



Nr. 4/2008

Jahrgang 50
Dezember 2008

**Mitteilungen des
Zahnärztlichen Bezirksverbandes
Oberfranken**

Weihnachtsgruß

„Danke“

Wem sind wir Dank schuldig?

Haben wir nicht ein Jahr lang für die Kolleginnen und Kollegen gerackert und uns keine Ruhe gegönnt?

Wem sind wir etwas schuldig geblieben?

Unseren Familien und Freunden, für die wir zu wenig Zeit hatten.

Unseren Kolleginnen und Kollegen, deren Probleme wir nicht gesehen haben.

Wir sind Dank schuldig unseren Familien und Freunden, die uns getragen und unterstützt haben.

Wir sind Dank schuldig unseren Kolleginnen und Kollegen, ohne die unsere Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Wir sind Dank schuldig unseren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die uns ertragen haben.

Wir sind Dank schuldig unserem Gott, der uns ein friedvolles Weihnachtsfest beschert.

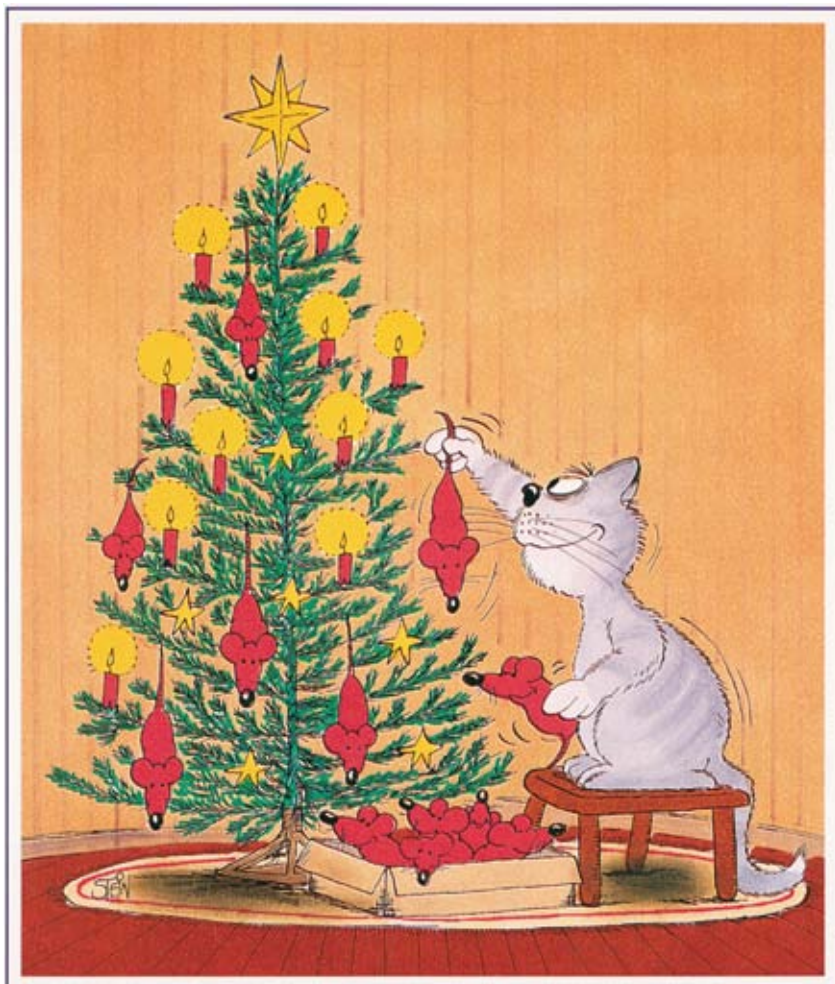
Wir wünschen allen oberfränkischen Kolleginnen und Kollegen und ihren Teams ein friedvolles und gesegnetes Weihnachtsfest und einen guten Start ins neue Jahr.

*Dr. Rüdiger Schott
Dr. Reiner Zajitschek
ZBV Oberfranken*

*Dr. Michael Lechner
Dr. Markus Achenbach
KZVB-Bezirksstelle Oberfranken*

Unseren Inserenten wünschen wir

besinnliche Weihnachtstage und ein glückliches neues Jahr verbunden mit dem Dank, dass Sie durch Ihre Insertionen an der Gestaltung der MZO im vergangenen Jahr mitgewirkt haben. Wir würden uns freuen, wenn diese Zusammenarbeit auch im neuen Jahr fortgesetzt werden könnte.



Wir betrauern das Ableben unserer Kollegen

Dr. Ilse Hoffmann, Bayreuth

geboren am 17. Januar 1922, verstorben am 9. April 2008

Dr. Folker Schalkhäuser, Kulmbach

geboren am 24. Januar 1939, verstorben am 14. September 2008

Werner Rügger, Weidenberg

geboren am 21. November 1928, verstorben am 3. Oktober 2008

Wir werden unseren verstorbenen Kollegen ein ehrendes Andenken bewahren.

Für den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken

Dr. Schott

Dr. Zajitschek

BEKANNTGABEN

Beitragszahlung I/2009

Der Beitrag für das I. Quartal 2009 ist bereits am 01.01.2009 fällig.

Alle Kolleginnen und Kollegen, die nicht am Lastschriftverfahren teilnehmen, bitten wir zu beachten, dass der Beitrag jeweils zu Quartalsbeginn unaufgefordert an den ZBV Oberfranken zu überweisen ist.

Im Falle einer Anmahnung des ZBV-Beitrages muss lt. Beitragsordnung eine Mahngebühr in Höhe von 5,- € verrechnet werden.

Für alle am Lastschriftverfahren beteiligten Kolleginnen und Kollegen wird der Beitrag I/2009 eingezogen.

Wir danken nochmals allen Kolleginnen und Kollegen, die durch die Erteilung einer Einzugsermächtigung dem ZBV Oberfranken die sehr umfangreiche Verwaltungsarbeit erleichtern.

Unsere Bankverbindung lautet:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Bayreuth,
Konto-Nr. 000 220 7370, BLZ 773 906 28.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frau Förster,
Tel. 0921/65025.

Anderung von Anschriften, Tätigkeiten usw.

Änderungen, wie z. B. Privat- oder Praxisanschrift, Telefon, Fax, Promotion, Beginn oder Ende einer Tätigkeit, Niederlassung, Praxisaufgabe etc., bitten wir, möglichst unverzüglich an den ZBV Oberfranken zu melden.

Änderung von Bankverbindungen / BLZ

Bitte denken Sie daran, den ZBV Oberfranken rechtzeitig zu informieren, wenn sich auf Ihrer erteilten Einzugsermächtigung zum Einzug der Beiträge Ihre Bankverbindung bzw. BLZ ändert. Häufig erheben Banken bei Rückbelastung des Beitragsinzuges erhebliche Gebühren, die wir an Sie weitergeben müssen, wenn Sie die Meldung versäumt haben.

Vertretung während des Weihnachtsurlaubs

Bitte denken Sie daran, während Ihres Weihnachtsurlaubs, sofern dieser über den eingestellten Notdienst hinausgeht, die Versorgung Ihrer Patienten sicherzustellen, sei es durch einen Vertreter oder **nach vorheriger Absprache** durch einen oder mehrere Kollegen.

Die Tonbandansage für den Notdienst ist an den eingeteilten Tagen unter der Telefonnummer 09 21 / 76 16 47 zu hören.

**Der Notdienst kann für alle Bereiche im Internet nachgelesen werden unter:
www.zbv-oberfranken.de**

Mitgliederbewegung Monate August/ September/Oktober 2008

Neuzugänge:

Dr. Bornebusch Max, Neuseser Str. 8, 91074 Herzogenaurach
Dr. Emmert-Felix Janne, Laubanger 17a, 96052 Bamberg
Dr. Felix Christian, Laubanger 17a, 96052 Bamberg
Fischer Manuela, Gerstenbergstraße 6, 91052 Erlangen
Heim Stephan, Schillerstr. 1, 95100 Selb
Hümmerich-Korm Christine, Ziegelerden 125, 96317 Kronach
Kirsten Maria, An der Leite 9, 95183 Feilitzsch
Krämer Doreen, Leipziger Str. 16, 07743 Jena
Kunze Michael, Odenwaldstraße 19, 95448 Bayreuth
Lauterbach Madeleine, Untere Labyrinthstraße 8, 95028 Hof
Meisel Mark, Am Wasserturm 7a, 90562 Heroldsberg
Reimers Boris, Zimmerberg 30, 96114 Hirschaid
Renner Patty, Max-Stirner-Str. 20, 95447 Bayreuth
Dr. Scheller Stefan, Äußerer Ring 15, 96317 Kronach
Schmitt Claudia, Waldstraße 28, 96155 Buttenheim
Schnirring Peter, Hohenzollernring 40, 95444 Bayreuth
Dr. Steinert Frank, Schleifer Ring 60, 96317 Kronach
Weidmann Simone, Wiesenteich 7, 96049 Bamberg-Bug
Weißbach Henry, Am Flügelbahnhof 5a, 96317 Kronach
Yildiz Funda, Hahnweg 28a, 96450 Coburg

Streichungen:

Dr. Buchholz Sabine, Bayreuth - Abgang nach Sachsen
Dr. Eschrich Kathrin, Coburg - Abgang nach Thüringen
Förster Frank, Mittweida - Abgang in die Oberpfalz
Dr. Fritzscht Bernd, Marktkeuthen - Abgang nach Sachsen
Dr. Miesel Hans, Bischberg - verstorben am 20.02.2007
Rüger Werner, Weidenberg - verstorben am 03.10.2008
Sauer Thomas, Bad Langensalza - Abgang nach Thüringen
Schab Stefan, Pinzberg - Abgang nach Mittelfranken
Dr. Schalkhäuser Folker, Kulmbach - verstorben am 14.09.2008
Dr. Schiller Thomas, Bayreuth - Abgang in die Oberpfalz
Wagner Eike, Bayreuth - Abgang nach Oberbayern

Mitgliederstand am 31.10.2008: 1.020

Fachlehrer/innen im Schuljahr 2008/2009 an den Berufsschulen

Berufsschule Bamberg:

ZA Rainer Lissok, Dr. Marcus Mensing,
ZÄ Anita Pohl-Müßig, ZA Volker Wais

Berufsschule Bayreuth:

Dr. Ulrich Hofmann, Dr. Ingo Stöhr,
Dr. Annemarie Weidner, ZA Herbert Weigel

Berufsschule Coburg:

Dr. Jens-Uwe Grünberg, ZÄ Andrea John,
Dr. Ulrich Kern, Dr. Johannes Schofer

Berufsschule Forchheim:

Dr. Andreas Demmel, ZÄ Anita Pohl-Müßig

Berufsschule Hof:

Dr. Peter Dünninger, Dr. Walter Gräf,
Dr. Rüdiger Schott, Dr. Andrea Schütz-Zajitschek

Wir danken allen vorgenannten Kolleginnen und Kollegen,
dass sie sich im Schuljahr 2008/2009 für das Fachlehreramt
zur Verfügung gestellt haben und für ihr großes Engage-
ment und ihren Einsatz bei der Ausbildung des Nachwuchses
der Zahnmedizinischen Fachangestellten.

Winter-Abschlussprüfung für Zahnmedizinische Fachangestellte 2009

Der **schriftliche Teil** der Winter-Abschlussprüfung findet am
Mittwoch, dem 14.01.2009, an der Berufsschule II, Bayreuth,
statt. Der Prüfungsablauf wurde wie folgt festgelegt:

8.30-10.00 Uhr:	Bereich Behandlungsassistentz (einschließlich Röntgen)
10.00-11.00 Uhr:	Bereich Praxisorganisation und -verwaltung
11.00-11.45 Uhr:	Pause
11.45-13.15 Uhr:	Bereich Abrechnungswesen
13.15-14.00 Uhr:	Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde

Die Termine der „Praktischen Übungen“ werden den Prüflin-
gen durch die Berufsschule mitgeteilt.

Die Prüfungsgebühr beträgt 200,- € und wird vom ZBV Ober-
franken erhoben.

Der Arbeitgeber hat die Auszubildende für die Teilnahme an
Prüfungen von der Arbeit freizustellen. Gemäß § 10 Abs. 2
JArbSchG sind Jugendliche auch an dem Arbeitstag, der der
schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht, von
der Arbeit zu befreien.

Zwischenprüfung - 22.04.2009

Der Nachweis über die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist
Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung.

Die Zwischenprüfung wird durch das Berufsbildungsgesetz
zwingend vorgeschrieben. Zweck ist die Ermittlung des jewei-
ligen Ausbildungsstandes der/des Auszubildenden, um ggf.
korrigierend auf die weitere Ausbildung einwirken zu könn-
en.

Die Zwischenprüfung wird gemäß der Ausbildungsverordnung
für Zahnmedizinische Fachangestellte in programmierter
Form schriftlich in 60 Minuten durchgeführt und muss späte-
stens bis 10.00 Uhr beendet sein.

Prüfungstermin - Mittwoch, 22.04.2009

Die Zwischenprüfung findet an den jeweiligen Berufsschulen
statt. Ort, Beginn und Prüfungsraum werden von den Berufs-
schulen bekannt gegeben.

Anmeldeschluss - 23.01.2009

Die Anmeldungen erfolgen über die Berufsschulen. Die ent-
sprechenden Formulare liegen dort vor.

Prüfungsgebühr

Die Prüfungsgebühr beträgt voraussichtlich 50,- € und ist von
der ausbildenden Praxis zu tragen. Sie wird bei vorliegender
Einzugsermächtigung über den ZBV in Abzug gebracht.

Prüfungsbescheinigung

Über die Teilnahme wird eine Bescheinigung ausgestellt. Sie
enthält Angaben über die Ergebnisse der Prüfung. Die Beschei-
nigung wird auf Verlangen in zweifacher (siehe Anmeldefor-
mular), ansonsten in einfacher Ausfertigung der Ausbildungs-
praxis übersandt.

Wichtiger Hinweis

Mit der Anmeldung zur Zwischenprüfung muss für Jugendli-
che spätestens der Nachweis über die erste ärztliche Nachun-
tersuchung gem. §§ 32, 33 JArbSchG vorgelegt werden.

Feiertagsruhe bei Auszubildenden

In § 18 des Jugendarbeitsschutzgesetzes ist die Feiertagsruhe wie folgt geregelt:

1. Am 24. und 31. Dezember nach 14.00 Uhr und an gesetzlichen Feiertagen dürfen Jugendliche nicht beschäftigt werden.
2. Zulässig ist die Beschäftigung Jugendlicher an gesetzlichen Feiertagen in den Fällen des § 17 Abs. 2 JArbSchG (z. B. zahnärztlicher Notdienst), ausgenommen am 25. Dezember, am 1. Januar, am ersten Osterfeiertag und am 1. Mai.
3. Für die Beschäftigung an einem gesetzlichen Feiertag, der auf einen Werktag fällt, ist der Jugendliche an einem anderen berufsschulfreien Arbeitstag derselben oder der folgenden Woche freizustellen. In Betrieben mit einem Betriebsruhetag in der Woche kann die Freistellung auch an diesem Tag erfolgen, wenn die Jugendlichen an diesem Tag keinen Berufsschulunterricht haben.

Zahnärztlicher Notdienst für 2009

Im November erhielten alle niedergelassenen Kollegen die Notdienst-Einteilung der Bezirksstelle Oberfranken der KZVB für das Jahr 2009. Wir bitten, diese Notdienst-Aufstellung sorgfältig aufzubewahren. Nachdem jedem Kollegen vor Druck ausreichend Tauschmöglichkeit eingeräumt war, kann einem **Tausch nur noch aus wirklich dringenden Gründen** zugestimmt werden.

Informationen zu Ihrer geplanten Niederlassung

Fordern Sie bitte rechtzeitig vor der geplanten Niederlassung die entsprechenden Register- und Zulassungsanträge bei der Bezirksstelle an.

Die Vorsitzenden der Bezirksstelle Oberfranken stehen Ihnen jederzeit nach Terminvereinbarung zu Beratungsgesprächen zur Verfügung.

Informieren Sie die Bezirksstelle bitte rechtzeitig über Niederlassungsvorhaben.

Die nächsten Zulassungstermine sind:

Zulassungstermin	spätester Eingang der Anträge auf der Bezirksstelle
18. Februar 2009	19. Januar 2009
18. März 2009	15. Februar 2009
29. April 2009	27. März 2009
27. Mai 2009	30. April 2009
24. Juni 2009	25. Mai 2009
29. Juli 2009	25. Juni 2009
23. September 2009	24. August 2009
21. Oktober 2009	21. September 2009
18. November 2009	20. Oktober 2009
16. Dezember 2009	16. November 2009

Folgende Antragsgebühren werden mit Beantragung fällig:

Antrag auf Zulassung	100,- €
Antrag auf Ruhen der Zulassung	120,- €
Antrag zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft pro Partner	120,- €
Antrag auf Praxisverlegung	120,- €
Antrag auf Fristverlängerung	120,- €

Die Gebühren sind auf das Konto 0101 126 172, Deutsche Apotheker- und Ärztebank Nürnberg, BLZ 760 906 13, einzuzahlen.

Außer den nebenstehenden Gebühren werden folgende Verwaltungsgebühren erhoben:

nach unanfechtbar gewordener Zulassung	400,- €
nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10	400,- €
nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Zahnarztes bei einem Vertragszahnarzt oder in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des SGB V	400,- €
nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 (Verzeichnis Angestellte Zahnärzte)	400,- €

Die Gebühren nach § 46 Abs. 1 a und Abs. 2 d werden von der zuständigen Bezirksstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns erhoben.

Zusätzlich zu der Gebühr für die Eintragung in das Zahnarztregister in Höhe von 100,- € löst die Beantragung der Zulassung als Vertragszahnarzt somit Kosten in Höhe von 500,- € aus (Antragsgebühr 100,- € und Bescheidgebühr 400,- €); Antrag und Beschlussfassung für einen angestellten Zahnarzt verursacht Kosten in Höhe von 920,- € (Antragsgebühr 120,- €, Genehmigungsgebühr 400,- €; Eintragung in das Verzeichnis der angestellten Zahnärzte weitere 400,- €).

Es ist deshalb schon aus Kostengründen dringend zu empfehlen, Antragsstellungen sorgfältig zu überlegen.

Geburtstage

Herzlichen Glückwunsch und alles Gute!

06.01.2009	Dr. Wachter Helmut Schmiedstraße 3a, 95233 Helmbrechts 60 Jahre	27.02.2009	Tischer Arthur Gertraudenstraße 2, 96050 Bamberg 97 Jahre
10.01.2009	Dr. Lang Norbert Maxstraße 39, 95444 Bayreuth 85 Jahre	29.02.2009	Dr. Friedmann Armin Alexanderstraße 14, 95444 Bayreuth 65 Jahre
14.01.2009	Dr. Ulbricht Gottfried Pressecker Straße 8, 95233 Helmbrechts 89 Jahre	02.03.2009	Ruckdäschel Sofie Albert-Lortzing-Straße 40, 95030 Hof 81 Jahre
17.01.2009	Winter Gislint Am Luitpoldhain 1, 96050 Bamberg 82 Jahre	03.03.2009	Dr. Seffner Heinz Eppenreuther Straße 16a, 95032 Hof 87 Jahre
20.01.2009	Bloching Eugen Sonnenstraße 8, 95632 Wunsiedel 86 Jahre	08.03.2009	Dr. Moritz Theo Wahnfriedstraße 5, 95444 Bayreuth 82 Jahre
20.01.2009	Dr. Braun Udo Schlesienstraße 15, 95447 Bayreuth 98 Jahre	11.03.2009	Schubert Rolf Obere Birkleite 11, 96465 Neustadt 75 Jahre
23.01.2009	Fischer Herbert Neuseser Gartenweg 9, 96317 Kronach 65 Jahre	12.03.2009	Dr. Minder Rolf Mörikestraße 7, 95152 Selbitz 81 Jahre
30.01.2009	Munzert Otto Scheibenweg 3, 95168 Marktleuthen 80 Jahre	12.03.2009	Dr. Schönweiß Gundula Riemenschneiderstraße 100, 08066 Zwickau 65 Jahre
02.02.2009	Dr. Wolf Jürgen Jean-Paul-Straße 33, 95615 Marktredwitz 60 Jahre	15.03.2009	Dr. Rose Alfred Hindenburgstraße 3, 96450 Coburg 65 Jahre
21.02.2009	Dr. von Nordheim Joachim Rögener Grund 17, 96450 Coburg 60 Jahre	21.03.2009	Dr. Teirich Anton Am Hohen Zorn 9, 91301 Forchheim 60 Jahre
23.02.2009	MUDr. Nowak Kvetoslava Lorenz-Hutschenreuther-Straße 1, 95100 Selb 65 Jahre	24.03.2009	Dr. Cieslak Peter Wiesenstraße 9, 95473 Creußen 60 Jahre
26.02.2009	Dr. Korn Richard Suidgerstraße 9, 96049 Bamberg 83 Jahre	25.03.2009	Dr. Hock-John Hanne Panzerleite 73, 96049 Bamberg 83 Jahre
26.02.2009	Dr. Nechwatal Inge Querstraße 1, 96317 Kronach 84 Jahre		

Der Vorstand des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken gratuliert im Namen aller oberfränkischen Kollegen den Jubilaren auf das Herzlichste und wünscht ihnen für die weiteren Lebensjahre alles Gute.

Dr. Schott

Dr. Zajitschek

Anderungen und Ergänzungen im zahnärztlichen Notdienst

Bamberg-Stadt und -Land:

- 28./29.03.2009 Dr. med. dent. drs. Geus Michael MSc, Bamberg
Dr. Günther Heinz-Michael, 96135 Stegaurach, Debringer Straße 22, Tel. 09 51 / 2 95 90
21./22.05.2009 Dr. Kleilein Robert, 96049 Bamberg, Gaustadter Hauptstraße 120, Tel. 09 51 / 6 26 75 und 09 51 / 6 19 96
Just Karl-Heinz, 96178 Pommersfelden

Bayreuth-Stadt und -Land:

- 16./17.05.2009 Dr. Kubisch Volker, 95447 Bayreuth, Schwindstraße 40, Tel. 09 21 / 6 34 48 und 09 21 / 6 57 00

Landkreis Forchheim:

- 24./25.01.2009 Kowarz Beate, 91301 Forchheim, Wiesentstraße 61-62, Tel. 0 91 91 / 6 76 79
07./08.02.2009 Dr. Ertel Katja, 91322 Gräfenberg, Bahnhofstraße 30, Tel. 0 91 92 / 15 00
21./22.02.2009 Dr. Günther Marianne, 91301 Forchheim, Waisenhausstraße 17, Tel. 0 91 91 / 25 53
18./19.04.2009 Zwanziger Eva, 91355 Hiltpoltstein, Hauptstraße 16a, Tel. 09192/996246
02./03.05.2009 Kowatsch Gerti, 91077 Neunkirchen a. Brand, Steinäckerstraße 2, Tel. 0 91 34 / 2 93
21./22.05.2009 Munck Nina, 91301 Forchheim, Hauptstraße 43, Tel. 0 91 91 / 6 02 03
20./21.06.2009 Dr. Aly Tarek, 91301 Forchheim, Waisenhausstraße 17, Tel. 0 91 91 / 25 53

Landkreis Kronach:

- 01./02.08.2009 Dr. Pal Josef, 96358 Teuschnitz, Rappoltengrüner Straße 5, Tel. 0 92 68 / 71 71 und 0 92 61 / 96 26 37

Landkreis Kulmbach:

- 04./05.01.2009 Dr. Brückner Karl-Heinz, 95326 Kulmbach, Pestalozzistraße 6a, Tel. 0 92 21 / 48 50 und 7 63 51

Landkreis Lichtenfels:

- 02./03.01.2009 Dr. Scholl Holger, 96231 Bad Staffelstein, Bahnhofstraße 14, Tel. 0 95 73 / 73 23
07./08.03.2009 Dr. Worch Reinhard, 96215 Lichtenfels, Kronacher Straße 1, Tel. 0 95 71 / 9 52 40
13./14.06.2009 Dumstrey Thomas, 96231 Bad Staffelstein, Bahnhofstraße 14, Tel. 0 95 73 / 73 23

Landkreis Wunsiedel:

- 21./22.02.2009 Dr. med. dent. Wolf Artur, 95195 Röslau, Hauptstraße 28, Tel. 0 92 38 / 4 60 und 01 63 / 1 74 81 47

Abgeltungssteuer ab 2009

Systemwechsel bei Besteuerung von privaten Kapitalerträgen

Mit der ab 01.01.2009 geltenden Abgeltungssteuer führt der Gesetzgeber einen Systemwechsel in der Besteuerung von privaten Kapitalerträgen (Zinsen aus Sparverträgen aller Art, Aktien und Dividenden etc.) ein. Diese Erträge werden dann mit einem Pauschalsteuersatz von 25 % zzgl. Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer abschließend besteuert. Dies bedeutet, dass Erträge, die der Abgeltungssteuer unterlagen, nicht mehr in die Einkommensteuerveranlagung aufzunehmen sind.

Wegfall der Spekulationsfrist für Aktien

Ein Nachteil der Neuregelung ist, dass die Gewinne aus der Veräußerung von Aktien und Wertpapieren stets im Rahmen der neuen Abgeltungssteuer zu versteuern sind, also auch dann, wenn die Papiere länger als ein Jahr gehalten wurden. Durch den Wegfall der Spekulationsfrist verschlechtert die Abgeltungssteuer die steuerliche Situation für diese Gewinne deutlich gegenüber der aktuellen Rechtslage, die noch für Käufe bis 31.12.2008 gilt.

Kaufdatum entscheidend

Maßgebend für die Anwendung alten oder neuen Rechts zur Besteuerung der Verkäufe von Wertpapieren, Aktien und ähnlichem ist der Zeitpunkt des Kaufes. Soweit der Kauf noch in 2008 erfolgt, gilt die alte Spekulationsfrist von einem Jahr. Erfolgt in diesen Fällen ein Verkauf nach Ablauf der Jahresfrist, ist der Ertrag weiterhin steuerfrei. Die Neuregelung der Abgeltungssteuer gilt somit für alle Käufe ab 01.01.2009.

Separates Depot für Aktienkäufe ab 2009

Inhaber von Aktiendepots, die auch weiterhin Aktien und Wertpapiere an- und verkaufen, sollten alle Käufe ab dem 01.01.2009 über

ein separates Depot abwickeln. Im Falle eines Verkaufs sollte klar erkennbar sein, ob es sich um steuerlich relevante Veräußerungen von Wertpapieren handelt, deren Erwerb ab 2009 erfolgte, oder ob noch die alten Regelungen für davor erworbene Wertpapiere gelten. Werden Aktien und Wertpapiere nur in einem Depot gehalten, kommt es beim Verkauf zu der Anwendung der so genannten fifo-Methode (first in first out). Das bedeutet, dass Sie in diesem Fall bei einem Verkauf nicht steuern können, zu welchen steuerlichen Bedingungen Ihre Aktien verkauft werden.

Freistellungsaufträge erteilen

Um den Vereinfachungseffekt in der Steuerveranlagung zu erreichen, sollten Sie spätestens zum 01.01.2009 Freistellungsaufträge erteilen. Aus dem bisherigen Sparerfreibetrag und Werbungskostenpauschbetrag wird zwar ein so genannter Sparer-Pauschbetrag, der aber in unveränderter Höhe von 1.602,- € für zusammenveranlagte Ehegatten bzw. 801,- € für Alleinstehende bestehen bleibt. Nach einem koordinierten Ländererlass vom 02.07.2008 behält auch ein bereits vor dem 1. Januar 2009 erteilter Freistellungsauftrag seine Gültigkeit. Allerdings darf eine möglicherweise beschränkte Anwendung auf einzelne Konten nicht mehr berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass ein Freistellungsauftrag immer für alle Konten und / oder Depots desselben Kreditinstitutes gilt. Es empfiehlt sich daher aus Gründen der Übersichtlichkeit, dass der Freistellungsauftrag möglichst nur noch einer Bank insgesamt erteilt wird, wenn die Zinseinnahmen das Freistellungsvolumen mindestens erreichen.

Handlungsbedarf bei der Kirchensteuer

Für Kirchensteuerpflichtige entsteht weiterer Handlungsbedarf. Kirchensteuer auf die Kapitalerträge behalten die Kreditinstitute nur dann ein, wenn Sie dies unter Angabe der Religionszugehö-

rigkeit schriftlich beantragen (§ 51 a Abs. 2 c Einkommensteuergesetz (EStG)). Betreffen die Kapitalerträge mehrere Personen, kann dieser Antrag nur gestellt werden, wenn es sich um Ehegatten handelt oder alle Beteiligte derselben Religionsgemeinschaft angehören. In dem Antrag auf Einbehalt der Kirchensteuer haben die Ehegatten dann übereinstimmend zu erklären, in welchem Verhältnis sie an den Erträgen beteiligt sind. Erfolgt diese Erklärung nicht, wird der Anteil nach Köpfen ermittelt.

Tipp: Kirchensteuerabzug beantragen

Wird der Antrag zum Kirchensteuerabzug nicht gestellt, wird die Kirchensteuer im Rahmen der Steuerveranlagung erhoben. Dazu ist die erhobene Kapitalertragssteuer (Abgeltungssteuer) zu erklären und entsprechende Bescheinigungen sind vorzulegen (§ 51 a Abs. 2 d EStG). Im Ergebnis würde dies dazu führen, dass die beabsichtigte Vereinfachung der Steuererhebung durch die Abgeltungssteuer nicht eintritt. Wir empfehlen Ihnen daher, einen entsprechenden Antrag auf Kirchensteuerabzug zu stellen.

Einkommensteuerveranlagung auf Wunsch möglich

Sollte die Besteuerung durch die Abgeltungssteuer ungünstiger sein als die Versteuerung im Rahmen einer Einkommensteuerveranlagung oder wurde der Sparer-Pauschbetrag nicht ausgeschöpft, weil z. B. kein Freistellungsauftrag erteilt wurde, muss dies im Einzelfall nach Ablauf des Kalenderjahres geprüft werden. Zu diesem Zwecke sollten stets alle Steuerbescheinigungen aufbewahrt werden. Außerdem empfehlen wir Ihnen, eine Ertragnisaufstellung zu verlangen, da die üblichen Jahresbescheinigungen ab 2009 nicht mehr erteilt werden.

Deklarationspflicht

Kapitalerträge, für die keine Kapitalertragssteuer einbehalten wird oder bei denen die Steuerpflicht durch die Kapitalertragssteuer nicht abgegolten ist (z. B. private Darlehen oder Darlehen, bei denen Gläubiger und Schuldner einander nahe stehende Personen sind), sind in der Einkommensteuererklärung anzugeben. Entsprechend dem üblichen Verfahren erfolgt dann auch die Erhebung der Kirchensteuer.

Tatsächliche Werbungskosten nicht abzugsfähig

Durch den Systemwechsel zur Abgeltungssteuer entfällt ab 2009 der Abzug der tatsächlichen Werbungskosten. Lediglich der Sparer-Pauschbetrag von 801,- € für Ledige (1.602,- € für Verheiratete) ist als Werbungskosten abzugsfähig (§ 20 Abs. 9 EStG).

Empfehlung

Durch den Wegfall des tatsächlichen Werbungskostenabzuges sollten Sie frühzeitig prüfen, ob z. B. zur Finanzierung von Kapitalerträgen aufgenommene Darlehen getilgt werden können. Darüber hinaus ist es empfehlenswert, die Höhe von Depot- und Vermögensverwaltungsgebühren zu hinterfragen.

Quelle:
Kanzlei FUCHS + MARTIN, Volkach
Steuerberater – Rechtsanwalt
Ärzte- und Zahnärzterberatung
www.fuchs-und-martin.de

20-jähriges Praxisjubiläum Herzlichen Glückwunsch

Zum 20-jährigen Praxisjubiläum von Frau Jutta Dötsch in der Praxis von Kollegen Dr. Wolfgang Dulleck in Bayreuth gratuliert der Zahnärztliche Bezirksverband Oberfranken sowohl der Praxis wie auch Frau Dötsch zur langjährigen Zusammenarbeit.



Richtlinie 3/2008: Wurzelbehandlungen im Seitenzahnbereich

Mit Rundschreiben 3/2008 wurde von Seiten der KZVB ein Hinweis zu den Richtlinien zur Wurzelbehandlung im Seitenzahnbereich abgegeben, die die Behandlung zu Lasten der GKV einschränkt. Deshalb habe ich die Klärung einiger häufiger Fragen zu dieser Richtlinie mit der KZVB eingeleitet, um im Praxisalltag verfahren zu können. Grundsätzlich wichtig ist hierbei, dass der Zahnarzt immer vor der Behandlung entscheidet, ob der betreffende Zahn endodontisch behandelbar ist. Diese fachliche Entscheidung kann jeden Zahn betreffen und ist vor der Behandlung schriftlich mit dem Patienten zu vereinbaren. Hierzu können Sie z. B. nebenstehende Formulare verwenden.

Mündliche Aussagen von Kassensachbearbeitern hierzu sind wertlos und sollten in Schriftform abgefordert werden.

Die Krankenkasse muss diese Entscheidung akzeptieren, da diese Regelung im gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wurde. Obwohl es interessant wäre, zu wissen, wie hoch das Finanzvolumen ist, das hiermit eingespart wird, werden die Praxen mit dieser unangenehmen Problematik belastet.

Zur Aufhellung der Behandlungs- und Abrechnungsproblematik wurden Fragen dem KZVB-Referenten Dr. Böhm gestellt, deren Abdruck und Beantwortung für Klarheit sorgen sollte. Hierzu einige interessante Punkte:

z. B. Frage:

Im Rahmen einer Präparation muss eine Wurzelbehandlung bei einem ausgegrenzten Zahn erfolgen, um die Behandlung abzuschließen.

Antwort hierzu:

Prothetische Versorgung und konservierende Versorgung sind voneinander zu trennen. Prothetischer Zuzahlungsbetrag ist getrennt von der Abrechnung der Wurzelbehandlung zu betrachten. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch eine Wurzelbehandlung von Molaren innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgen. Ansonsten hätte es der Einfügung des Ausdruckes „in der Regel“ nicht bedurft.

z. B. Frage:

Bei großen Handelsketten ist deutlich am Monatsende ein Sinken der Umsätze sichtbar und eine Änderung des Einkaufsverhaltens dokumentiert.

Antwort hierzu:

Ob ein Vergleich zwischen dem Einkaufsverhalten bei großen Handelsketten und der zahnärztlichen Behandlung im Bereich der Endodontie tatsächlich gezogen werden kann, darf mit guten Gründen bezweifelt werden. Angesichts der nach wie vor günstigen Beschäftigungssituation in Bayern mit sinkender Arbeitslosenquote kann Ihre pessimistische Prognose nicht nachvollzogen werden.

Wichtig ist hierbei nur, im Rahmen einer Behandlung der ausgegrenzten Endo-Leistung arbeits- und abrechnungstechnisch mit hohem Fingerspitzengefühl vorzugehen.

Der Weg über Vit-E und Med lässt dem Patienten durch Schmerz-beseitigung dabei die Zeit zu überlegen, ob die GOZ-Leistung gewünscht wird oder nicht.

Nach Information von der Stelle für die sachlich – rechnerische Prüfung der KZVB ist eine Prüfung dieser ausgegrenzten Endo-Leistungen derzeit nicht vorgesehen! Der vertragstreue Zahnarzt hat dann u. U. das Problem der „Zweitmeinungsproblematik“ und ist vor Ort als unkulanter Behandler bekannt, wenn etwa andere Kollegen die ausgegrenzten Leistungen auf Chipkarte aus Marketinggründen abdingungsfrei erbringen. Das Dienstleistungszentrum Schweinfurt der bayerischen Krankenkassen ist jedoch in der Lage, diese Leistungen zu ermitteln und vier Jahre rückwirkend Antrag auf Berichtigung zu stellen!

Dr. Walter Panhans, Coburg

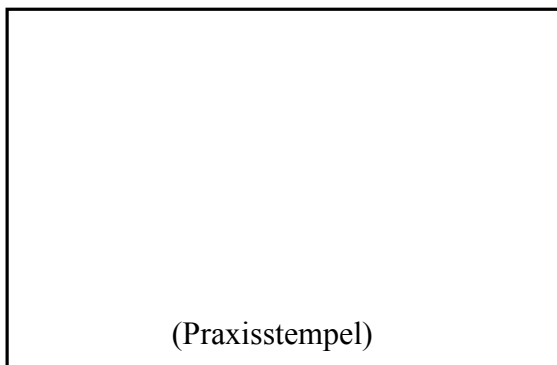
**Das Zahnärzthehaus Oberfranken
bleibt vom 22.12.2008 bis
zum 12.01.2009 wegen
Urlaubsabgeltung geschlossen!**

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____,

Ihre Krankenkasse ist der Meinung, die von uns privat veranschlagten bzw. privat verrechneten Gebühren Ihrer Wurzelbehandlung wären Kassenleistung und auf Chipkarte abzurechnen.

Gerne würden wir die Meinung der Krankenkasse berücksichtigen. Bitte bringen Sie uns hierzu die unten abgedruckte Erklärung unterschrieben in die Praxis.

Mit freundlichen Grüßen



Erklärung der Krankenkasse zur Wurzelkanalbehandlung

Der unterzeichnende Sachbearbeiter der Krankenkasse versichert bei persönlicher Haftung, dass die bei o.g. Patientin/Patienten privat veranschlagten bzw. abgerechneten Leistungen unabhängig von den derzeit geltenden Kassenrichtlinien auf Chipkarte zu erbringen sind und dass die Zahnarztpraxis von Gewährleistungsansprüchen, Regressen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen freigestellt wird.

Dies gilt insbesondere auch für Backenzähne, deren Wurzelkanäle sich nicht richtliniengemäß bis zum Apex aufbereiten lassen, die nicht für den Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe erforderlich sind, die parodontal vorgeschädigt oder apikal beherdet sind.

(Stempel der Kasse und leserliche, rechtsverbindliche Unterschrift)

Zahnmedizinische Bescheinigung für Frau/Herrn

gemäß den Richtlinien zu »**III. Konservierende Behandlung**«, gültig seit 01.01.2004:
Nach einer umfassenden Befunderhebung gemäß den anerkannten Regeln der Zahnheilkunde

wird/werden von

(Praxisstempel)

folgende Einstufung(en) vorgenommen:

Es handelt sich bei dem Zahn/den Zähnen _____

- um einen Zahn, dessen Wurzel(n) nicht bis zur bzw. nahe an die Wurzelspitze aufbereitbar und zu füllen ist (sind) und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.
- um einen Zahn, der aus parodontalen Gründen kritisch zu sehen ist und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.
- um einen Zahn, der aus konservierenden Gründen (Zerstörungsgrad) kritisch zu sehen ist und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.
- um einen wurzelgefüllten Zahn mit im Röntgenbild erkennbarer nicht randständiger oder undichter Wurzelfüllung, deren Revision nicht angezeigt ist und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.

(Die folgenden verschärften Kriterien sind nur gültig für Molaren/große Backenzähne)

- um einen Molaren mit akuter Erkrankung bzw. traumatischer Schädigung der Pulpa oder nekrotischem Zahnmark, der richtliniengemäß im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist,
- weil mit Erhalt des Molaren dennoch keine geschlossene Zahnreihe erhalten wird.
- weil mit Erhalt des Molaren keine einseitige Freiendsituation vermieden wird.
- weil mit Erhalt des Molaren kein funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten bleibt.

Das Zutreffen der oben angekreuzten Diagnose(n) und der/den daraus resultierenden Feststellung(en) wird hiermit ausdrücklich bescheinigt:

Ort Datum (Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes)

Für den o.g. Zahn/die o.g. Zähne wird auf privater Basis eine Wurzelkanalbehandlung (_____ € je Wurzelkanal) vereinbart. Der Zahn hat/ Die Zähne haben ___ Wurzelkanal/kanäle.

Gesamtkosten: _____ €

Ort, Datum (Unterschrift der Patientin/des Patienten)

Freiräume im Gesundheitswesen - nutzen und gestalten? (II)

Vielmehr werden an die Regulierungsmaßnahmen zwei Anforderungen gestellt, die es zu beachten gilt. Das regulative Prinzip sozialpolitisch motivierter Interventionen in der Marktwirtschaft ist ihre Verträglichkeit mit dem Funktionieren einer marktwirtschaftlichen Produktion und der ihr entsprechenden Einkommensbildung. Im Einzelnen gelten die Kriterien der Zielkonformität und der Ordnungskonformität. Zielkonform ist eine Maßnahme dann, wenn sie das angestrebte Ziel mit den geringst möglichen Mitteln erreicht, Ordnungskonformität bedeutet, dass das marktwirtschaftlich koordinierte Wechselspiel von Angebot und Nachfrage durch die Intervention so wenig wie möglich beeinflusst werden darf.

Aus beiden Kriterien gemeinsam kann unmittelbar eine Eingriffshierarchie abgeleitet werden, die zum einen dem Subsidiaritätsprinzip folgt, also private Initiative zur Problemlösung über privatwirtschaftlich-kollektive Lösungen stellt und jene wiederum über staatliche Interventionen.

„Wie dasjenige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen werden und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen.“
(Enzyklika Quodagesimo Anno)

Das Subsidiaritätsprinzip stellt also das Individualprinzip vor das Sozialprinzip. Folglich ist eine Absicherung gegenüber Risiken hauptsächlich der Eigenvorsorge zudedacht und selbst Sozialversicherungen werden in diesem Sinne als Hilfe zur Selbsthilfe begriffen. An erster Stelle steht daher die Eigenvorsorge, gefolgt von der Unterstützung im Familienverband – ein Zwischenschritt der im Lichte sich permanent auflösender und in anderen personellen Kontexten neu bildender Lebensgemeinschaften freilich ein etwas antiquiertes Gesellschaftsbild zeichnet – und erst dann folgt die staatliche Intervention. Diese kann ausgestaltet sein als

- Versicherungspflicht
- Zwangsversicherung
- Geldtransfer oder
- Realtransfer.

Wobei auch hier das Subsidiaritätsprinzip greift. Es entsteht eine Subsidiarität zweiter Ordnung, die es gebietet, den als notwendig erachteten Staatseingriff so auszuwählen, dass die individuelle Entscheidungsfreiheit und damit seine Fähigkeit im Markt zu agieren, so wenig wie möglich berührt wird.

Damit aber ist es keineswegs so, dass die Identifikation eines meritorischen Bedarfs, wie wir ihn vorher für den Bereich zahnärztlicher Grundversorgung diagnostizieren konnten, automa-

tisch mit einer Zwangsversicherungslösung wie sie die Gesetzliche Krankenversicherung darstellt, verbunden ist. Vielmehr ist zu prüfen, ob der gleiche Zweck nicht auch durch eine Versicherungspflicht zu lösen ist. Im Falle der zahnärztlichen Grundversorgung ist dies ohne weiteres möglich, nicht zuletzt deshalb, weil viele Problemlagen, die im stationären oder allgemeinhumanmedizinischen Bereich konzipiert werden müssen, auf den Bereich der Zahngesundheit nicht zutreffen. Die hier auftretenden Indikationen, aus der Sicht der Versicherten als Schadensfälle bezeichnet, stellen im versicherungsmathematischen Sinne versicherbare Risiken dar und können, wie die aktuelle Versicherungspraxis über die PKV zeigt, privat versichert werden. Dem Versicherungszwang ist freilich, wie bereits aufgezeigt, nur der Teil des zahnärztlichen Leistungsspektrums zu unterwerfen, der als Grundsicherung definiert ist, nicht zuletzt deshalb, weil schon dann die Inanspruchnahme der Allgemeinheit im Schadensfall ausgeschlossen werden kann. Der Abschluss weitergehender Versicherungsverträge, in ihrem Beispiel etwa die Versicherung von Zahnersatz oder bestimmter kieferorthopädischer Leistungen, ist hingegen ganz in das Belieben des Einzelnen zu stellen, also der Sphäre der freiwilligen Zusatzversicherung zuzurechnen. Anders als beim gegenwärtig praktizierten Prinzip der Vollversicherung kann so sichergestellt werden, dass kein Eigeninteresse am Eintreten des Versicherungsfalles entwickelt wird.

Die Aufgabe des Staates ist im Bereich der zahnmedizinischen Versicherung damit nur noch die Sicherung funktionierender Versicherungsmärkte. Legitim erscheint hier ein Kontrahierungszwang für die Versicherungsgesellschaften, mit dem verhindert wird, dass Personen mit schlechter Risikostruktur keine Marktpartner finden.

Als ernstzunehmendes Argument gegen diese Lösung kann freilich angeführt werden, einzelne Bürger könnten finanziell nicht in der Lage sein, entsprechende Versicherungsbeiträge zu übernehmen. Auch dieses Argument wendet sich jedoch nicht gegen den Versicherungszwang als Regellösung, sondern fordert allenfalls die Übernahme der Prämien finanziell minderbemittelter Bevölkerungskreise durch den Staat. In keinem Fall legitimiert das Argument aber die Einschränkung der Freiheit aller Bürger.

Damit ist das derzeit praktizierte umlagefinanzierte System der GKV zumindest für die Versorgung der Bevölkerung mit zahnmedizinischen Leistungen – und ich möchte mich hier ausdrücklich auf die Anwendung in diesem Bereich der KV beschränken – nicht zu rechtfertigen. Dies ist aus Sicht des Unternehmers um so bedeutsamer, als mit einem Systemwechsel von der Zwangsversicherung zum Versicherungszwang eine ganze Reihe von Konsequenzen verbunden ist, die den unternehmerischen Handlungsspielraum des Zahnarztes deutlich vergrößern würden. Zum einen ist der skizzierte Systemwechsel verbunden mit einer

Abkehr vom Sachleistungsprinzip hin zum Kostenerstattungsprinzip, das sich in der wettbewerblich organisierten Krankenversicherungswirtschaft als das einzig mögliche Kompensationsprinzip herausgestellt hat. Dessen Anwendung wiederum erfordert die ex ante Bepreisung zahnärztlicher Leistungen in der Honorarordnung, wodurch für den einzelnen Zahnarzt die betriebswirtschaftliche Kalkulation seines Praxisbetriebes erleichtert und das betriebswirtschaftliche Ergebnis seiner Bemühungen vor Leistungserbringung klar zum Ausdruck gebracht wird. Ein unschätzbare Vorteil im unternehmerischen Planungsprozess, der diesem ein deutlich größeres Maß an Sicherheit verleiht, was durch die gegenwärtig praktizierten Honorierungsverfahren über Punktwerte und deren ex-post-Bewertung praktisch verunmöglicht wird, da Budgetierung und Degression dafür sorgen, dass der Wert einer zahnärztlichen Leistung bei ihrer Erbringung faktisch unbekannt ist.

Darüber hinaus würde die Abschaffung der Zwangsversicherung zu Gunsten einer Versicherungspflicht dafür sorgen, dass das Leistungsvolumen nicht länger budgetiert werden muss.

Die Notwendigkeit zur Budgetierung im umlagefinanzierten Zwangsversicherungssystem ist schließlich kein Ergebnis zahnmedizinischer Notwendigkeiten oder staatlichen Gutdünkens, sondern schlicht und ergreifend ein Reflex auf die Tatsache, dass die Beiträge im Umlageverfahren an den Arbeitslohn geknüpft sind und ihre Erhöhung mithin zu einer Erhöhung der Arbeitskosten führt. Da diese aber zumindest in Teilen des Arbeitsmarktes die Gefahr des Entstehens von Arbeitslosigkeit hervorruft, sieht sich die Politik veranlasst, die Frage der Gestaltung des Gesundheitswesens in der sozialen Marktwirtschaft vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Lohnnebenkostenentwicklung und mithin der Höhe des Beitragssatzes zu sehen. Abgesehen davon, dass ich noch nie verstanden habe, warum der Lohn eines Arbeitnehmers als Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsprämie herangezogen wird, nicht aber die Kapitaleinkünfte eines Investors – beide Größen: Lohnhöhe und Zinseinkünfte haben mit dem Krankheitsrisiko nichts, aber auch gar nichts zu tun - führt genau diese Koppelung zu nahezu allen Steuerungsproblemen, die das Gesundheitswesen kennt: Leistungsrationierung und Budgetierung resultieren ebenso aus dieser Ursache wie das Phänomen des moral hazard oder Trittbrettfahrerverhaltens, das sich in letzter Konsequenz in einem versicherungstechnisch induzierten Anstieg der Nachfrage nach Leistungen niederschlägt und damit zu weiteren Beitragssatzerhöhungen führt und so weiter und so weiter. Die 2004 eingeführte sogenannte Praxisgebühr ist letztlich nichts anderes als ein Versuch, diesen Teufelskreis zu durchbrechen, der zwar vordergründig sein Ziel insgesamt erreicht und die Zahl der Arzt- und Zahnarztbesuche reduziert hat, auf den zweiten Blick jedoch dazu führt, dass gerade die Angehörigen der unteren Einkommensschichten prozentual häufiger auf Zahnarztbesuche verzichten, was – abgesehen davon, dass das Phänomen des moral hazard aus auch für den Laien nachvollziehbaren Gründen

im zahnärztlichen Bereich ohnehin eine weitaus geringere Rolle spielt als auf dem Gebiet etwa der Allgemeinmedizin – verteilungspolitisch wohl kaum beabsichtigt gewesen sein dürfte. Die im marktwirtschaftlich organisierten Versicherungsmarkt aufgrund der Wahlfreiheit jenseits des Grundsicherungsbereiches und der Versicherungswirtschaft zur Verfügung stehenden Steuerungsmechanismen wie Selbstbeteiligung, Beitragsrückerstattung oder Beitragsrabatt können jedoch dafür sorgen, dass Trittbrettfahrerverhalten bei den Nachfragern gar nicht erst auftritt.

Auch bürokratische Monster wie der sich abzeichnende Gesundheitsfonds wären im skizzierten Systemwechsel überflüssig, da der Wettbewerb der Versicherungsgesellschaften im Marktprozess zu einer Begrenzung der Preise führen würde. Genau dieser Wettbewerb, der Preiswettbewerb unter den Versicherungen im Kampf um die Versicherten wird aber durch den Gesundheitsfonds ausgehebelt. Unabhängig davon, dass seine Verwaltung vermutlich nicht ganz ohne Bürokratiekosten gelingen wird, nimmt der einen wichtigen Parameter aus dem Wettbewerbsprozess und ersetzt ihn durch in letzter Konsequenz staatlich verordnete Prämien.

Ist das System der Zwangsversicherung aus meritorischer Sicht nicht zu rechtfertigen, so werden in der politischen Diskussion Verteilungsmängel argumentativ im Sinne der einheitlichen Zwangsversicherung ins Feld geführt. Aktuarische Versicherungsprämien und das Kostenerstattungsprinzip erfordern von den Versicherten in der Tat eine gewisse wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, die bei einem Teil der Bevölkerung nicht gegeben ist. Anstatt jedoch mit dieser Begründung in der dirigistischeren Zwangsversicherungssystematik zu verharren, kann aus Sicht der Versicherten wie auch der Zahnärzte nur empfohlen werden, die Problematik mangelnder wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit dort zu lösen, wo sie zweckmäßigerweise gelöst werden sollte, nämlich im Rahmen des Umverteilungsprozesses, der sich aus dem Steuersystem ergibt. Eine komplette oder partielle Beitragsübernahme der Versicherungsprämie für Personen ohne ausreichendes Einkommen durch den Staat ist nicht nur ordnungswirtschaftlich indiziert, sondern überdies in der administrativen Handhabung auch einfacher. Anstelle an einer Vielzahl von Stellschrauben drehen zu müssen, kann in einem einzigen Verwaltungsakt die Übernahme von Versicherungsprämien vorgenommen werden, ohne den Begünstigten die Wahlfreiheit im Marktprozess nehmen zu müssen. Demgegenüber erfordert die Problematik der wirtschaftlichen Unfähigkeit Einzelner zum Agieren im Kostenerstattungszenario wohl die Bereitschaft der Zahnärzte, die Kostenerstattung aufgrund eines durch den Patienten quittierten Leistungsnachweises unmittelbar bei der Krankenversicherung einzuheben.

Gelingt eine solche ordnungspolitisch indizierte Reform kurzfristig nicht, und die Trägheit des politischen Systems spricht wohl dafür, so bleibt als Ausweg nur eine Modifizierung des GKV-Systems dergestalt, dass auch hier neben der Beschränkung auf einen die

- Gemeinsame Pressemitteilung -

Zahnmedizin und Medizin lehnen GOZ-Referentenentwurf als „insgesamt völlig unzulänglich“ ab

Grundversorgung abdeckenden Leistungskatalog und damit die Herausnahme weiterer Teile zahnärztlicher Leistungen aus dem GKV-Katalog sowie die Wiedereinführung von Festzuschüssen beinhaltet, um dem Idealszenario möglichst nahe kommen zu können. Dass dieses jedoch nicht mehr als eine second-best-Lösung darstellt, ist klar. Alle Problemfelder, die sich aus dem Rationierungserfordernis ergeben, können im System der GKV nicht gelöst werden.

Es ist folglich ein System wie das skizzierte, das auf

- Versicherungszwang im Bereich der Grundversorgung,
- Wettbewerb unter den Versicherungsgesellschaften und die
- Wahlfreiheit bei der Versicherung bei zahnmedizinischen Leistungen jenseits der Grundsicherung setzt,

das nicht nur ordnungspolitisch adäquat ist (das wird Ihnen aus Ihrem Partikularinteresse als Leistungserbringer legitimerweise im Zweifel noch gleichgültig sein), sondern im wirtschaftlichen Ergebnis auch den größten unternehmerischen Handlungsspielraum einräumt.

Freilich gehört zu diesem Bild auch das komplexe Fähigkeitsportfolio des Unternehmers.

Wird das geschilderte und in meinen Augen durchaus wünschenswerte Szenario einer von regulativen Fesseln so weit wie möglich befreiten Zahnmedizin Wirklichkeit, so verschwindet im Gegenzug natürlich auch die – ich will es einmal provozierend so bezeichnen – wärmende Decke des Sachleistungsprinzips, die Ärzten wie Zahnärzten heute noch die Möglichkeit einräumt, Dienstleistungen ohne wirksame Kontrolle des Kosten-Leistungsverhältnisses einer Dienstleistung durch die Patienten, der im marktwirtschaftlich organisierten Umfeld mehr und mehr zum Kunden wird, abzusetzen.

Sinkt der Anteil des Honoraraufkommens aus dem Solidarbereich zu Gunsten des Honoraranteiles, der am freien Markt erzielt werden kann oder muss – oder wird dieser gar zur Regel, so resultiert für den einzelnen Zahnarzt daraus unmittelbar der Zwang zur Leistungsdifferenzierung. In anderen Branchen gängige Praktiken wie Preis- bzw. Honorarverhandlungen oder die Wahl des Standortes auch vor dem Hintergrund der Kaufkraft der in einer gewählten Region werden im Berufsbild des Zahnarztes eine ebenso wichtige Rolle spielen wie die Notwendigkeit zu strategischen Überlegungen. „Qualitätsführerschaft versus Kostenführerschaft“, „Kooperation oder Konkurrenz“, „Hauszahnarzt vs. Spezialist“ sind strategische Handlungsoptionen, die sich auch dem im marktwirtschaftlichen Umfeld agierenden Zahnarzt stellen werden, und die mehr als zahnmedizinische Kompetenz, ja auch mehr als betriebswirtschaftliche Kompetenz erfordern werden. Die Herausforderungen an die Persönlichkeit des Zahnarztes würden wachsen. Risikobereitschaft und ein gewisser „spirit of competition“ wird im deregulierten Gesundheitssystem eine nahezu genauso große Rolle für das wirtschaftliche Ergebnis spielen wie die unersetzliche Basis des Unternehmenserfolges, die zahnmedizinische und handwerkliche Kompetenz des Zahnarztes.

Und schließlich ist für eine solchermaßen deregulierte Zahnmedizin ein Preis zu bezahlen, den die Ökonomen mit selektiver Kontrahierung umschreiben, stellt doch das System der KZV, ökonomisch betrachtet nichts anderes als ein Kartell dar, eine Wettbewerbsbeschränkung, für die in einem freiheitlichen Gesundheitswesen kein Platz ist.

*Prof. Dr. Peter Thuy
Intern. Fachhochschule
Bad Honnef-Bonn*

Berlin, 17. November 2008 - Die deutsche Zahnärzteschaft und die deutsche Ärzteschaft lehnen den vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten Referentenentwurf für eine neue (privatzahnärztliche) Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als „insgesamt völlig unzulänglich“ ab und fordern grundlegende Korrekturen. Im Rahmen einer außerordentlichen Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wurde eine entsprechende Grundsatzklärung einstimmig verabschiedet. Der darin verkündeten Ablehnung des Entwurfs schloss sich die Bundesärztekammer (BÄK) an. Die Rückweisung war das Ergebnis einer knapp dreiwöchigen Analyse des GOZ-Entwurfs durch verschiedene Gremien von BZÄK, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie verschiedener Berufsverbände. Die Ablehnung des Referentenentwurfs durch die deutsche Zahnmedizin erfolgt deshalb in einmütiger Geschlossenheit. Auch die BÄK weist den Entwurf als unverkennbaren Versuch zurück, privatärztliche Gebührenordnungen denen der gesetzlichen Krankenversicherung, also dem Bema oder dem EBM, anzugleichen, um so einer Einheitsversicherung den Weg zu bereiten. Der Entwurf sei „fachwissenschaftlich fehlerhaft“ und konterkariere die immer bedeutsameren Wechselbeziehungen zwischen Medizin und Zahnmedizin so die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), die substantiell schärfste Kritik. Die DGZMK gehe davon aus, dass der vorliegende Entwurf auch vom Wissenschaftsrat abgelehnt werde.

Die Grundsatzklärung der BZÄK-Bundesversammlung im Wortlaut:

„Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer lehnt den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegten Referentenentwurf einer „Verordnung zur Änderung der GOZ“ als insgesamt völlig unzulänglich ab. Der vorliegende Entwurf genügt weder fachlichen Kriterien, noch auch nur annähernd betriebswirtschaftlichen Zwängen in der Praxis. Die nach 21 Jahren überfällige Anpassung der GOZ an die Steigerung des allgemeinen Preisindex ist komplett unterblieben. Statt der längst überfälligen Anhebung der Honorierung führt der vorliegende Entwurf zu einer Absenkung. Das ist insgesamt für Patienten und die Zahnärzteschaft unzumutbar.

Der Entwurf wird im Berufsstand keine Akzeptanz finden, wenn nicht mindestens folgende Forderungen erfüllt sind:

- Es müssen die betriebswirtschaftlich notwendig erforderlichen Rahmenbedingungen hergestellt werden, damit zahnärztliche Leistungen in der erforderlichen Qualität erbracht werden können.
- Die Gebührenpositionen müssen den Inhalten der wissenschaftlichen Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde folgen.
- Die sogenannte „Öffnungsklausel“ (§ 2a GOZ) muss ersatzlos gestrichen werden. Sie ist grundgesetz- und europarechtswidrig. Die Möglichkeit zur freien Vertragsgestaltung zwischen Patient und Zahnarzt muss wiederhergestellt werden.
- Die Verankerung der Mehrkostenregelung des SGB V in der GOZ muss aus fachlichen und rechtssystematischen Gründen ersatzlos gestrichen werden.

Der Ordnungsgeber ist nach dem Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde ausdrücklich verpflichtet, den berechtigten Interessen auch der Zahnärzte Rechnung zu tragen. Der vorliegende Referentenentwurf verletzt diese Verpflichtung in eklatanter Weise.“

Pressekontakt:

Jette Krämer, Bundeszahnärztekammer,
Tel.: 030/ 40005-150, presse@bzaek.de

Alexander Dückers, Bundesärztekammer,
Tel.: 030 / 40 04 56-700, presse@baek.de

1. Fränkischer Zahnärztetag am 19./20.09.2008 in Bayreuth

Ein voller Erfolg war der 1. Fränkische Zahnärztetag. Die Veranstalter, allen voran ZBV-Vorsitzender Dr. Rüdiger Schott und Fortbildungsreferent Dr. Thomas Sommerer, freuten sich über eine an beiden Tagen restlos ausgebuchte Veranstaltung. Mit über 800



Anmeldungen erreichte die Veranstaltung ein absolutes Rekordergebnis. Besondere Anforderungen mussten auch die Referenten erfüllen: Sie konnten nicht, wie sonst üblich, mit Idealfällen aus dem Archiv glänzen. Vielmehr standen sie vor der Herausforderung, die Theorie in per Satellit übertragenen Live-Operationen vor den kritischen Augen der Kollegenschaft in die Praxis umzusetzen.

Grußwort des Bürgermeisters der Stadt Bayreuth

Eröffnet wurde der Zahnärztetag durch den 2. Bayreuther Bürgermeister, Herrn Thomas Ebersberger. Als freiberuflich tätiger Jurist machte er den Teilnehmern Mut, ihre Tätigkeit zum Wohle der Patienten auszuüben. Dies müsse durch Politik und Gesellschaft entsprechend gewürdigt werden.

Grußwort des ZBV-Vorsitzenden

Dr. Schott freute sich über die große Resonanz. Es sei wichtig, auch im nordbayerischen Raum hochkarätige Fortbildungen anzubieten. Der Schritt, zusammen mit Mittel- und Unterfranken einen gemeinsamen Fränkischen Zahnärztetag anzubieten, sei richtungsweisend. Eine Konkurrenz zum Bayerischen Zahnärztetag sah Schott nicht.

Fiktive Praxisbegehung

Im ersten Referat der Veranstaltung schilderte Herr Dr. Dr. Bernhard Drüen eine fiktive Praxisbegehung aus der Sicht des Arbeitsmediziners und gab viele nützliche Tipps. Er verglich eine Begehung etwa durch das Gewerbeaufsichtsamt (GAA) mit einem QM-Audit bei einer externen Zertifizierung. Zu beachten seien Bestimmungen des Arbeitsschutzes und der Hygiene. Wichtige Hilfestellung gebe das Qualitätssicherungssystem bzw. die Arbeitsmappe der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) zum Arbeitsschutz. Die Empfehlung des Referenten lautete, die Aufgaben systematisch anzugehen:



1. Listung der Aufgaben
2. Beschreibung der Aufgaben
3. Zuordnung von Verantwortlichkeiten
4. Überwachung der Durchführung
5. Anpassung der Aufgaben, Beseitigung von Fehlern
6. Dokumentation aller Vorgänge

Jede Begehung beginne mit Betreten der Praxis, d. h. an der Rezeption. Hier habe der erste Eindruck unter Umständen erheblichen Einfluss auf den weiteren Verlauf. Bereits hier sei schnell zu erkennen, ob Übersicht, Ordnung und Ergonomie vorherrschend und ob grundsätzliche Dinge befolgt würden, wie zum Beispiel:

- Sind Feuerlöscher vorhanden und schnell auffindbar (Kennzeichnung)?
- Existiert eine Gefährdungseinstufung der Mitarbeiter?
- Sind Vorsorgeuntersuchungen und Impfschutz auf aktuellem Stand?
- Existieren Betriebsanweisungen, z. B. für den Umgang mit Gefahr- bzw. Biostoffen?
- Sind die vorgeschriebenen Unterweisungen dokumentiert?
- Ist persönliche Schutzausrüstung vorhanden (Mitarbeiter-schutz)?
- Erfolgen entsprechende Hygienemaßnahmen (Patientenschutz)?
- Werden Arbeits- und Berufskleidung getrennt?
- Werden Mutter- bzw. Jugendarbeitsschutzgesetz eingehalten?
- Sind die Elektroanlagen in einwandfreiem Zustand?

Zusätzlich gab Dr. Dr. Drüen viele wichtige Ratschläge zu einzelnen Detailfragen: Zum Beispiel benötigen schutzisolierte Elektrogeräte (ohne Erde, z. B. kunststoffummantelte Kaffeemaschinen) keine Prüfung durch den Elektriker. Die Frist für die Röntgenbelehrung beträgt zwischenzeitlich 12 und nicht mehr 6 Monate. Reinigungs- und Laborangestellte benötigen weder eine G42-Untersuchung noch vom Arbeitgeber zu bezahlende Schutzimpfungen.

Im zweiten Teil seines Vortrags ging der Referent auf Fragen der Hygiene und die Umsetzung der RKI-Richtlinien ein. Er verwies darauf, dass der Hygieneplan der BLZK durch den Hygieneleitfaden der BLZK und durch entsprechende Arbeitsanweisungen ergänzt werden müsse.

Wichtig sei die Listung und Klassifizierung der einzelnen Medizinprodukte, da dies über die Art der Aufbereitung (unkritisch – reinigen, semikritisch – desinfizieren, kritisch – sterilisieren) und nachfolgende Lagerung entscheide.

Bei Hand- und Winkelstücken, die z. B. für Osteotomien verwendet werden, stelle sich die Frage, wo die Sterilität enden dürfe – schließlich penetriere nur der chirurgische Fräser, nicht aber das Übertragungsinstrument selbst menschliches Gewebe.

Da es für die Forderung „maschineller vor manueller Aufbereitung“ keinerlei wissenschaftliche Untermauerung gebe, werde diese in Bayern nicht umgesetzt. Vielmehr dürften Tauchbad und RDG (z.B. Thermodesinfektor) gleichberechtigt verwendet werden. Ohnehin existierten in Bayern nur in 30 % aller Praxen maschinelle Reinigungs- und Desinfektionsgeräte.

Für die erfolgreiche Reinigung bzw. Desinfektion sei kein Nachweis erforderlich. Nur Sterilisationsvorgänge müssten zusätzlich überwacht werden, z. B. mit Chemoindikatoren der Klasse 5 oder einem Helixtest. Zusätzlich empfahl der Referent, das Sterilisationsgerät einmal jährlich mittels Sporenproben* zu überprüfen.

**Anmerkung des Autors: Der ZBV Oberfranken hat mit dem LGA Baden-Württemberg hierzu einen Rahmenvertrag abgeschlossen. (Informationen erhalten Sie auf unserer Geschäftsstelle, Tel. 0921/65025)*

Als Nachweis genüge eine sogenannte Tagesabschlussdokumentation nach Vorschlag der BLZK unter der Voraussetzung, dass hierfür nur ein(e) Angestellte(r) zuständig sei.

Die Sicht des Gewerbeaufsichtsamtes



Weit weniger praxisnah waren die Vorstellungen der Gewerbeaufsichtsamter, die von Herrn Werner Laudner aus Unterfranken erläutert wurden. Daher seien dem Autor dieses Berichtes, der die Meinung des Referenten in vielen Punkten nicht akzeptieren kann, entsprechend kritische Anmerkungen gestattet.

Rechtliche Grundlage für Praxisbegehungen bietet das Medizinproduktegesetz (MPG) zusammen mit der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV).

Gleichwohl eröffnet dies einem Beamten des GAA nicht die Möglichkeit, in unseren Praxen überzogene und von persönlichen Idealvorstellungen geprägte Anweisungen durchzusetzen, die über das Ziel hinausschießen und nicht durch entsprechende Richtlinien oder Gesetzestexte gedeckt sind. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger für uns, sich mit der Problematik intensiv zu beschäftigen, um auf Augenhöhe kommunizieren und ungerechtfertigte Forderungen zurückweisen zu können.

Der Referent verwies darauf, dass die RKI-Richtlinien die Hygiene in der Praxis selbst (z. B. Flächendesinfektion) und die hygienische Aufbereitung verwendeter Medizinprodukte regeln.

Er forderte Aufbereitung durch sachkundiges Personal. Dies sei durch das Zertifikat (Helferinnenbrief) und durch Sachkenntnisse aus der praktischen Tätigkeit heraus gegeben. Bei mangelndem Wissen werde er Schulungen verlangen.

Intensiv wurde die geforderte Trennung in einen reinen bzw. unreinen Aufbereitungsbereich behandelt. Idealerweise erfolge diese funktionell. In Ausnahmefällen, z. B. wenn die baulichen Voraussetzungen dies nicht hergäben, sei auch eine zeitlich-betrieblich-organisatorische Trennung möglich. Großen Wert legen die GAAs offensichtlich auch auf die Erfassung und Klassifizierung (vgl. Vortrag Dr. Dr. Drüen) sämtlicher MPs. Positiver Aspekt: Auch aus Sicht des Referenten rechtfertigen Blutspritzer alleine keine Einstufung eines Medizinproduktes (z. B. Turbine für Kronenpräparation) in die Kategorie „kritisch“. Als kritisch gelten nur Instrumente, die neben Blutkontakt auch gleichzeitig Gewebe durchdringen oder die Kontakt mit Wunden haben.

Wichtig seien auch Arbeitsanweisungen, in denen die Aufbereitungsverfahren festgelegt werden. Hierbei müssten die Herstellerangaben beachtet werden. Die Firmen seien gemäß EN17664 beim Inverkehrbringen ihrer Produkte verpflichtet, Angaben zur Wiederaufbereitung zu machen.

Nicht ausreichend aufbereitbare Medizinprodukte, wie z. B. Polierbürstchen, seien nur noch für den Einmalgebrauch zulässig. Kritisch ist die Forderung des Referenten zu sehen, auch ENDO-Instrumente bis ISO 15 als Wegwerfinstrumente zu betrachten. Wenn z. B. die Herstellerangaben Ihres Systems eine Aufbereitung kleiner Endodontieinstrumente zulassen, sollten Sie derartige Forderungen zurückweisen. Auch besteht für das GAA keine Mög-

lichkeit, Ihnen die Verwendung zugelassener Produkte und Verfahren, z. B. für die Reinigung und Desinfektion von Übertragungsinstrumenten, zu verbieten, nur weil ein GAA-Beamter hier eine andere Vorstellung hat. In solchen Fällen ist sinnvoll, einen schriftlichen, rechtsmittelfähigen Bescheid zu fordern, der etwa an die Industrie zur juristischen Würdigung weitergeleitet werden kann.

Laudner wies darauf hin, dass manuelle Reinigungs- bzw. Desinfektionsverfahren nur dann validierten maschinellen Verfahren gleichwertig seien, wenn diese durch entsprechende Arbeitsanweisungen standardisiert würden. Offen sei, ob die GAAs bei den Begehungen eine Validierung der RDGs (z. B. Thermodesinfektor) fordern würden.

Überzogen erscheint auch die Forderung, sämtliche semikritischen MPs (z. B. Bohrer) vor Freigabe unter einer Leuchtlupe zu kontrollieren. Sollte jedoch eine Firma dies in ihren Aufbereitungsempfehlungen fordern, müssen Sie diesen Aufwand auch betreiben. Gangbarer ist hier der Weg, bereits beim Kauf der Produkte zu prüfen, welche Ansprüche der Hersteller erhebt. Nach Auffassung des Autors besteht keine Rechtsgrundlage, Aufbereitungsempfehlungen nach Gusto der GAAs von einen auf den anderen Hersteller zu übertragen.

Gesundheitsamt: Nur anlassbezogene Begehungen

Auch die Gesundheitsämter sind zu Praxisbegehungen berechtigt. Deren Vertreter, Herr Bischof, verwies im letzten Vortrag des Vormittags darauf, dass diese nur anlassbezogen stattfinden.

New Image Dental: Praxiserfolg durch Patientenbindung

Das Nachmittagsprogramm stand ganz im Zeichen des individuellen Praxiserfolgs. Referent Stefan Seidel, Gründer und Geschäftsführer der Firma New Image Dental, verwies auf die Wichtigkeit der Motivationsspirale. Diese beschleunige sich selbst – nach oben wie nach unten. Ein frustrierter und demotivierter Praxisinhaber verfüge in der Regel nicht über ein freundliches und motiviertes Team.



Problem sei, dass viele Praxen unternehmerisch vom Zufall geprägt seien. Das Ziel, möglichst schnell möglichst viele Patienten zu gewinnen, führe dazu, dass das Klientel oft nicht zum Praxisinhaber passe, was in persönlicher Unzufriedenheit ende.

Neben Praxen in angespannter wirtschaftlicher Situation gebe es durchschnittliche, sogenannte „Na ja“ Praxen und – allen nachteiligen politischen Rahmenbedingungen zum Trotz – auch viele erfolgreiche Unternehmen.

Seidel forderte die Zuhörer auf, die Fehler anderer, z. B. Leistungen zu Dumpingpreisen anzubieten, nicht nachzumachen. Weitere Kardinalfehler seien fehlende Innovation und fehlende Zielgruppenorientierung.

Die Beratung und der Dialog mit dem Patienten gewinne zunehmend an Bedeutung. Ziel müsse das „Zwei Gewinner Prinzip“ sein: Zufriedener Patient mit hochwertiger Versorgung und zufriedener

Zahnarzt mit beruflicher Erfüllung und gutem Honorar. Neben guter Beratung sei guter Service zur langfristigen Patientenbindung wichtig. Hinzu komme ein entsprechendes Praxismarketing.

Get-Together-Party



Abgerundet wurde der Freitag durch die Get-Together-Party mit Livemusik der Gruppe Red Balloon und einem Imbiss.

Programm für die zahnärztlichen Mitarbeiterinnen - Ehrungen



Der Fortbildungsreferent Dr. Thomas Sommerer begrüßte am Samstag Frau Kerstin Salhoff, die Gründerin des zahnärztlichen Abrechnungsbüros *FOR dent*, als Referentin des Helferinnenprogramms. Frau Salhoff schult seit fast 20 Jahren zahnärztliche Mitarbeiterinnen in Abrechnungsfragen und ist in Oberfranken bereits bestens bekannt. Das Hauptthema ihrer Vorträge war die Abrechnung implantologischer und parodontologischer Leistungen. Neben den Gebührenpositionen informierte sie auch über die Abrechnungsmöglichkeiten im Eigenlaborbereich. Weitere Themen ihres Referats waren Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen (VVG) und neue Gerichtsurteile. Auf die neue GOZ ging Frau Salhoff in Abstimmung mit dem ZBV-Vorstand bewusst nicht ein, da der endgültige Referentenentwurf noch nicht vorlag und alle GOZ-Kurse im Moment spekulativ, wenn nicht sogar unseriös sind.

In der Mittagspause hatte Dr. Sommerer dann die erfreuliche Aufgabe, verdiente Helferinnen zu ehren. Madeleine Berning, Nadine Pabel und Miriam Trapp wurden für die jeweils beste Abschlussprüfung in den Berufsschulen Hof, Bayreuth und Bamberg ausgezeichnet. Für 10-jährige Praxiszugehörigkeit wurden Alice Busse, Michaela Dill, Rebecca Dressler und Danijela Mestrovic geehrt. 20 Jahre in der gleichen Praxis tätig waren Sabine Heymann und Tanja Wagner, 25 Jahre Claudia Bannert. Auf 30 Jahre Berufstätigkeit blickten Ilona Dregelies und Elke Jähniß zurück. Rekordhalterin war Renate Munzert, die für 40-jährige Praxiszugehörigkeit geehrt wurde.



Nach vielen Stunden intensiven Trainings entließ Frau Salhoff ihre Zuhörerinnen erschöpft, aber um manche Erfahrung reicher, ins Wochenende.



Wissenschaftliches Programm am Samstag

Highlight und Zugpferd der Veranstaltung war zweifellos das wissenschaftliche Programm am Samstag. Die Theorie des Vormittags wurde nach dem Mittagessen durch per Satellit übertragene Liveoperationen untermauert.

Trends in der Implantologie

Im Dialog stellten Dr. Georg Bayer als Oralchirurg und Dr. Steffen Kistler als Prothetiker die aktuellen Trends vor. Ein fester Zahn bzw. ein festes Implantat reichten heute längst nicht mehr aus, um die Patienten zufrieden zu stellen. Eine neue Versorgung müsse auch ästhetisch hohen Ansprüchen genügen. Daher käme einer Fall-evaluation hinsichtlich potentieller Risikofaktoren eine besondere Bedeutung zu. Anschließend erfolgten Vorbehandlung, Hartgewebsmanagement, Implantatpositionierung, Weichgewebsmanagement und abschließend die prothetische Versorgung. Neben den üblichen Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes etc. käme dem parodontalen Biotyp mit dünner Schleimhaut besondere Bedeutung zu. Stark risikobehaftet sei auch etwa durch frühere Wurzelspitzenresektionen vorgeschädigtes Gewebe.

Neben exakter Beratung und Aufklärung legten die Referenten auch auf eine exakte Dokumentation der Ausgangssituation, z. B. mit Photos und Modellen, größten Wert.

Absolute Priorität habe der Erhalt von Gewebe. Dies erreiche man durch atraumatische Extraktion und möglichst schonende Operationstechnik, die, wo immer möglich, „flapless“ erfolgen sollte.

Als absolute Problemzone in der ästhetischen Implantologie gelte die vestibuläre Knochenlamelle. Diese müsse erhalten und gestützt werden („Socket Prevention“). Sofern keine Sofortimplantation möglich sei, gelten folgende Regeln:

1. 2 mm vestibulärer Knochen sind erforderlich
2. Überkonturierung zur Kompensation der immer stattfindenden Resorption
3. Einbringung eines resorptionsstabilen Ersatzmaterials
4. Viermonatige, gedeckte Einheilung

Da der Implantatdurchmesser kleiner als der Durchmesser der natürlichen Zähne ist, wurde eine leicht palatinale Implantatposition empfohlen.

Als weitere Möglichkeit des Hartgewebsmanagements wurde die forcierte Distraction mit KFO-Geräten vorgestellt.

Die Sofortimplantation

Zur theoretischen Vorbereitung der geplanten Live-Op gingen die Referenten intensiv auf die Problematik der Sofortimplantation ein. Diese sichere den Erhalt von Hart- und Weichgewebe, funktioniere atraumatisch und schnell. Besonders gute Ergebnisse ergaben sich bei symmetrischen Situationen.

Abzuraten sei bei extremen ästhetischen Ansprüchen und fehlendem bukkalen Knochen.

Hinsichtlich des Implantatdurchmessers setze man heute wieder auf kleinere Durchmesser, da das Implantat selbst eine Nutritionsbarriere darstelle und ein Gap von bis zu 1,5 mm kein Problem bei der Einheilung darstelle.

Ein besonderes Problem stelle auch die bukkale Konkavität des Oberkieferknochens dar. Hier empfahlen die Referenten im Falle einer Perforation eine Deckung bzw. Augmentierung mittels Fenster-technik ohne Schnittführung im Bereich der Papillen.

Die Sofortversorgung

Die Sofortversorgung stelle einen zusätzlichen Risikofaktor bzw. eine zusätzliche Herausforderung dar. Voraussetzungen hierfür seien:

1. Primärstabilität des Implantats
2. Ausdrehwiderstand von mindestens 35Ncm (Anmerkung des Autors: Angabe ist vom Implantatsystem abhängig)
3. Nonokklusion des Provisoriums
4. vollständiges, verblocktes Provisorium mit mehreren Implantatpfählen

Patienten, die eine Sofortversorgung erhalten sollen, müssten über eine hohe Compliance und Zuverlässigkeit verfügen, d.h. die Anweisungen (z. B. mindestens 6 Wochen nur weiche Kost etc.) exakt befolgen.

In der folgenden Live-Operation wurde die Theorie in die Praxis umgesetzt, einer Patientin sechs Sofortimplantate eingesetzt und diese mit einem verblockten, vom Zahn-techniker hergestellten Provisorium sofort versorgt.



Spektakulärer Abschluss war der Auftritt der frischoperierten Patientin auf der Bühne, als sie mit den neuen, sofortversorgten Implantaten demonstrativ in einen Apfel biss – nur einmalig und für das Auditorium natürlich, denn das Behandlungsprotokoll sieht anfangs Schonung und nur weiche Kost vor.

Trends und Innovationen in der plastischen Parodontalchirurgie

Dr. Markus Schlee aus Forchheim stellte als Lokalmadator Techniken vor, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen, aber im Ergebnis um so faszinierender sein können. Die Therapie von Rezessionen, Kammdefekten und Gingivaasymmetrien kommt dem Wunsch der Patienten nach optimierter rot-weißer Ästhetik nach.

Eine erhebliche Bedeutung für die biologische Breite bzw. Resistenzlage des Patienten komme, so der Referent, dem Biotyp zu. So neige der Biotyp mit dünner Schleimhaut eher zu Defekten als der sog. „dicke“ Biotyp. Zusätzlich kämen zu intensives Putzen, KFO-Behandlungen, Piercing, Traumata oder prothetische Versorgungen als Risikofaktoren in Frage. Die früher häufig ins Feld geführte Funktion spiele hingegen für den Erfolg der Rezessionsdeckung nach neuesten Erkenntnissen keine Rolle.



Ziel der plastischen Parodontalchirurgie sei daher nicht nur eine Deckung von Rezessionen, sondern auch eine Veränderung des Biotyps. Hilfreich für die Einschätzung der Erfolgchancen seien auch die Miller-Klassifikationen I bis IV.

Eine zwingende medizinische Indikation für eine Rezessionsdeckung im Frontzahnbereich bestehe nicht, im Seitenzahngebiet sei hingegen eine derartige Maßnahme im Sinne einer Furkationsprophylaxe unter Umständen auch medizinisch sinnvoll.

Die Mikrochirurgie

Kennzeichen der Mikrochirurgie, so Dr. Schlee, sei nicht das Mikroskop, sondern eine andere chirurgische Geisteshaltung bzw. ein anderer Umgang mit dem Gewebe:

- ein OP-Mikroskop ist häufig sinnvoll, aber nicht zwingend erforderlich
- jeglicher Zug auf das Gewebe wird vermieden, der Lappen wird so präpariert, dass dieser passiv liegen bleibt und die Nähte nur der Fixierung dienen
- Verwendung von dünnem Nahtmaterial (monofiler Kunststoff-faden), der reißt, ehe er Zug ausübt
- Verwendung einer feinen Rundkörpernadel, Bogenlänge 10-15 mm

Insgesamt verbessere mikrochirurgisches Vorgehen die Heilungsgeschwindigkeit und die Erfolgchancen.

Als Operationstechnik stellte der Referent das Bindegewebestransplantat (BGT) vor, das seine Grenzen in der Verfügbarkeit (z. B. bei multiplen Rezessionen) habe. Alternativ käme derzeit eine xenogene Matrix in Frage, die allerdings gedeckt einheilen müsse.

Nach Einschätzung des Referenten gehört die Zukunft allerdings der homologen Matrix, die derzeit aber noch nicht auf dem Markt erhältlich ist.

Auch Dr. Schlee demonstrierte die vorher besprochene Technik in Form einer mikrochirurgischen Live-Operation, in der eine parodontale Knochentasche im Sinne einer Unterstützung des

Weichgewebes aufgefüllt und mikrochirurgisch gedeckt wurde.



Innovationen in der Prothetik

Die Patienten wünschten sich heute nicht nur feste, sondern auch ästhetisch perfekte Zähne. Daher dürfe es bei Frontzahnimplantaten keine Kompromisse geben. „Die Zukunft ist weiß,“ führten Dr. Georg Bayer und Dr. Steffen Kistler aus. Sowohl bei den Implantat-abutments als auch den Gerüsten der ZE-Versorgungen käme zunehmend Zirkonoxid zum Einsatz.

Für die prothetische Versorgung von Einzelzahnimplantaten im Seitenzahnbereich bestehe neuerdings die Möglichkeit, computergefräste Restaurationen aus einer Lithiumdisilikatkeramik zu verwenden.

Ist das Implantat der bessere Zahn?



An dieses schwierige Problem wagte sich Dr. Schlee im letzten Referat der Veranstaltung. Mit der noch provokanteren Frage „Sind wir Zahnärzte oder Titanärzte?“ verwies er auf den Ehrenkodex der SSO. Nach diesem liege die Verantwortung für den Erfolg einer Versorgung in den ersten fünf Jahren überwiegend beim Zahnarzt. Nach fünf Jahren gehe diese allmählich auf den Patienten über und erst nach zehn Jahren sei der Patient alleine verantwortlich.

Risikofaktoren, wie z. B.

- Rauchen von mehr als 5 Zigaretten pro Tag
 - genetische Disposition
 - Rauchen kombiniert mit genetischer Disposition
 - Diabetes
 - psychosozialer Stress
 - schlechte Mundhygiene,
- seien für Implantat und Zahn nachteilig.

Nach derzeitigem Stand der Literatur hätten parodontal gelockerte OK-Molaren bzw. Prämolaren die schlechteste Langzeitprognose. Frontzähne und UK-Molaren, auch mit Furkationsbefall, ließen sich besser und längerfristig erhalten.

Bei der PA-Therapie habe weniger das Behandlungsprotokoll als

die richtige Diagnose und die Nachsorge Einfluss (Entfernung des Biofilms) auf den Langzeiterfolg.

Somit kam der Referent zu dem Ergebnis, dass bei PA-geschädigten Frontzähnen der Erhalt im Vordergrund stehen müsse, während im Seitenzahnbereich, insbesondere bei der Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung, dem Implantat der Vorzug vor einem gelockerten Molaren zu geben sei.

Kritisch sei anzumerken, dass die hohen Erfolgsquoten von Implantaten nach 10 Jahren sich auf den funktionstüchtigen Verbleib in der Mundhöhle stützten. Komplikationen, wie z. B. Mukositis oder Periimplantitis seien hier nicht berücksichtigt. Nur 12 % aller Implantate blieben komplikationsfrei.

Abschlussdiskussion



Mit diesen selbstkritischen Einschätzungen stellten sich die Referenten zu fortgeschrittener Stunde einer lebhaften und interessanten Abschlussdiskussion.

Die Veranstaltung bewies, dass der Fortbildungswille der Kollegen-schaft ungebrochen ist und Veranstaltungen auf hohem Niveau sich um ausreichende Frequentierung nicht zu sorgen brauchen.

*Dr. Reiner Zajitschek
2. Vorsitzender des ZBV Oberfranken
Dr. Thomas Sommerer
Fortbildungsreferent des ZBV Oberfranken*

Interdisziplinärer Workshop: Bisphosphonate und Kieferosteonekrosen - Mythen + Fakten

Am 24. September 2008 fand in München in Kooperation mit der eazf ein interdisziplinärer Workshop statt, der sich mit dem Management von Kieferosteonekrosen nach Bisphosphonattherapie beschäftigte. Der Autor nahm daran teil und möchte an dieser Stelle stichpunktartig einige Aspekte darlegen:

- Die Verwendung von Bisphosphonaten in der Medizin ist durchaus berechtigt, da sie z. B. bei Knochenmetastasen zu signifikant weniger Spontanfrakturen führen und damit für den Patienten einen erheblichen Gewinn an Lebensqualität bedeuten.
- Kiefernekrosen korrelieren vor allem mit der Applikation, Dosis, Intervall und Pharmakokinetik des eingesetzten Bisphosphonates.
- Das Risiko von Osteonekrosen scheint bei oraler Gabe geringer zu sein.
- Das höhere Risiko von Osteonekrosen haben Patienten in der Onkologie, Osteoporosepatienten sind offenbar weniger betroffen.
- Ob das vorherige Absetzen der Bisphosphonate das Risiko von Osteonekrosen verringert, war bei den Referenten umstritten.
- Patienten, die Bisphosphonate bekommen sollen, müssen vorher nach Möglichkeit zahnärztlich saniert werden.
- Bei Patienten unter Bisphosphonattherapie sollten nur diejenigen Zahnärzte chirurgisch tätig werden, die auch die Komplikationen beherrschen können.
- Bei Prothesenträgern ist peinlich genau auf Druckstellen zu achten.
- Auch Fistelgänge können ein Hinweis auf Osteonekrosen sein, es muss nicht immer Knochen freiliegen.
- Sinnvoll ist eine perioperative antibiotische Begleittherapie (z. B. *Augmentan* oder *Sobelin*).
- Die Häufigkeit des Auftretens von Osteonekrosen ist bei den verschiedenen Bisphosphonaten unterschiedlich. Am problematischsten soll *Zoledronat* sein. Die Möglichkeit einer Medikamentenumstellung ist daher zu erwägen.
- Osteonekrosen im Kieferbereich sind therapierbare Krankheitsbilder – bei entsprechender Erfahrung.

(Anmerkung des Autors: Zumindest sieht man das in der Kieferchirurgie der Universität München so)

Dr. Thomas Sommerer
Fortbildungsreferent ZBV Oberfranken

Zweitmeinungsmodell

In letzter Zeit ergeben sich heftige Irritationen, da GKV-Patienten bei Ablehnung von zahnärztlichen Wunschbehandlungen bei ihrer Krankenkasse vorstellig wurden und von Krankenkassensachbearbeitern auf das Zweitmeinungsmodell der KZVB verwiesen wurden. Die Empfehlung lautete dann, doch andere Behandler aufzusuchen, um dort eine Zweitmeinung einzuholen. Bekannterweise dient jedoch das Zweitmeinungsmodell dazu, den von Verbraucherschützern reklamierten Aufklärungsbedarf bei Zahnersatz zu decken. Um nicht den Verbraucherschützern das Aufklärungsfeld zu überlassen, wurde deshalb für Zahnersatz ein neutrales Beratungsmodell in Nürnberg und München installiert, um die kollegiale Zusammenarbeit vor Ort zu sichern.

Für die übrigen zahnärztlichen Behandlungsfelder ist dieses Zweitmeinungsmodell nicht vorgesehen. Da in Zukunft die chronische Unterfinanzierung der GKV (siehe Wurzelbehandlungen) zusätzliche Patientenwünsche ohne Kostenselbstbeteiligung unerfüllbar macht, verstärkt sich der Druck auf die Praxen von Seiten der Patienten hinsichtlich des Wunsches nach kostenloser Chipkartenbehandlung. Denn bereits jetzt sind Praxen bereit, trotz Mehrkostenvereinbarungsregelung kostenlose Behandlungen zu erbringen, um am „Markte“ gut dazustehen. Es stellt sich die Frage, wie lange sich eine Praxis dies betriebswirtschaftlich leisten kann.

Dr. Walter Panhans, Coburg

**Redaktionsschluss für die
Ausgabe 1/2009
ist der 19. Februar 2009**

**Anzeigenschluss
ist der 26. Februar 2009**

13. Klinische Demonstration

der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgischen Klinik
des Universitätsklinikums Erlangen

Gemeinsame Veranstaltung
mit dem Zahnärztlichen Bezirksverband Mittelfranken

Thema: **Der Zahnarzt der Zukunft -
Generalist oder Spezialist?**

Termin: Samstag, 10. Januar 2009
9.00 – 13.00 Uhr

Veranstaltungsort: Hörsaal der Chirurgischen Klinik
Glückstraße 11, 91054 Erlangen

Die Anmeldeunterlagen können Sie beim Zahnärztlichen
Bezirksverband Mittelfranken, Frau Lauterbach, anfordern.

(Tel. 09 11 / 5 30 03 - 11, Fax 09 11 / 5 30 03 - 19,
E-Mail: zbv-mfr@t-online.de)

Teilnehmergebühr:
Zahnärzte 45,- €
Assistenten, Studenten
(bei Vorlage eines Ausweises
bzw. einer entspr. Bestätigung) 25,- €

AOK-Karenztage und Kassenvorstandsgehälter

Obwohl der Bundesrechnungshof die Kassenvorstandsgehälter gerügt hat, bleibt dies ohne Konsequenzen. Durch den Abfluss von 280 Millionen Euro aus Bayern in den künftigen Gesundheitsfonds werden durch Umverteilung in andere Bundesländer den fleißigen bayerischen Bürgern weitere Mittel für ihr Gesundheitssystem entzogen.

Dieser Geldentzug für das bayerische Gesundheitssystem kann nicht durch Kosteneinsparungen in den Praxen kompensiert werden, was die Behandlungsqualität reduzieren wird. Denn bereits jetzt lässt sich an den Behandlungs-Karenztagen erkennen, wohin das bayerische Gesundheitssystem abgleiten wird.

Verschont von den finanziellen Turbulenzen bleibt jedoch weitgehend die Krankenkassenbürokratie, obwohl der Bundesrechnungshof die Gehälter der Kassenchefs gerügt hat. Wenn Wirtschaftsunternehmen wegen hoher Vorstandsgehälter kritisiert werden, sollte bedacht werden, dass diese Vorstände bei Misserfolg sehr schnell ihre Position verlieren.

Bei Krankenkassen wird jedoch bei erwiesener bürokratischer Misswirtschaft, überhöhten Vorstandsgehältern und nicht nachvollziehbaren Sonderwohlthaten (Fitness-Studio etc.) noch mehr Bürokratie aufgebaut, weil angeblich noch mehr Kontrollen bei Ärzten notwendig sind.

Bei mehr als 250 Krankenkassen mit diversen Kassenchefs und Provinzstatthaltern addiert sich dies zu riesigen Summen. Deshalb ist ein enormer Bürokratieabbau überfällig, um die reinen Verwaltungskosten zu senken und den Zwang der Kassenchefs zur Wohlthatenverteilung von Nichttherapieleistungen zu unterbinden. Bei gleichen Krankenkassenleistungen sind 30 Krankenkassen in Deutschland sicher ausreichend, um ohne Verschