- » Die Datenschutzerklärung sollte von jeder Seite der Webseite abrufbar sein.
- » Die Datenschutzerklärung muss leicht verständlich formuliert sein.
- » Der Seitenbetreiber muss über den Einsatz von Cookies informieren und die Möglichkeit des „Opt-out“ geben, sodass ein Nutzer nicht mehr nachverfolgt werden kann. Verwendet er ein Analysetool wie Google Analytics, muss er die Nutzer auch das wissen lassen.

## Was ändert sich in der Auftragsverarbeitung?

Schon heute ist es gang und gäbe, dass Zahnarztpraxen bei der Datenverarbeitung mit Dienstleistern zusammenarbeiten, zum Beispiel mit IT-Dienstleistern, zahntechnischen Laboren oder mit Abrechnungsstellen und Lohnbüros. Daten werden in solchen Fällen bereits im Auftrag auf vertraglicher Basis genutzt. Die Auftrags(daten)verarbeitung wird es auch unter der DSGVO geben.

Das neue Recht gestaltet die Datenverarbeitung im Auftrag nicht grundlegend um. Die Auftragnehmer („Auftragsverarbeiter“) müssen weiterhin sorgfältig ausgewählt werden. Der Auftraggeber darf nur solche Dienstleister beauftragen, die garantieren können, im Einklang mit der DSGVO das Datengeheimnis zu wahren. Als Garantien können Verhaltensregeln oder Zertifizierungen des Auftragsverarbeiters dienen. Der Auftragsverarbeiter darf Daten nur im vereinbarten Rahmen nutzen und er muss geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz treffen. Verträge über die Auftragsverarbeitung müssen zwar schriftlich geschlossen werden. Künftig genügt es jedoch, wenn sie in elektronischer Form (ohne Originalunterschrift) vorliegen. Bestehende Verträge können fortbestehen. Der Praxisinhaber sollte aber überprüfen, ob sie konform mit dem neuen Datenschutzrecht sind.

Unter der DSGVO bleibt der Auftraggeber insgesamt verantwortlich für die Datenverarbeitung. Die Auftragsverarbeiter werden allerdings stärker als bisher in die Verantwortung genommen. Auch sie haften künftig bei Datenpannen, etwa wenn personenbezogene Daten durch einen Hacker-Angriff, durch Verlust eines Datenträgers oder eines mobilen Endgeräts in die Hände von unbefugten Dritten gelangt sind.

Was muss ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung beinhalten?

- » Gegenstand und Dauer der Vereinbarung
- » Art und Zweck der Datenverarbeitung
- » Art der personenbezogenen Daten und Kategorien betroffener Personen
- » Weisungsbefugnisse des Auftraggebers
- » Verpflichtung zur Vertraulichkeit des Auftragsverarbeiters
- » Sicherstellung von technischen und organisatorischen Maßnahmen

- » Unterauftragsverhältnisse mit Subunternehmern
- » Unterstützung des Auftraggebers bei der Meldepflicht bei Datenschutzverletzungen
- » Datenrückgabe oder -löschung nach Abschluss der Auftragsverarbeitung
- » Kontrollrechte des Auftraggebers und Duldungspflichten des Auftragsverarbeiters
- » Pflicht des Auftragsverarbeiters, den Auftraggeber zu informieren, falls eine Weisung gegen Datenschutzrecht verstößt

Zwei weitere Hinweise:

- » Mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung muss kein Vertrag über die Auftragsverarbeitung geschlossen werden.
- » Das „Hosting“ einer Internetseite auf einem externen Server fällt nur dann unter die Auftragsverarbeitung, wenn auf dem externen Server die IP-Adressen der Nutzer gespeichert oder wenn über ein Kontaktformular personenbezogene Daten der Nutzer (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer etc.) abgefragt werden.

**Tip:** Ein Vertragsmuster für die Auftragsverarbeitung findet sich auf [www.datenschutz.rlp.de](http://www.datenschutz.rlp.de).

## Weitere Regelungen der DSGVO

Die DSGVO konkretisiert zudem folgende Sachverhalte:

### Meldepflicht bei Datenschutzverstößen

Jeder Verstoß gegen das Datenschutzrecht muss künftig binnen 72 Stunden nach Bekanntwerden an die zuständige Datenschutzbehörde gemeldet werden. Die Meldung muss die Art des Datenschutzverstoßes und der Daten sowie die Art und Zahl der betroffenen Personen enthalten. Zudem muss der Datenschutzbeauftragte samt Kontaktdaten oder – wenn nicht benannt – eine andere Anlaufstelle, idealerweise der Praxisinhaber, genannt werden. Nicht fehlen darf eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen und der ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen, um die Verletzung des Datenschutzes zu beheben oder abzumildern.

### Einwilligungsalter

Eine Einwilligung in die Datenverarbeitung ist erst ab einem Alter von 16 Jahren möglich. Zuvor bedarf es der Zustimmung der Eltern. Eine nachträgliche Genehmigung wird ausdrücklich ausgeschlossen.

### Recht auf „Vergessenwerden“

Eine Person kann die Löschung ihrer Daten, auch im Internet, verlangen. Das ist der Fall, wenn der Zweck der Verarbeitung entfällt, die Person der Verarbeitung widerspricht, die Datenverarbeitung unrechtmäßig ist oder eine Pflicht des Unternehmens zur Löschung der Daten besteht.

### Beschwerden

Bürger können sich ab Mai 2018 bei einer Datenschutzbehörde ihrer Wahl beschweren, wenn sie glauben, dass bei der Verarbeitung der Schutz ihrer persönlichen Daten verletzt wurde. Dafür stellen die Aufsichtsbehörden zum Beispiel ein Beschwerdeformular zur Verfügung.

## Fazit: Erste Schritte zur Umsetzung der DSGVO

Der Datenschutz bleibt auch unter der DSGVO Chefsache. Praxisinhaber sollten sich intensiv mit den Neuerungen des Datenschutzrechts auseinandersetzen und die bestehenden Prozesse, mit denen Daten in ihrer Praxis verarbeitet werden, kritisch prüfen und an die DSGVO anpassen. Insbesondere sollten sie zunächst

- » prüfen, ob sie einen Datenschutzbeauftragten benötigen und diesen gegebenenfalls benennen,
- » eine Bestandsaufnahme durchführen, welche Daten in der Praxis verarbeitet werden und daraufhin ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten aufstellen sowie
- » alle verwendeten Formulare wie Einwilligungserklärungen, Datenschutzinformationen, Anamnesebogen und Verträge mit Dritten prüfen und möglicherweise an die neuen Datenschutzanforderungen anpassen.
- » Nicht vergessen werden dürfen die Praxismitarbeiter. Sie sollten für die neuen Vorgaben sensibilisiert und gegebenenfalls geschult werden. ■

## Weitere Informationen

Aktuelle Informationen und Arbeitshilfen wie Kurzpapiere zu einzelnen Fragestellungen oder einen Fragen-Antworten-Katalog bietet der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz auf seiner Internetseite [www.datenschutz.rlp.de](http://www.datenschutz.rlp.de) an. Orientierung und Hinweise gibt auch die Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt“ unter [www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de](http://www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de).

Derzeit überarbeiten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer ihren „Datenschutz- und Datensicherheitsleitfaden für die Zahnarztpraxis-EDV“.

Die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz hat die rechtlichen Neuerungen in das Zahnärztliche Qualitätsmanagement-System (Z-QMS) integriert.

# Behandlung von Parodontopathien: Leitfaden zur Abrechnung

Bei der Abrechnung von Parodontalerkrankungen gibt es einige Fallstricke. Damit die Behandlungskosten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, müssen bestimmte Voraussetzungen eingehalten werden. Ein Leitfaden.

Text: Marita Gablonsky, Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung

## Vorbereitende Maßnahmen

- » Eingehende Untersuchung des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs, einschließlich Dokumentation der erhobenen Befunde  
**BEMA-Nr. 01**
- » Erhebung des PSI-Codes zum orientierenden Überblick über das Vorliegen und/oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf  
**BEMA-Nr. 04**
- » Aufklärungsgespräch über Ursachen, Therapiemöglichkeiten, Folgen bei Nichtbehandlung
- » ggf. Erhebung eines Indexes zur Evaluation des Hygienestatus
- » Durchführung der notwendigen konservierend-chirurgischen Behandlung  
**BEMA-Leistungen KCH**
- » Entfernung von Plaque, Zahnstein und fest haftenden Belägen  
**BEMA-Nr. 107, ggf. GOZ-Nr. 4050 und 4055**  
(nach entsprechender Vereinbarung)
- » Professionelle Zahnreinigung  
**GOZ-Nr. 1040**  
(nach entsprechender Vereinbarung)
- » Mundhygieneaufklärung und Anleitung (Mundhygienestatus)  
**GOZ-Nr. 1000**  
(nach entsprechender Vereinbarung)

## Vorbehandlung

Voraussetzungen für eine Parodontitistherapie sind gemäß den Behandlungsrichtlinien

- » Fehlen von Zahnstein
- » Fehlen sonstiger Reizfaktoren
- » Sicherung der Compliance des Patienten
- » Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene

Bei ausreichender Mitarbeit des Patienten können folgende Maßnahmen der Vorbehandlung anfallen:

- » Durchführung einer vollständigen Röntgendiagnostik (aktuelle Röntgenaufnahmen, grundsätzlich nicht älter als sechs Monate, sind erforderlich)

**BEMA-Nr. Ä 925 a-d bzw. Ä 935d**

- » Kontrolle des Übungserfolgs  
**GOZ-Nr. 1010**  
(nach entsprechender Vereinbarung)

- » Gingivalindex  
**GOZ-Nr. 4005**  
(nach entsprechender Vereinbarung)

- » Lokale medikamentöse Behandlung  
**BEMA-Nr. 105**

- » Entfernung der Fremdreize am Parodontium  
**BEMA-Nr. 106**

Hinweis: Die BEMA-Abrechnungsbestimmungen sind zu beachten. Die GOZ-Leistungen müssen mit dem Patienten privat vereinbart werden.

## Antragstellung

- » Erstellen des Parodontalstatus Blatt 1 und 2
- » Genehmigung des Kostenträgers einholen

## Therapie

Voraussetzung: Genehmigung des Kostenträgers liegt vor.

- » ggf. Einschleifmaßnahmen (entsprechende Dokumentation)
- » in der Regel zunächst eine geschlossene Therapie, erst danach eine offene Therapie (individuelle Dokumentation)
- » Nachbehandlung (entsprechende Dokumentation)

- » Abrechnung der Behandlung (Dokumentation des Abschlussdatums)
- » Recall-System zur Sicherung des Behandlungserfolgs (Einverständnis des Patienten einholen)
- » innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des geschlossenen Vorgehens ggf. Therapieergänzung beantragen

## Erläuterungen zur Therapieergänzung

- » Beantragung auf Blatt 1 des Parodontalstatus
- » Dreimonatsfrist beachten: Beantragung einer Therapieergänzung ist nur innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des geschlossenen Vorgehens möglich
- » offenes Vorgehen nach vorheriger geschlossener Behandlung für einzelne Parodontien, wenn Sondierungstiefen von mehr als 5,5 mm bei der ersten Erhebung des PAR-Status vorlagen
- » gilt nur für Leistungen P202, P203, BEMA-Nr. 111
- » Krankenkasse kann Gutachterverfahren einleiten

## Abrechnung

| BEMA-Nr.  | Punkte    | abrechenbar   |
|---|-----------|---|
| <b>4</b><br>Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums | <b>39</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» 1 x je Behandlungsfall</li> <li>» genehmigungspflichtig</li> </ul>   |
| <b>108</b><br>Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kau-<br>ebenenausgleich zur Entlastung                                  | <b>6</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>» je Sitzung</li> <li>» genehmigungspflichtig</li> </ul>   |
| <b>P 200</b><br>Systematische Behandlung von Parodontopathien, geschlossenes Vorgehen   | <b>14</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» für einwurzelige Zähne</li> <li>» einmal je Parodontium</li> <li>» genehmigungspflichtig</li> <li>» ab Sondiertiefe von 3,5 mm</li> </ul>  |
| <b>P 201</b><br>Systematische Behandlung von Parodontopathien, geschlossenes Vorgehen   | <b>26</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» für mehrwurzelige Zähne</li> <li>» einmal je Parodontium</li> <li>» genehmigungspflichtig</li> <li>» ab Sondiertiefe von 3,5 mm</li> </ul>   |
| <b>P 202</b><br>Systematische Behandlung von Parodontopathien, offenes Vorgehen   | <b>22</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» für einwurzelige Zähne</li> <li>» einmal je Parodontium</li> <li>» genehmigungspflichtig</li> <li>» ab Sondiertiefe von mehr als 5,5 mm (s. o.)</li> <li>» in der Regel nach vorherigem geschlossenem Vorgehen</li> </ul>  |
| <b>P 203</b><br>Systematische Behandlung von Parodontopathien, offenes Vorgehen   | <b>34</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» für mehrwurzelige Zähne</li> <li>» einmal je Parodontium</li> <li>» genehmigungspflichtig</li> <li>» ab Sondiertiefe von mehr als 5,5 mm (s. o.)</li> <li>» in der Regel nach vorherigem geschlossenem Vorgehen</li> </ul> |
| <b>111</b><br>Nachbehandlung im Rahmen der systematischen<br>Behandlung von Parodontopathien                                    | <b>10</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» je Sitzung</li> <li>» genehmigungspflichtig</li> </ul>   |

# Paradigmenwechsel? Probiotika in der PAR-Therapie

Parodontale Entzündungen können reduziert werden, wenn ergänzend zur mechanischen Entfernung bakterieller Biofilme regelmäßig probiotische Bakterien zugeführt werden. Erste Untersuchungsergebnisse lassen diesen Schluss zu.

**Text: Prof. Dr. med. dent. Ulrich Schlagenhaut, Leiter der Abteilung für Parodontologie, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universitätsklinikum Würzburg**

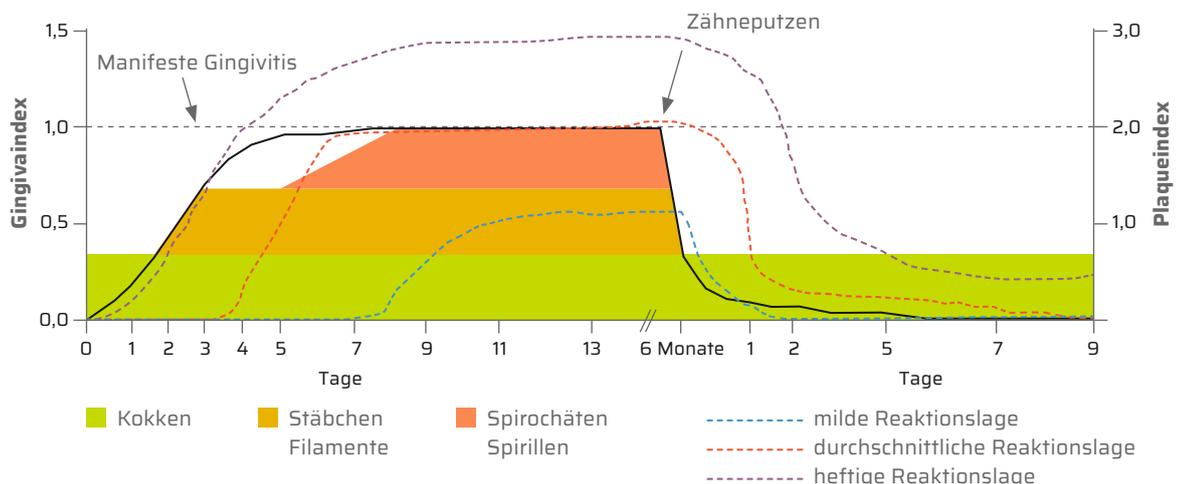
## Bakterielle Plaque und parodontale Gesundheit – Etabliertes Wissen

Die gründliche Reinigung der Zähne von anhaftenden mikrobiellen Biofilmen mittels häuslicher Mundhygiene sowie professionelle Reinigungsanstrengungen bilden die zentrale und von allen Experten als unverzichtbar beurteilte Basis jeglicher systematischen Parodontaltherapie. Die positive Wirkung einer konsequent betriebenen Plaquekontrolle auf den Verlauf und die Prävention parodontaler Erkrankungen ist durch eine Vielzahl klinischer Studien gut dokumentiert. Insbesondere die professionelle Reinigung subgingivaler Zahnflächen, die durch die entzündliche Zerstörung des Parodontiums exponiert und von einer meist gramnegativen Mikroflora besiedelt werden, führt vorhersagbar zu einer Auflösung der parodontalen Entzündung, die wiederum in der Regel von einer signifikanten Reduktion der sondierbaren Taschentiefen und der Blutung auf Sondierung begleitet wird. Dennoch haben weitere klinische Untersuchungen zur Evaluation der

individuellen Anfälligkeit für die Ausprägung einer Gingivitis enthüllt, dass bei Weitem nicht jede ungestörte Plaqueakkumulation zur Entwicklung einer klinisch manifesten Gingivitis führt. Vielmehr zeigte sich, dass eine mikrobielle Besiedlung der gingivanahen Zahnoberfläche bei manchen Individuen sehr rasch eine ausgeprägte gingivale Entzündungsreaktion induzierte, während andere Personen auch nach Monaten fehlender Zahnreinigung keine oder nur sehr milde gingivale Entzündungszeichen aufwiesen<sup>5</sup> (Abb. 1).

Dank Fortschritten in der mikrobiologischen Diagnostik konnte diese Diskrepanz durch die Beobachtung erklärt werden, dass sich bakterielle Biofilme in progredienten parodontalen Läsionen signifikant von der residenten Mikroflora in nicht entzündeten gingivalen Sulci unterscheiden. Eine Arbeitsgruppe an der Forsyth-Universität in Boston unter der Leitung von Prof. Dr. S. Socransky wies nach, dass die Präsenz einer kleinen Gruppe gramnegativer, strikt anaerober Keime (*Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* und *Treponema denticola*), die unter dem Namen „Red Complex“ zusammengefasst wurden, mit einem signifikant erhöhten Risiko für zukünftigen Attachmentverlust verbunden ist<sup>22</sup>. Neben den Red-Complex-Keimen wurde zudem mit *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* ein weiterer parodontitisassoziiierter Keim identifiziert, der insbesondere mit der Entstehung und Pro-

**Abb. 1** | Individuelle Unterschiede in der Entwicklung einer gingivalen Entzündung nach Einstellung häuslicher Mundhygiene (modifiziert nach Brex et al.<sup>5</sup>)





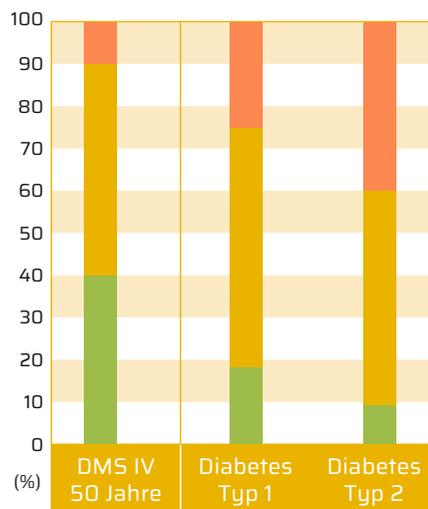
**Abb. 2a und b** | Ausgeprägte bakterielle Plaque mit Entzündung (a) und ohne klinisch sichtbare Entzündung (b) der Gingiva

gression aggressiver Verlaufsformen der Parodontitis in Zusammenhang steht (Abb. 2).

Ausgehend von diesem als spezifische Plaquehypothese bezeichneten ätiologischen Konzept der Parodontitis wurden Strategien zur dauerhaften Elimination parodontitisassoziierter Keime aus der Mundhöhle parodontal erkrankter Patienten entwickelt. Zu den bekannteren zählen unter anderem das von Quirynen et al.<sup>13</sup> vorgestellte Konzept der Full-Mouth Disinfection sowie die von van Winkelhoff et al.<sup>20</sup> propagierte adjunktive systemische Gabe von Amoxicillin und Metronidazol. Das Prinzip der Full-Mouth Disinfection beinhaltet eine konsequente supra- wie subgingival durchgeführte Reinigung aller Zähne und Zahnfleischtaschen mittels Scaling und Root Planing in einem Zeitrahmen von maximal 24 Stunden. Begleitend werden während und nach erfolgter mechanischer Reinigung alle Zahn- und Schleimhautoberflächen im Mund-Rachen-Raum über einen Zeitraum von acht Wochen hinweg regelmäßig mithilfe von Chlorhexidinpräparaten sorgfältig desinfiziert. Im gleichen therapeutischen Sinne soll auch die adjunktive systemische Antibiotikatherapie, die ebenso üblicherweise nur im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit Scaling und Root Planing durchgeführt wird,

die Elimination parodontitisassoziierter Keime in der Mundhöhle bewirken. Die durch Studien belegte Evidenz und die klinische Praxis zeigen, dass die Anwendung beider zuvor dargestellter Therapiekonzepte zu einer verbesserten Ausheilung insbesondere tiefer parodontaler Läsionen führt.

Es gelang jedoch weder mit der Full-Mouth Disinfection noch mit der systemischen Antibiotikatherapie, die parodontitisassozierten Keime des „Red Complex“ vorhersagbar und langfristig aus der Mundhöhle zu eliminieren. Ebenso fehlen – von schwer zu interpretierenden Kasuistiken abgesehen – klinische Daten, die evidenzbasiert nachweisen könnten, dass parodontal erkrankte Personen ihre Erkrankung durch den Transfer ihrer parodontitisassozierten Keime auf zuvor parodontal gesunde Lebenspartner, mit denen sie genetisch nicht verwandt sind, zu übertragen vermögen<sup>19</sup>. Nach derzeitigem Verständnis gehören parodontale Erkrankungen daher zu den opportunistischen Infektionen, bei denen erst die Anfälligkeit des Wirts ein krankheitsauslösendes Überwachen parodontopathogener Keime begünstigt. Zu den durch Studien etablierten Risikofaktoren, die eine erhöhte Anfälligkeit für parodontale Entzündungen nach sich ziehen, gehören unter anderem Tabakkonsum, psychosozialer Stress, Diabetes mellitus (Abb. 3) sowie genetisch bedingte Fehl- und Überreaktionen von Strukturelementen des mukosalen Immunsystems.



**Abb. 3** | Häufigkeitsverteilung milder, moderater und schwerer Parodontitis unter 50-jährigen Typ-1- bzw. Typ-2-Diabetikern sowie alterskorrelierte Kontrollen (modifiziert nach Herrmann<sup>9</sup>)

■ schwere Parodontitis  
■ moderate Parodontitis  
■ milde Parodontitis

### Interaktion des Körpers mit dem humanen Mikrobiom

Die Erforschung der Rolle des humanen Mikrobioms, das heißt der Summe aller Mikroorganismen unseres Körpers, in der Ätiologie parodontaler Erkrankungen wurde lange auf die Identifizierung krankheitsauslösender Fähigkeiten parodontitisassoziierter bzw. parodontopathogener Keime beschränkt. Moderne Forschungsansätze, wie sie in den letzten Jahren vor allem im Bereich der gastroenterologischen Forschung vorangetrieben wurden, haben jedoch enthüllt, dass die Entwicklung und die physiologische Funktion des menschlichen Körpers in ganz wesentlichem Maße vom humanen Mikrobiom mitbestimmt werden. Der menschliche Körper enthält ca.

zehn Billionen Körperzellen, aber bereits im menschlichen Dickdarm leben ca. 100 Billionen Bakterien<sup>15</sup>. Je nach Zählweise wird heute von der Präsenz von ca. 1.000 verschiedenen Bakterienspezies im Körper jedes Menschen ausgegangen, deren in der bakteriellen DNA enthaltene Struktur- und Metabolismusinformationen diejenigen der humanen DNA etwa um den Faktor 100 übersteigen. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Keime des humanen Mikrobioms gehört zur Kategorie der Symbionten oder kommensalen Keime. Dies bedeutet, dass ihre Anwesenheit für eine physiologische Funktion des Körpers in vielen Bereichen, die weit über die Aufnahme und Verdauung von Nahrung hinausgehen, unerlässlich ist. Nur die in Relation zum humanen Gesamtmikrobiom sehr kleine Gruppe der pathogenen Mikroorganismen stellt eine unter Umständen tödliche Gefahr für die Funktion und das Überleben des Wirtsorganismus dar.

Neuere Forschungsdaten lassen nun in ersten Grundzügen erkennen, wie der menschliche Körper das scheinbare Dilemma löst, pathogene Keime wirksam zu unterdrücken, ohne dabei das Wachstum und den Stoffwechsel essenziell notwendiger Keime in einer für den Körper schädlichen Weise zu beeinträchtigen<sup>15</sup>. Unter physiologischen Bedingungen sind bakterielle Biofilme und die benachbarten Oberflächen der Schleimhäute stets durch eine für Bakterien nur sehr schwer durchdringende Schleimschicht getrennt, die in hoher Zahl antimikrobielle Peptide und Antikörper vom Typ IgA (sekretorisches Immunglobulin A) enthält. Dazu favorisiert die Oberfläche dieser Schleimschicht die Kolonisation durch kommensale Keime, welche die Besiedlung durch unerwünschte pathogene Keime aktiv hemmen und mit diesen um Nahrung sowie Besiedlungsraum konkurrieren. Die Schleimhautzellen unterhalb der protektiven Schleimschicht weisen sogenannte Pattern-Recognition-Rezeptoren (PRRs) auf, zu denen auch die Rezeptoren der Toll-like-Rezeptorfamilie gehören. Diese sind in der Lage, bakterielle Antigene wie etwa bakterielle Zellwandbruchstücke oder Quorum-Sensing-Kommunikationsmoleküle der Keime zu binden, und lösen nachfolgend über den Vorgang der Signaltransduktion in den Schleimhautzellen in niedriger Intensität die Synthese proinflammatorischer Zytokine aus. Diese wiederum induzieren eine konstante, aber in ihrer Intensität ebenfalls geringe Einwanderung immunkompetenter Zellen, die mehrheitlich unreife dendritische Zellen sowie regulatorische T-Zellen umfassen und keine klinisch sichtbare Entzündungsreaktion auslösen.

Nur wenn die protektive Schleimschicht ihre Schutzfunktion nicht mehr ausreichend ausüben kann, etwa nach dem Rückgang der Synthese antimikrobieller Peptide infolge einer chronischen Stressbelastung, gelangen pathogene Keime in größerer Zahl in unmittelbaren körperlichen Kontakt mit den Zellen der Schleimhaut und können diese direkt beschädigen bzw. in sie eindringen. Eine direkte Beschädigung oder das Eindringen von Keimen in die Epithelzellen der Schleimhaut führt zur Aktivierung einer weiteren, intrazellulären Rezeptorklasse, der sogenannten NOD-like-Rezeptoren (NLR). Die Aktivierung eines NOD-like-Rezeptors wiederum bewirkt die Bildung eines sogenannten Inflammasoms<sup>16</sup>, eines Enzymkomplexes, der u. a. durch die Aktivierung des Enzyms Caspase die inaktive

Vorläuferform des proinflammatorischen Zytokins Interleukin-1 $\beta$  in die aktive entzündungsfördernde Form überführt. Durch die Bildung des intrazellulären Inflammasoms und die nachfolgende massive Ausschüttung proinflammatorischer Zytokine kommt es rasch zur Einwanderung einer großen Zahl von immunkompetenten Zellen, welche die bakterielle Bedrohung an der Grenzfläche zwischen Schleimhaut sowie Biofilm unter Kontrolle bringen und das System nachfolgend wieder in den physiologischen Zustand der Dominanz kommensaler Keime an der Grenzfläche zurückversetzt.

Unter Umständen, die bis heute im Detail nur teilweise aufgeklärt sind, versagt jedoch die durch die bakterielle Invasion der Schleimhäute ausgelöste Entzündungsreaktion dabei, die ursächliche Keiminvasion unter Kontrolle zu bringen. Vielmehr kommt es zur Chronifizierung des Entzündungsprozesses, der durch die dabei unvermeidliche, ausgeprägte Freisetzung proteinreicher Exsudate und Blutbestandteile das Wachstum der mehrheitlich proteolytischen pathogenen Keime sogar noch beschleunigt. Gleichzeitig wird die Freisetzung von Komplement und anderen antibakteriell wirksamen Molekülen stark erhöht. Proteolytische Keime wie *Porphyromonas gingivalis* sind jedoch in der Lage, mittels der Bildung von Proteasen etwa der Zerstörung durch die Komplementfixierung zu entgehen. Die kommensale Mikroflora hingegen, die im physiologischen Zustand die wichtigste Barriere gegen ein unkontrolliertes Wachstum von *Porphyromonas gingivalis* darstellt, wird durch die entzündungsbedingte Freisetzung von Komplement schwer geschädigt und in ihrer Zahl stark reduziert. Das im Anschluss weitgehend unkontrollierte Wachstum der pathogenen Keime an der Grenzfläche zwischen Biofilm und Schleimhaut führt zur massiven Freisetzung weiterer proinflammatorischer Zytokine, einem sogenannten Zytokinsturm, der die umliegenden Gewebe schwer schädigt und den Entzündungsprozess weiter chronifiziert. Ist dieses Stadium etwa im chronisch entzündeten Parodontium erreicht, wird die im Prinzip nun kontraproduktive Entzündungsreaktion langfristig die progrediente Zerstörung der Strukturen des Zahnhalteapparates und damit den Ausfall des Zahnes nach sich ziehen.

Eine mechanische Zerstörung und Entfernung der proinflammatorischen Biofilme mittels Scaling und Root Planing führt nachfolgend zu einer Rekolonisation der gereinigten Oberflächen mit ver-

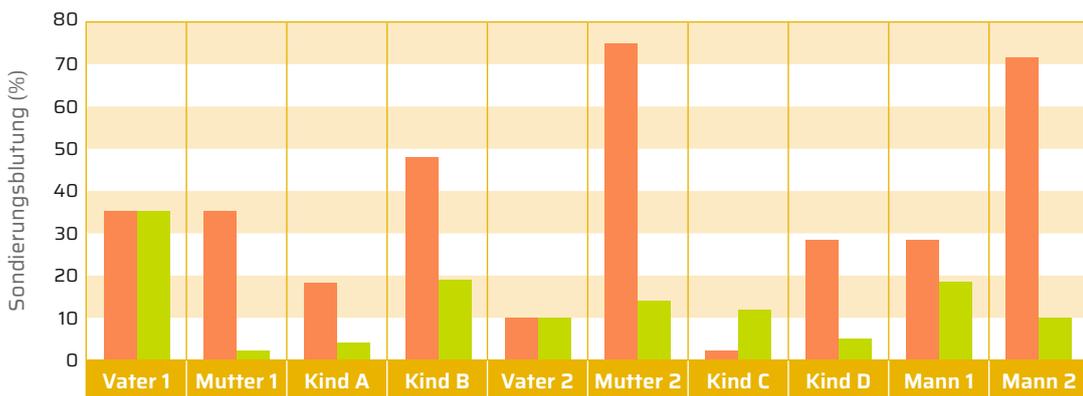
Fortsetzung auf Seite 19

bliebenen Mundhöhlenkeimen. Ob dies in der Ausbildung eines neuen, in der überwiegenden Mehrheit von protektiven, kommensalen Keimen besiedelten Biofilms mündet oder nicht, hängt unter anderem davon ab, wie stark und schnell die Entzündungsreaktion nach Entfernung des pathogenen Biofilms abklingt, da eine persistierende Entzündung mit fortgesetzter Freisetzung proteinreicher Exsudate die Rekolonisation mit unerwünschten, proteolytischen pathogenen Keimen stark begünstigt. In den meisten Fällen wird eine mechanische Reinigung zumindest kurz- bis mittelfristig zur Reetablierung eines bakteriellen Biofilms führen, der mit der oralen Gesundheit kompatibel ist und eine Auflösung der Entzündungszeichen zur Folge hat. Die Stabilität solcher gesundheitskompatibler Biofilme wird jedoch längerfristig durch systemisch wie auch lokal wirksame Risikoparameter gefährdet, die etwa die Stärke der Bildung protektiver Antikörper vermindern oder das Verhältnis zwischen proinflammatorischen und entzündungshemmenden Zellen des mukosalen Immunsystems in Richtung proinflammatorisch verschieben und so das Überwachen der von einer Entzündungsreaktion profitierenden pathogenen Keime fördern. Daher werden bei Parodontitispatienten in den meisten Fällen auch nach gründlichem Scaling und Root Planing mittelfristig die neu aufgewachsenen bakteriellen Biofilme wieder von proinflammatorischen Keimen dominiert, was eine Wiederholung der professionellen Entfernung der Biofilme erforderlich macht<sup>14</sup>.

Risikoerhöhende Fehlsteuerungen der Wirtsantwort werden nach aktuellen Erkenntnissen nicht nur direkt ausgelöst, etwa durch stressbedingte Veränderungen im Aktivierungsmuster des vegetativen Nervensystems, sondern entstehen nicht zuletzt auch als Folge von Veränderungen in der Zusammensetzung der Darmmikroflora, die ihrerseits durch das Ernährungsverhalten eines Individuums signifikant beeinflusst wird. Ein praktisches Beispiel hierfür lieferte eine Studie von

Baumgartner et al.<sup>4</sup>, die longitudinal die Mundgesundheit von zwei Familien untersuchten, die für eine TV-Show des Schweizer Senders SRF 1 einen Monat lang unter steinzeitlichen Bedingungen lebten. Die Familien mussten sich während des vierwöchigen Experiments von steinzeitlicher Kost ernähren und auf häusliche Zahnpflege mittels Zahnbürste und Zahnpasta verzichten. Entgegen allen Erwartungen war die durch das Einstellen des Zähneputzens ausgelöste starke Zunahme bakterieller Zahnbeläge nicht mit einem gleichzeitigen Auftreten gingivaler Entzündungen verbunden. Vielmehr wurde bei fast allen Teilnehmern am Ende des Steinzeitexperiments trotz ausgeprägt verstärkter Plaquebedeckung der Zähne eine sehr deutliche Abnahme von bereits vor Beginn des Experiments vorhandenen Blutungen auf Sondierung registriert (Abb. 4). Dies steht in völligem Widerspruch zu den etablierten Schlussfolgerungen aus den klassischen Studien von Loe et al.<sup>10</sup> zur Entstehung experimenteller Gingivitis, in denen eine enge Korrelation zwischen zunehmender Plaquemenge sowie dem Auftreten und der Stärke der Ausprägung gingivaler Entzündungen beobachtet wurde. Auch die Kolonisation und die Besiedlungsstärke der Probanden mit *Tannerella forsythia*, einem Vertreter der RedComplexkeime, zeigten sich nach vier Wochen Steinzeitleben wesentlich reduziert, ohne dass irgendwelche Antibiotika oder Chemotherapeutika zum Einsatz gekommen wären.

Archäologische Untersuchungen an Schädeln und Gebissen aus der Jungsteinzeit untermauerten die verblüffenden Ergebnisse der Baumgartner-Studie. Einer australischen Arbeitsgruppe gelang es, bakterielle DNA aus 7.000 Jahre altem Zahnstein zu analysieren, der an den Zähnen von Menschen haftete, die am Ende der Jungsteinzeit noch als nicht sesshafte Jäger und Sammler lebten<sup>1</sup>. Die bakterielle Analyse ergab, dass diese Menschen im Vergleich zu heute lebenden Personen etwa dreimal so viele unterschiedliche Bakterienarten in ihrem Mund beherbergten und annähernd parodontal gesund waren. Die bakterielle Untersuchung weiterer Zahnsteinproben aus späteren geschichtlichen Epochen wie der Kultur der Linienbandkeramik, der Kelten, des frühen Mittelalters usw. legte offen, dass es mit dem Beginn des Ackerbaus vor 7.000 Jahren zu einer deutlichen Einschränkung der Vielfalt der Ernährung kam, die sich nachfolgend in einem dramatischen Rückgang der bakteriellen Vielfalt im Darm und in der Mundhöhle manifestierte. Gleichzeitig mit dem Rückgang der bakteriellen Vielfalt im analysierten Zahnstein zeigte sich an den prähistorischen Kiefern erstmals das verbreitete Auftreten parodontitisbedingter Alveolar-knochenverluste.



**Abb. 4** | Veränderung der erfassten Blutung auf Sondierung zu Beginn sowie nach 4 Wochen Steinzeitleben ohne Mundhygiene (modifiziert nach Baumgartner et al.<sup>4</sup>)

■ Beginn  
■ 4 Wochen

Nach aktuellen ätiologischen Vorstellungen erhöht ein Rückgang der Artenvielfalt in einem Ökosystem die Gefahr des unkontrollierten Überwachsens einzelner Spezies mit nachhaltiger Störung der Homöostase. Das gilt in gleichem Maße für makrobiologische Systeme wie etwa den Yellowstone-Nationalpark, wo die Ausrottung der Wölfe lange Jahre die unkontrollierte Vermehrung pflanzenfressender Arten mit einer beträchtlichen Schädigung des Waldes nach sich zog, aber auch für bakterielle Ökosysteme im Darm und in der Mundhöhle von Menschen und anderen Säugetieren<sup>6</sup>. So konnten Mazmanian et al.<sup>11</sup> in einem Modellversuch in keimfrei aufgezogenen Mäusen durch eine Monoinfektion mit *Helicobacter hepaticus* vorhersagbar die Entstehung von Darmulzera induzieren. Wurden die Versuchstiere jedoch parallel mit *Bacteroides fragilis*, einem weiteren typischen Darmkeim, koinfiziert, traten keine Ulzerationen im Darm auf. Der frappierende Schutzeffekt konnte auf ein spezifisches Kohlenhydrat (Polysaccharid A, PSA) in der Zellwand von *Bacteroides fragilis* zurückgeführt werden. Das PSA wurde im Darm der Versuchstiere von immunkompetenten dendritischen Zellen aufgenommen und veranlasste diese nachfolgend dazu, das Wachstum und die metabolische Aktivität von entzündungshemmenden Th1-Helferzellen sowie regulatorischen T-Zellen zu stimulieren. Auf diese Weise wurde die Intensität einer durch die Präsenz der bakteriellen Antigene von *Helicobacter hepaticus* induzierten Entzündungsreaktion im Darm so weit abgemildert, dass keine Ulzerationen im Entzündungsgebiet mehr auftraten.

Mittlerweile steht das Konzept, dass eine kleine Gruppe von Schlüsselbakterien („keystone bacteria“) bei der Entstehung einer adäquaten Wirtsantwort eine zentrale Rolle spielt, im Fokus diverser aktueller Forschungsanstrengungen<sup>7</sup>. Ob diese Keime in einem gegebenen Wirt in ausreichender Anzahl vorhanden sind, hängt von verschiedenen genetischen und umweltbedingten Faktoren ab. Die Zusammensetzung der aufgenommenen Nahrung beeinflusst nicht nur den Stoffwechsel des Wirts in entscheidender Weise, sondern führt auch zu einer signifikanten bakteriellen Selektion innerhalb des oralen und gastrointestinalen Mikrobioms mit nachfolgender Zunahme oder Reduktion spezifischer Keime und Keimgruppen<sup>21</sup>. Der Konsum faser- und ballaststoffreicher Kost wird bereits seit längerem als gesundheitsfördernd identifiziert. Erst aktuelle Studien konnten jedoch aufzeigen, dass faserreiche Ballaststoffe das Wachstum bestimmter Clostridienarten im Darm fördern, welche die Ballaststoffe zu kurzkettigen Fettsäuren („short chain fatty acids“, SCFAs) verstoffwechseln<sup>2</sup>. SCFAs wiederum stimulieren das Wachstum und die Ausreifung entzündungsdämpfender, regulatorischer CD4<sup>+</sup> Foxp3<sup>+</sup>-T-Zellen und damit die Reduktion chronisch ablaufender Entzündungsprozesse. Ein Ernährungs- und Lebensstil, der das Wachstum essenzieller Schlüsselkeime im Körper begünstigt, ist daher nach aktuellen Erkenntnissen ein zentraler, ursachengerichteter Ansatz zur Kontrolle chronisch-entzündlicher Zivilisationserkrankungen.

## Probiotika

Veränderungen des Lebens- und Ernährungsstils sind aber bekanntermaßen aufgrund der Komplexität humaner psychosozialer Struk-

turen in vielen Fällen nur sehr schwer dauerhaft etablierbar. Der Umstand, dass es praktisch nicht möglich ist, durch eine Veränderung des Lebensstils systemrelevanten Schlüsselkeimen eine ausreichende natürliche Nische zur dauerhaften Ansiedlung zu bieten, führte zu der Idee, diese Keime von extern mit der Nahrung zuzuführen. Das Konzept des Konsums von Lebensmitteln, die lebende Keime mit einer gesundheitsfördernden Wirkung enthalten, die eine Passage durch die Magensäure unbeschadet überstehen, ist seit Langem bekannt und unter dem Begriff Probiotika etabliert. Insbesondere verschiedene Laktobazillenspezies, Bifidobakterien, aber auch diverse weitere Bakterien sowie Hefen wurden bislang in probiotischen Therapieansätzen verwendet. Probiotische Lebensmittel enthalten ausschließlich apathogene Keime und sind formal keine Medikamente. Vielmehr handelt es sich um sogenannte Nahrungsergänzungsmittel, für deren Zulassung in Europa nicht die European Medicines Agency (EMA), sondern die European Food Safety Authority (EFSA) zuständig ist. Im Jahr 2012 entzog die EFSA allen auf dem Markt befindlichen Probiotika die Erlaubnis, mit einem konkreten Gesundheitsversprechen (Beispiele: „stärkt die Abwehrkräfte“, „hilft bei Erkältungen“ etc.) für deren Kauf zu werben. Hintergrund dieser stark kontrovers diskutierten Entscheidung war das Urteil eines Expertengremiums der EFSA, dass für kein kommerziell erhältliches Probiotikum eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz vorliege, welche die Existenz einer signifikanten gesundheitsfördernden Wirkung bei gesunden Individuen belegen könnte.

## Probiotika in der medizinischen Therapie

Diese fehlende Evidenz der gesundheitsfördernden Wirkung von Probiotika bei Gesunden muss jedoch vom Einsatz solcher Präparate bei erkrankten Individuen unterschieden werden. So ist die Gabe probiotischer Zubereitungen bei Dysbiosen des Darms in der Pädiatrie eine seit einigen Jahren übliche Therapieoption<sup>3</sup>. Auch in der Zahnheilkunde findet sich seit geraumer Zeit eine beständig wachsende Anzahl klinisch-experimenteller Untersuchungen, die eine klinisch relevante positive Wirkung der Anwendung probiotischer Zubereitungen belegt. Insbesondere zur gesundheitsfördernden Wirkung des Konsums spezifischer probiotischer *Lactobacillus-reuteri*-Stämme im Bereich parodontaler Erkrankungen liegt mittlerweile eine ganze Reihe von in erst-rangigen Fachzeitschriften publizierten Studien-

daten vor. So konnten Twetman et al.<sup>18</sup> beobachten, dass es allein durch den regelmäßigen Konsum Lactobacillus-reuteri-haltiger Kaugummis in einem Kollektiv von stark mit Gingivitis simplex behafteten Patienten ohne weitere Mundhygieneinstruktionen innerhalb von 14 Tagen zu einem ganz ausgeprägten Rückgang der Sondierungsblutung in der Testgruppe kam, während bei den Patienten der Placebogruppe, die geschmacklich identische Kaugummis ohne Lactobacillus reuteri konsumierten, eine nur geringe, nicht signifikante Reduktion der gingivalen Entzündungssituation festgestellt wurde (Tab. 1).

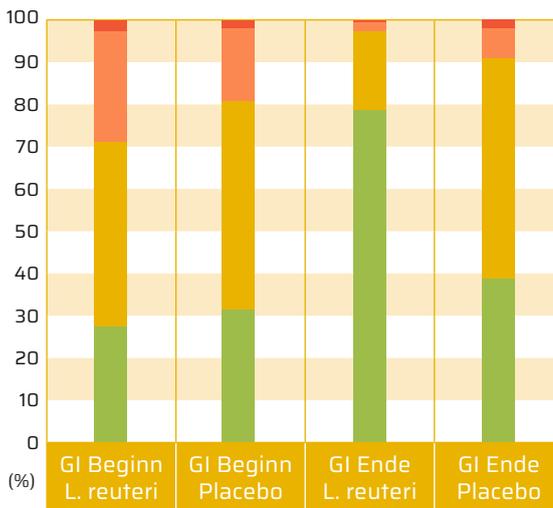
Eine von unserer Abteilung in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik des Universitätsklinikums Würzburg durchgeführte klinische Studie an 45 schwangeren Frauen mit manifester Schwangerschaftsgingivitis im letzten Trimester der Schwangerschaft erbrachte ebenfalls ausgeprägte, klinisch relevante Veränderungen der parodontalen Entzündungssituation<sup>9</sup>. Ohne weitere Instruktionen zur Verbesserung ihrer häuslichen Mundhygiene wurden die schwangeren Studienteilnehmerinnen angewiesen, ihnen randomisiert zugewiesene probiotische Lutschtabletten mit Lactobacillus reuteri oder geschmacksidentische Placebotabletten über einen Zeitraum von drei Monaten zweimal täglich bis zur Geburt des Kindes zu konsumieren. Die Analyse der Daten enthüllte für die Testgruppe am Ende des Beobachtungszeitraums einen ausgeprägten Rückgang der gingivalen Entzündung, während in der Placebogruppe nur eine wesentlich geringere, nicht signifikante Reduktion der gingivalen Entzündung dokumentiert werden konnte (Abb. 5). Ebenso reduzierte sich die Plaquebedeckung der Zähne in der Testgruppe signifikant, während wiederum in der Placebogruppe am Ende des Beobachtungszeitraums von drei Monaten eine nur geringe, nicht signifikante Verminderung der Plaquebedeckung zu verzeichnen war (Abb. 6).

Der in der Lactobacillus reuteri konsumierenden Testgruppe in Abwesenheit jeglicher Mundhygieneinstruktionen zu beobachtende dramatische Rückgang der Plaquebedeckung auf nur ein Drittel des Ausgangswertes bei gleichzeitig ebenfalls sehr stark ausgeprägter Reduktion der gingivalen Entzündung ist ein weiterer Beleg für die Validität der These, dass der in einem Individuum zu messende Plaquebedeckungsgrad der Zähne nicht nur durch die Effektivität der häuslichen Zahnpflege, sondern vielmehr ganz ausgeprägt auch durch den Entzündungsgrad der Gingiva be-

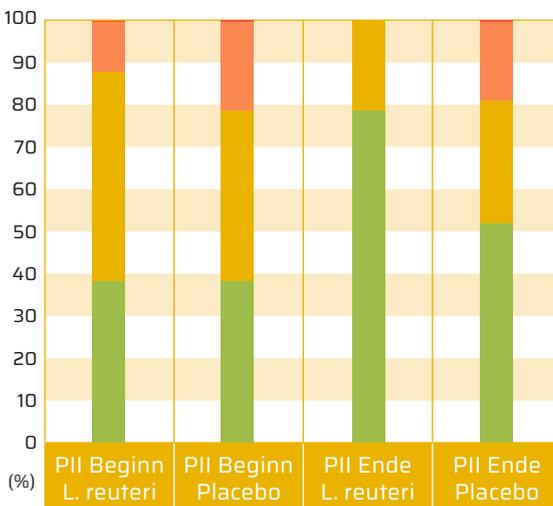
| Zeit     | A/A (aktiv + aktiv)<br>(n = 13,104 Stellen) | P/P (Placebo + Placebo)<br>(n = 12,96 Stellen) |
|----------|---|--|
| Beginn   | 58  | 68   |
| 1 Woche  | 23  | 58   |
| 2 Wochen | 8*  | 45   |
| 4 Wochen | 15  | 64   |

**Tab. 1** | Anzahl auf Sondierung blutender Zahnfleischtaschen unter dem Konsum probiotischer Lactobacillus-reuteri-haltiger Kaugummis oder geschmacklich identischer Placebokaugummis. Stopp der Einnahme der Kaugummis nach 2 Wochen<sup>18</sup>

einflusst wird. Entgegen etablierten Vorstellungen auf der Basis des Modells der experimentellen Gingivitisentstehung nach Löe et al.<sup>10</sup> führt nicht nur die Etablierung von Plaque zur Entstehung gingivaler Entzündungen. Vielmehr scheinen umgekehrt die Stärke der gingivalen Entzündung und der hierdurch induzierte vermehrte Ausfluss eines proteinhaltigen Exsudats aus dem gingivalen Sulcus ein zentraler Promotor des Überwachsens parodontopathogener Keime zu sein. Wird diese gingivale Entzündung wie im vorliegenden Fall auch ohne Verbesserung der Effizienz der häuslichen Mundhygiene reduziert, kommt es nachfolgend nicht nur zu einer Verminderung der gingivalen Entzündung, sondern gleichzeitig auch zu einer Abnahme der Plaquebedeckung der Zähne.

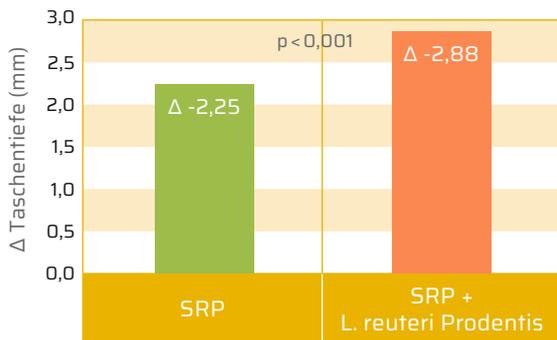


**Abb. 5** | Häufigkeitsverteilung der erfassten Gingivaindex-(GI)-Werte vor und nach 3-monatigem Konsum Lactobacillus-reuteri-haltiger Lutschtabletten oder Placebo (modifiziert nach Kleinhans<sup>9</sup>)

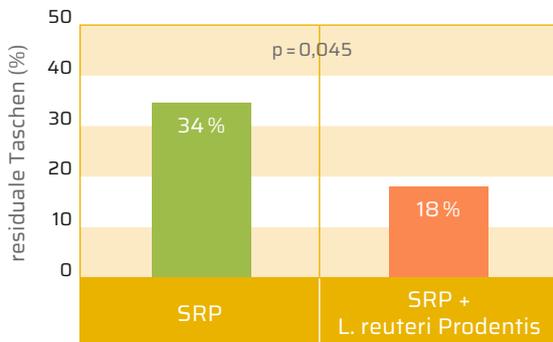


**Abb. 6** | Häufigkeitsverteilung der erfassten Plaqueindex-(PII)-Werte vor und nach 3-monatigem Konsum Lactobacillus-reuteri-haltiger Lutschtabletten oder Placebo (modifiziert nach Kleinhans<sup>9</sup>)

Tierexperimentelle Studien an Mäusen zeigten weiterhin, dass bereits der alleinige Konsum von *Lactobacillus reuteri* im Trinkwasser dieser Tiere eine ganz ausgeprägte Steigerung der Abheilung normiert zugefügter Hautwunden nach sich zog, ohne dass *Lactobacillus reuteri* direkt in Kontakt mit diesen Wunden gekommen wäre<sup>12</sup>. Die Analyse der Ursachen hierfür ergab, dass der regelmäßige Konsum von *Lactobacillus-reuteri*-Keimen zur vermehrten Freisetzung des Neuropeptidhormons Oxytocin führte, die nachfolgend analog zur Wirkung kurzkettiger Fettsäuren die Aktivierung immunregulatorischer T-Zellen induzierte. Die Daten einer klinischen Studie zur Wirkung des Konsums *Lactobacillus-reuteri*-haltiger Lutschtabletten auf die Abheilung parodontaler Läsionen nach systematischer Parodontaltherapie mittels Scaling und Root Planing bestätigten die zuvor dargestellte tierexperimentelle Evidenz<sup>17</sup>. Es zeigte sich, dass die Patienten, die in der parodontalen Abheilungsphase über drei Monate hinweg regelmäßig *Lactobacillus-reuteri*-haltige Lutschbonbons konsumiert hatten, zum Zeitpunkt der Reevaluation einen signifikant höheren mittleren Attachmentgewinn aufwiesen als die Patienten der Kontrollgruppe, die im Beobachtungszeitraum nur regelmäßig geschmacksidentische Placebo-Lutschtabletten zu sich genommen hatten (Abb. 7). Auch der Prozentsatz verbliebener Zähne mit parodontalen Sondierungstiefen > 5 mm war zum Zeitpunkt der Reevaluation in der Testgruppe mit 18 Prozent signifikant niedriger als in der Placebogruppe (34 Prozent) (Abb. 8).



**Abb. 7** | Reduktion der sondierbaren Taschentiefe 3 Monate nach Scaling und Root Planing (SRP) unter dem Einfluss des regelmäßigen Konsums *Lactobacillus-reuteri*-haltiger Lutschtabletten oder geschmacksidentischer Placebotabletten (modifiziert nach Teughels et al.<sup>17</sup>)



**Abb. 8** | Prozentsatz residueller Taschen mit Bedarf für parodontalchirurgische Maßnahmen (Resttaschentiefe > 5 mm) 3 Monate nach Scaling und Root Planing sowie dem nachfolgenden regelmäßigen Konsum *Lactobacillus-reuteri*-haltiger Lutschtabletten oder geschmacksidentischer Placebotabletten (modifiziert nach Teughels et al.<sup>17</sup>)

## Fazit

Die Zusammensetzung des humanen Mikrobioms berührt in weit essenziellerer Weise als bislang angenommen die Funktionsfähigkeit des mukosalen Immunsystems und die daraus resultierende Entzündungslast im menschlichen Körper. Lebensstil, Ernährung und eine genetische Disposition entscheiden in signifikanter Weise darüber, welche Bakterien in welchem Umfang den menschlichen Körper besiedeln. Störungen in der Interaktion zwischen dem Körper und den Keimen des humanen Mikrobioms durch das Überwachsen pathogener Arten wie auch das Fehlen systemrelevanter Schlüsselkeime können den Ausgangspunkt chronisch-entzündlicher Prozesse bilden. Der gezielte Konsum von Lebensmitteln mit gesundheitsfördernden essenziellen Mikroorganismen bildet die Basis des Konzepts der probiotischen Therapie. Die verfügbare Evidenz zum Nutzen des Konsums von Probiotika bei Patienten, die eine klinisch relevante Parodontalerkrankung aufweisen, ist zurzeit noch eher fragmentarisch. Bislang durchgeführte klinische Untersuchungen zeigen jedoch in ihrer großen Mehrzahl klinisch bedeutsame Auswirkungen der Gabe probiotischer Präparate auf die Ausprägung von Entzündungen und die Abheilung parodontaler Läsionen, die im Einklang mit aktuellen Vorstellungen zur Interaktion des mukosalen Immunsystems mit den Keimen des humanen Mikrobioms stehen. Angesichts einer ausgeprägten genetischen Diversität zwischen Mikroorganismen der gleichen Art von bis zu 30 Prozent der Gene sind Wirkungen, die beim klinischen Einsatz einzelner, spezifischer Bakterienstämme beobachtet wurden, nicht ohne Weiteres auf den Einsatz anderer Bakterienstämme der gleichen Art übertragbar. Es sollten daher nur solche Probiotika für den klinischen Gebrauch in Erwägung gezogen werden, die Stämme probiotischer Keime enthalten, deren Wirksamkeit in klinischen, placebokontrollierten Studien mit genügend großen Fallzahlen und unter Einsatz einer verblindeten Placebogruppe verifiziert wurde. Ob der präventive Konsum probiotischer Zubereitungen auch einen positiven, klinisch relevanten Effekt auf die Mundgesundheit von Individuen ausübt, die ein intaktes, entzündungsfreies Gebiss aufweisen, ist anhand der verfügbaren Evidenzlage bislang nicht zu klären. ■

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der Quintessenz Verlags-GmbH aus „Quintessenz 66 (2015), Nr. 4, Seite 399 - 410“

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

# Odontogene Infektionen: Leitlinie wurde aktualisiert

Die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie odontogener Infektionen wurde überarbeitet und dabei methodisch von einer S2- zu einer S3-Leitlinie aufgewertet.

Text: Katrin Becker

Die Leitlinie wurde nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) aktualisiert. Sie soll als evidenzbasierte und breit konsentrierte Orientierungshilfe zur Diagnostik und Therapie odontogener Infektionen ohne bzw. mit Ausbreitungstendenz und ohne bzw. mit lokalen und systemischen Komplikationen dienen. Sie gilt bis September 2021.

Federführend bei der Überarbeitung waren die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) in Zusammenarbeit mit diversen Fachgesellschaften und Institutionen. Verantwortlich zeichneten der Leitlinienkoordinator Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas und die Hauptautorin Dr. Dr. Julia Karbach. Beide kommen von der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz.

## Leitlinie „Zahnärztlich-chirurgische Sanierung vor Herzklappenersatz“ ebenfalls aktualisiert

Auch die ehemalige S2-Leitlinie zu Indikationen, Risikofaktoren und anerkannten Durchführungsmethoden einer Zahnsanierung vor Herzklappenersatz wurde nach den AWMF-Regularien überarbeitet und dabei zur S3-Leitlinie aufgewertet. Koordinatoren und Hauptautoren waren Prof. Dr. Herbert Deppe (Technische Universität München), Prof. Dr. Hans Pfister (Ludwig-Maximi-

lians-Universität München) und Prof. Dr. Dr. Klaus-Dietrich Wolff (Technische Universität München). Die DGZMK und die DGMKG brachten in Zusammenarbeit mit zehn Fachgesellschaften und Organisationen die breit konsentrierte Entscheidungshilfe bei der angemessenen Therapie der sanierungsbedürftigen Befunde auf einen aktuellen Stand. Die Leitlinie gilt bis April 2022.

Beide Leitlinien sollen Zahnärzten zur Entscheidungsfindung in den jeweiligen Behandlungssituationen dienen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf in der Praxis bewährten Verfahren. Sie sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Leitlinien sind für Zahnärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. ■

## Weitere Informationen

Die Leitlinien und der jeweilige Methodenreport sind auf der Internetseite der DGZMK unter [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de) einsehbar und können dort als PDF-Dokumente heruntergeladen werden.



# Streitschlichtung: Mediation als Methode der Konfliktauflösung

Mediation gewinnt als Mittel der Konfliktlösung zunehmend an Bedeutung. Auch für Zahnärzte kann es ein Instrument sein, Streit untereinander oder mit Patienten zu schlichten.

Text: RA Michael Frehse und RA Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Kanzlei am Ärztehaus

Die Mediation in ihrem heutigen wissenschaftlichen Verständnis ist in den 60er Jahren in den USA entwickelt worden und hat sich seitdem als alternatives Streitlösungsinstrument immer mehr etabliert. Vordringliche Anwendungsfelder sind beispielsweise Nachbar-, Familien-, Erb-, Miet-, Schul-, Umwelt-, Bau-, Arbeits- oder Wirtschaftsstreitigkeiten. Als erstes historisch dokumentiertes Beispiel einer Mediation gilt der Westfälische Frieden von 1648. Ein weiterer prominenter Anwendungsfall ist das Camp-David-Abkommen 1978. Aber auch bei Konflikten im medizinischen Umfeld wird immer öfter auf die Mittel der Mediation zurückgegriffen.

## Was ist Mediation?

In der Umsetzung der Richtlinie 2008/52/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. Mai 2008 über bestimmte Aspekte der Mediation in Zivil- und Handelssachen und zur Förderung der Mediation in Deutschland (EU-Mediationsrichtlinie) trat am 26. Juli 2012 das Mediationsgesetz in Kraft. Die Umsetzung betrifft nicht nur den grenzüberschreitenden Rechtsverkehr, sondern erfasst jegliche Mediation. Die hiesige Streitkultur ist jedoch noch immer von gerichtlichen Auseinandersetzungen geprägt, während die einvernehmliche Streitbeilegung noch zu wenig berücksichtigt wird. Dies überrascht umso mehr, als die hohe Effektivität der Mediation in besonderem Maß geeignet ist, die Eskalation einer Streitigkeit verbunden mit schweren wirtschaftlichen Nachteilen zu vermeiden.

Die Mediation ist ein „vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines oder mehrerer Mediatoren freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben“ (§ 1 Abs. 1 MediationsG).

Strukturprägende Elemente sind die Verhandlung der Parteien, die Unterstützung durch einen Mediator und die Freiwilligkeit der Mediation.

Die Konfliktparteien – auch Medianten genannt – wollen mit Unterstützung einer dritten „allparteilichen“ (§ 2 Abs. 3 S. 1 MediationsG) Person – dem Mediator – einen Konflikt durch eine gemeinsame Vereinbarung beilegen, die den Bedürfnissen und Interessen aller gerecht wird, es soll eine „Win-win-Situation“ geschaffen werden. Der Mediator trifft dabei, anders als zum Beispiel ein Richter oder Schlichter, keine eigenen Entscheidungen, sondern sorgt lediglich für einen geordneten Verfahrensablauf. Anders formuliert: Der Mediator steuert den Mediationsprozess, die Medianten bestimmen Inhalt und Lösung.

Dieser Prozess ist strengen Regeln unterworfen und erfordert insbesondere vom Mediator ein hohes Maß an Qualifikation, Empathie und Geschick. Dabei ist die Mediation ein hocheffizientes Instrument der Konfliktlösung, das den Mediator physisch und psychisch aufs Äußerste fordert und den Medianten nach den Erfahrungen in der Praxis in der Regel zu interessengerechten Lösungen verhilft.

Prägendes Element der Mediation ist die Fokussierung auf die Interessen der Beteiligten, die sich etwa von ihren rechtlichen Ansprüchen oder auch der sich zunächst aufdrängenden „gerechten Lösung“ erheblich unterscheiden können. Zur Verdeutlichung mag folgendes Beispiel dienen:

An einem Obststand gibt es nur noch eine letzte Zitrone, die sowohl A als auch B, die zeitgleich erschienen sind, kaufen möchten. Die sich aufdrängende „gerechte Lösung“ besteht darin, die Zitrone zu teilen und A und B jeweils die Hälfte zu geben. Diese Lösung geht aber an den wirklichen Interessen der Parteien vorbei: Während A nämlich nur den Saft der Zitrone für einen Cocktail benötigt, möchte B allein die Schale der Zitrone für einen Kuchen. Bei Klärung der Interessen wären sowohl die Bedürfnisse von A als auch diejenigen von B vollumfänglich erfüllt worden, obgleich nur eine Zitrone zur Verfügung stand.

## Wie gestaltet sich der Ablauf eines Mediationsverfahrens?

Das Mediationsverfahren gliedert sich grundsätzlich in sechs Phasen, die sich kurz wie folgt skizzieren lassen:

- » Mediationsvorbereitung: Zunächst muss geklärt sein, dass der Konflikt sich für eine Mediation eignet. Ist dies der Fall, werden der Ablauf des Mediationsverfahrens sowie die dabei geltenden „Spielregeln“ erörtert und eine Mediationsvereinbarung abgeschlossen.
- » Themensammlung: In dieser Phase wird ermittelt, worum es bei dem Konflikt geht und welche Themen zu erörtern sind.
- » Interessenklärung: Hier geht es darum, das tatsächliche, hinter einer nach außen dokumentierten Position stehende Interesse aufzudecken.
- » Lösungsoptionen: Es werden sämtliche (un-)denkbaren Lösungsansätze gesammelt.
- » Bewertung der Lösungsoptionen: Erst danach werden die gefundenen Lösungsansätze bewertet.
- » Abschließende Vereinbarung: Die gefundenen Lösungen werden in einer abschließenden Vereinbarung niedergelegt.

Im Übrigen gilt, dass die Mediation ein freiwilliges Verfahren ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden kann. Dies ist in § 2 MediationsG ausdrücklich so bestimmt.

Aufgabe des allparteilichen Mediators ist die Strukturierung des vertraulichen und von den Parteien eigenverantwortlich geführten Prozesses. Während des Mediationsverfahrens steht es den Medianten frei, sich zum Beispiel anwaltlich begleiten und beraten zu lassen. Der Mediator kann allerdings, selbst wenn er zugleich Anwalt oder Notar ist, aufgrund seiner Neutralität nicht in dieser Funktion in Erscheinung treten. Mediatoren sollten eine nachweisbare Qualifikation vorweisen können und bei allen Medianten Akzeptanz finden. Besondere Offenbarungs- und Neutralitätspflichten sind in § 3 MediationsG festgelegt. Gezielt für das Gesundheitswesen bietet der 2011 gegründete Verein *mediatori e.V.* – Deutsche Schiedsstelle im Medizinrecht an, auf das Medizinrecht spezialisierte Mediatoren bundesweit zu benennen und stellt auch Muster für vertragliche Mediationsklauseln sowie für eine Mediationsvereinbarung zur Verfügung.

## Vorteile der Mediation gegenüber einem Streit vor Gericht

Die wesentlichen Vorteile einer Mediation gegenüber einer streitigen Konfliktlösung bestehen darin, dass

- » die Medianten ihren Konflikt nicht fremdbestimmt, zum Beispiel durch einen Richter, sondern eigenverantwortlich und damit in der Regel nachhaltig lösen;
- » Diskretion und Vertraulichkeit gewahrt sind: Interna dringen – anders als bei in aller Regel öffentlichen gerichtlichen Auseinandersetzungen – nicht nach außen;
- » Mediation im Verhältnis zu streitigen Gerichtsverfahren meist schneller und kostengünstiger zur Konfliktbeilegung führt;
- » in der Regel anders als bei sonstigen Konfliktlösungsinstrumenten eine langfristige und somit nachhaltige Befriedung zwischen den Parteien erreicht wird.

## Mediation in der (zahn-)ärztlichen Versorgung

Im Bereich der ambulanten (zahn-)ärztlichen Versorgung finden sich viele potenzielle Anwendungsfälle für eine außergerichtliche Mediation. Der Schwerpunkt liegt dabei sicher auf dem Bereich der Kooperationen. Durch die Reformen der jüngsten Vergangenheit haben kooperative Versorgungsmodelle sowie interdisziplinäre und arbeitsteilige Praxisstrukturen vermehrt an Bedeutung gewonnen. Hierin liegen Chancen und Risiken zugleich. Besonderes Konfliktpotenzial bergen dabei etwa die Gewinn- und Verlustverteilung oder auch die Praxisorganisation im Allgemeinen sowie vor allem auch jede Form der Beendigung einer Zusammenarbeit, insbesondere mit den ärztlichen Kollegen. Denkbare Streitpunkte, die sich für eine Mediation anbieten, sind insbesondere

- » Praxisauseinandersetzungen
- » Praxisnachfolgestreit (Senior-Junior-Konstellation)
- » Kompetenzstreit zwischen Ärzten
- » Konflikte bei Umstrukturierung der Praxis
- » Differenzen über die zukünftige Strategie/Ausrichtung
- » Probleme im Bereich ärztlicher Weiterbildung
- » Streit bei Ein-/Austritt eines Partners aus einer Gemeinschaftspraxis
- » Konflikte bei der Ermittlung der Abfindung bei Ausscheiden eines Partners aus einer Gemeinschaftspraxis
- » Konflikte im Praxisteam

Gleich mehrere Aspekte lassen es zudem bei diesen Konstellationen besonders sinnvoll erscheinen, die streitige Auseinandersetzung zu vermeiden und stattdessen einen Mediator einzuschalten:

- » Starke persönliche und wirtschaftliche Verflechtung der Gesellschafter
- » Hohe Eigenkapitalsummen



RA Michael Frehse (links)  
RA Dr. Tobias Scholl-Eickmann (rechts)  
Fotos: Kanzlei am Ärztehaus  
[www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de)

- » Unterschiedliche Kompetenzen und Wertvorstellungen bei gleichgeordneter Zusammenarbeit
- » In der Regel dauerhafte Zielsetzung der Kooperation
- » Enge Zusammenarbeit auch mit dem nichtärztlichen Personal
- » Komplexer rechtlicher Rahmen, bei dem sich manche Gestaltungsmöglichkeit nicht auf den ersten Blick aufdrängt und von den Parteien gesehen wird

### Mediation im Arzt-Patienten-Konflikt

Einer differenzierteren Betrachtung bedarf die Sinnhaftigkeit einer Mediation im Arzt-Patienten-Verhältnis. Ein Mediator kann gerade dort, wo eine dauerhafte Beziehung gewollt ist und sich ein persönliches Näheverhältnis entwickelt hat, eine Verfestigung und Vertiefung des Konflikts verhindern helfen. Dies gewinnt insbesondere dort an Bedeutung, wo der Patient aufgrund der Spezialisierung des Arztes oder in unterversorgten Gebieten keine echte Wahlmöglichkeit hat. Auch für den Arzt besteht grundsätzlich ein großes Interesse, einen öffentlichen Prozess und den im Zusammenhang damit drohenden Ansehensverlust zu vermeiden.

Gleichwohl sprechen einige gewichtige Argumente in dieser Konstellation häufig gegen eine Mediation. Eine eigenverantwortliche Konfliktlösung lässt sich nur dann sicherstellen, wenn die Medianten über eine annähernd gleiche Verhandlungsmacht verfügen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist allerdings typischerweise von einem Kompetenzgefälle geprägt. Geht es zudem um den finanziellen Ausgleich für durch Behandlungsfehler erlittene Körperschäden, so muss die Rolle der Haftpflichtversicherer berücksichtigt werden. Diese werden in aller Regel einen Schaden nur dann regulieren, wenn die Haftungsfrage verbindlich geklärt ist. Hier übernehmen die Gutachterkommissionen und Schlichtungs-

stellen eine wichtige Rolle und ermöglichen eine Streitbeilegung außerhalb einer gerichtlichen Auseinandersetzung.

Aus unserer Sicht ist daher im Arzt-Patienten-Verhältnis nur Raum für die Einschaltung eines Mediators, wenn ein Kommunikationsdefizit zwischen Arzt und Patient im Vordergrund steht, also wenn das wahre Interesse des Geschädigten in einer Entschuldigung seitens des Arztes liegt und er das Geschehene schlicht nachzuvollziehen sucht. Hier kann eine Mediation helfen, die im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens drohende Eskalation zu verhindern. Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass viele Mediatoren auch im Bereich von Haftungsfällen tätig sind und hier einen Raum für die Mediation sehen.

### Mediationsklausel

In der Vertragsgestaltung werden neben den bereits verbreiteten Schlichtungs- und Schiedsgerichtsklauseln zunehmend auch Mediationsklauseln verwandt, teils in Kombination mit Schlichtungs- und/oder Schiedsgerichtsklauseln. Dies gilt nicht nur für gesellschaftsrechtliche Verträge unter Ärzten, sondern auch für jegliche Form von Kooperationsverträgen und für Dienstverträge von angestellten Ärzten. Diese Entwicklung ist nachvollziehbar: Die Vorteile einer außergerichtlichen Mediation und deren hohe Erfolgsquote – nach Untersuchungen werden mehr als 75 Prozent aller Mediationen erfolgreich beendet – sprechen für sich.

### Fazit

Der wachsende ökonomische Druck und die verschärften Wettbewerbsbedingungen im deutschen Gesundheitswesen drängen auch niedergelassene Zahnärzte und Ärzte dazu, innovative Formen der Kooperation zu suchen. Die Zusammenarbeit innerhalb arbeitsteiliger Praxisstrukturen birgt aber aufgrund der Komplexität der Rahmenbedingungen, sich überschneidender Verantwortungsbereiche und divergierender Zukunftsstrategien auch erhebliches Konfliktpotenzial. Wirtschaftliche Abhängigkeiten und persönliche Beziehungsgeflechte machen es erforderlich, einvernehmliche Lösungen für auftretende Streitigkeiten zu finden.

Aus diesem Grund hat gerade hier die Mediation als eine Form der einvernehmlichen Streitbeilegung stetig an Bedeutung gewonnen. Unter Zuhilfenahme eines Mediators lassen sich Konflikte häufig schneller, effektiver und nachhaltiger beilegen als bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung. Zudem gelingt es durch die Mediation meist, für alle Beteiligten dauerhaft tragbare Ergebnisse zu erzielen.

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung von  
PFB Praxis Freiberufler-Beratung, Ausgabe 01/2015

# Mediation in der Zahnarztpraxis: „Eine Mediation hat keine Verlierer“

Hilft die Mediation Zahnarztpraxen, Konflikte außergerichtlich zu lösen? Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) hat das in einem einjährigen Pilotprojekt erprobt. *KZV aktuell* sprach mit dem Verantwortlichen, Nikolai Schediwy, über die gewonnenen Erkenntnisse.

Interview: Katrin Becker

## KZV aktuell: Wie kamen Sie auf die Idee, Ihren Mitgliedern Mediation anzubieten?

Schediwy: Ich bin seit fast 25 Jahren als Rechtsanwalt zugelassen und häufig über den Ablauf und die Ergebnisse von Gerichtsverfahren enttäuscht worden. Oft wurden Rechtsfragen geklärt, nicht aber die ursächlichen Konflikte mit der Folge, dass nach dem Verfahren der Konflikt meist erst richtig losging. Stellen Sie sich vor, ein Mitarbeiter einer Praxis geht zur Konfliktlösung vor Gericht. Das Urteil klärt möglicherweise eine Rechtsfrage, aber eine zukünftige Zusammenarbeit ist dann kaum mehr möglich. Im Gegenteil: Vor Gericht gibt es meist einen Verlierer, der Konflikt wird dadurch verschärft. Ich habe mich deshalb über außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren informiert, so die Mediation kennengelernt und mich zum Wirtschaftsmediator ausbilden lassen.

## KZV aktuell: Was ist Mediation?

Schediwy: Mediation ist eine Methode der eigenverantwortlichen Konfliktbewältigung. Dabei unterstützt eine allparteiliche Person (Mediator) zwei oder mehrere Personen (Medianten) bei einer Konfliktlösung. Aufgabe des Mediators ist es, ein strukturiertes Verhandlungsverfahren zu steuern mit dem Ziel, dass die Parteien selbstständig und aus freiem Willen ihren Konflikt lösen. Der Mediator hält sich aus dem Konflikt heraus und trifft auch keine Entscheidung in der Sache. Er macht nicht einmal einen Entscheidungsvorschlag. Das unterscheidet die Mediation von einem (Schieds-)Gerichtsverfahren oder einer Schlichtung. Die Konfliktpartner können bei einer Mediation praktisch nie als Verlierer herausgehen, da sie nicht befürchten müssen, von dritter Seite eine Entscheidung aufgebürdet zu bekommen. Zudem sind die selbst getroffenen Lösungen nachhaltiger als Entscheidungen seitens Dritter.

In der Mediation ist es elementar, Positionen aller Parteien herauszuarbeiten, denn hinter jeder Position steckt ein Bedürfnis. Die Konfliktpartner sollen Verständnis für die jeweils anderen Interessen entwickeln. Dabei geht es nicht darum, die andere Sichtweise zu akzeptieren. Um den Konflikt zu lösen, muss sie aber verstanden, zumindest nachvollzogen werden können. Ganz wichtig ist auch, dass eine Mediation vertraulich ist und der Mediator ein Zeugnisverweigerungsrecht besitzt.

Rechtsanwalt Nikolai Schediwy,  
Leiter des Geschäftsbereichs  
Qualität in der vertragszahnärztlichen  
Versorgung der KZVB  
Foto: KZVB



# MEDIATION



Foto: © Photographee.eu / fotolia.de

PRAXIS

## **KZV aktuell: Was sind die Vorteile der Mediation?**

Schediwy: Mediation bietet die Möglichkeit – anders als Gerichte, bei denen man auf den Streitgegenstand beschränkt bleibt –, weitere Thematiken in die Konfliktlösung einzuarbeiten. Hinzu kommt, dass Gerichte zurückblicken und einen Sachverhalt rückwärtsgewandt abwickeln. Wer hatte zu einem Zeitpunkt in der Vergangenheit recht? Oder wer war schuld? Anders eine Mediation. Dort wird versucht, einen Sachverhalt mit Blick in die Zukunft zu klären. Außerdem sind Gerichtsurteile unsicher. Delegiert man die Entscheidung an einen Dritten, weiß man nie, was herauskommt. Ein beredter Beleg hierfür ist der Volksmund: Auf hoher See und vor Gericht ist man in Gottes Hand. Bei der Mediation ist man stets Herr des Prozesses, da man selbst die Lösung erarbeitet. Mediationen gehen schnell und sind kostengünstig. Es bedarf regelmäßig nur weniger Sitzungen und weniger Tage. Es fällt lediglich ein Honorar für den Mediator an, das sich die Konfliktparteien meist teilen. Mediationsvereinbarungen können für vollstreckbar erklärt werden und kommen dann einem Urteil gleich. Sie garantieren damit Rechtssicherheit. Mediationen hemmen grundsätzlich die Verjährung. Man

läuft durch einen Mediationsversuch deshalb nicht Gefahr, gerichtlich durchsetzbare Rechte zu verlieren. Seit 2012 gibt es ein Mediationsgesetz. Auch das gibt Rechtssicherheit.

## **KZV aktuell: Bei welchen Konflikten in der Zahnarztpraxis lohnt sich eine Mediation?**

Schediwy: Zahnarztpraxen sind einem dichten Geflecht von Beziehungen ausgesetzt – Praxis- oder Vertragspartner, Mitarbeiter, Patienten. Überall gibt es Konfliktpotenzial, das dem Praxiserfolg schaden kann. Die Ursachen reichen von unterschiedlichen Auffassungen über die Arbeitszeit über die Leistungsbereitschaft bis hin zur Gewinnverteilung. Hinzu kommen vielfach Kommunikationsprobleme. Auch unzufriedene Patienten können der Praxis, etwa durch negative Bewertungen, schaden.

## **KZV aktuell: Die KZVB hat ihren Mitgliedern in einem Pilotprojekt kostenlos eine Mediation angeboten.**

Schediwy: Die Idee war, die Zahnärzte zu sensibilisieren, dass Konflikte die Wertschöpfung einer Praxis beeinträchtigen und sie diese lösen soll-

ten. Die Fehlerhäufigkeit nimmt Studien zufolge um den Faktor 5 zu, wenn sich Kollegen bei der Arbeit nicht verstehen. Dabei geht es nicht nur um die offen ausgetragenen Konflikte, auch die stillen sind nicht zu unterschätzen. Es genügt bereits, dass sich Mitarbeiter untereinander Informationen vorenthalten. Mediation bietet nicht nur die Möglichkeit, diese Konflikte und daraus resultierende Beeinträchtigungen des Praxiserfolgs einvernehmlich und dauerhaft zu lösen. Sie fördert auch die Eigenverantwortung der Mitarbeiter und deren Leistungsbereitschaft.

### **KZV aktuell: Gibt es Grenzen der Mediation in der Zahnarztpraxis?**

Schediwy: Meine Erkenntnis ist, dass Mediationen in der Zahnarztpraxis vorrangig bei Konflikten innerhalb des Praxisteam erfolgreich sind. Es ist einfacher, Mitarbeiter zu einer Mediation zu bewegen. Der Chef kann einen Mediationsversuch wünschen und ihnen so ermöglichen, einen Konflikt selbst zu lösen. Dem widersetzen sich Mitarbeiter meiner Erfahrung nach nicht. Bei Kooperationsverträgen empfehle ich, dass die Praxispartner eine Mediationsklausel in den Gesellschaftsvertrag aufnehmen, sodass erst eine Mediation versucht wird, bevor es zur Klage kommt. Im Verhältnis zu den Körperschaften ist Mediation in Deutschland kaum möglich. Behörden regeln lieber einseitig einen Sachverhalt per Verwaltungsakt. Im Haftungsrecht ist zu berücksichtigen, dass die Schadensregulierungshoheit nicht der Zahnarzt, sondern seine Haftpflichtversicherung besitzt. Mir bekannte Mediationen von Haftpflichtversicherungen haben nicht viel mit einer richtigen Mediation zu tun.

### **KZV aktuell: Zusammengefasst: Wie sind Ihre Erfahrungen aus dem Pilotprojekt?**

Schediwy: Ein wenig ernüchternd. Wir haben festgestellt, dass kaum jemand Kenntnis über die Mediation besitzt. Häufig scheiterte die Durch-

führung einer Mediation daran, dass sich ein Konfliktpartner bei uns meldete, sein Gegenüber sich aber nicht auf ein Verfahren einlassen wollte. Die Mediationen, die stattfanden, betrafen Konflikte unter Mitarbeitern und zwischen Praxispartnern. Hier waren die Verfahren regelmäßig erfolgreich. Damit Mediationen sich etablieren und als Konfliktlösungsverfahren wahrgenommen werden, muss noch enorme Aufklärungsarbeit geleistet werden. Ich persönlich halte die Mediation für ein fantastisches Instrument, das jedoch in Deutschland, anders als in den USA, aufgrund Unkenntnis ein Schattendasein führt.

### **KZV aktuell: Herzlichen Dank für das Gespräch.**

#### **Interesse?**

Mediatoren können in beinahe jeder Lebenslage helfen, ihre Einsatzfelder sind so vielfältig wie ihre beruflichen Wurzeln. Juristen, Unternehmens- oder Steuerberater, Psychologen, Ärzte und Zahnärzte lassen sich weiterbilden. Erste Anlaufstellen, um einen zertifizierten Mediator zu finden, sind zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Mediation ([www.dgm-web.de](http://www.dgm-web.de)) oder der Verein [medi.atori](http://medi.atori) - Deutsche Schiedsstelle im Medizinrecht ([www.med-iatori.de](http://www.med-iatori.de)).



# Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz und der apoBank: **Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen**

Wie jeder Unternehmer ist auch der Freiberufler gezwungen, sämtliche Liquiditätsreserven auszuschöpfen. Dazu zählt auch die Steuer, die inklusive Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer immer noch fast 50 Prozent des Gewinns abschöpft.

Existenz- und Alterssicherung bedeutet, einen Vermögensstock aufzubauen, aufgrund dessen man jederzeit über entsprechende Zahlungsmittel verfügen kann. Das gilt für den Praxisbereich ebenso wie für die private Lebensführung. Chancen sind da und müssen mit Sachkenntnis ergriffen werden.

Reich im Alter oder reicht's im Alter? Das „Alters-einkünftegesetz“ verringert seit 2005 die Altersrente des Zahnarztes durch drastische Erhöhung der Besteuerung – mit gesetzlich festgeschriebener Erhöhungstendenz. Private Vorsorge ist unentbehrlich. Das Seminar zeigt intelligente Lösungen.

Geplante Themenschwerpunkte:

- » Die richtige Steuerstrategie
- » Abschreibungen (AfA)
- » Abgeltungsteuer – Grundzüge der neuen Kapitalbesteuerung
- » Leasing contra Bankkredit
- » Geld verdienen mit der richtigen Finanzierung
- » Steuersparende „Beteiligung“ von Ehegatten, Partnern und Kindern am Gewinn der Praxis
- » Sinkende Steuersätze als Gestaltungsmotor
- » Einkünfte verlagern in der Familie
- » Das „Alterseinkünftegesetz“
- » Vorgezogene Altersrente – Chancen und Vermeidung schwerwiegender Fehler

Das Seminar findet statt am:

**Mittwoch, 6. Juni 2018,  
15:00 Uhr bis 19:00 Uhr  
Zahnärztehaus Koblenz,  
Bahnhofstraße 32, 56068 Koblenz**

Referent:

**Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski,  
Rechtsanwalt und Steuerberater**

Die Veranstaltung bieten wir Ihnen in Kooperation mit der apoBank kostenfrei an. Sie wird mit 4 Fortbildungspunkten bewertet. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt. Bitte nutzen Sie dafür das beiliegende Antwortfax. Wir freuen uns auf Sie!



Foto: © v.poth / fotolia.de

Die Zahnärzte in Rheinland-Pfalz trauern um ihren Kollegen

## Dr. Holger Dausch

der am 18.03.2018 im Alter von 63 Jahren verstarb.

**Dr. Holger Dausch war Zahnarzt in Mainz,**

**Träger der Verdienstmedaille der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz,**

**Vorstandsmitglied der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz,**

**stellvertretender Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen,**

**Delegierter in der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung**

und

**langjähriges Mitglied in vielen Gremien der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz.**

Die Zahnärzteschaft in Rheinland-Pfalz hat mit Dr. Holger Dausch einen langjährigen Mitstreiter verloren, der sich verantwortungsvoll und mit großer Energie für die freiberufliche Tätigkeit der Zahnärzte und eine hochwertige Versorgung der Patienten engagierte. Seine herausragenden analytischen Fähigkeiten und seinen Sachverstand setzte er ein, um der Zahnheilkunde und damit den Menschen zu dienen.

Dr. Holger Dausch wird uns als besonderer Kollege und Freund in Erinnerung bleiben.

Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Ehefrau, der Familie und allen, die ihm nahestanden.

**Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz**

Dr. Wilfried Woop, Präsident

**Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz**

Dr. Peter Matovinovic, Vorstandsvorsitzender



**KZVRLP**

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz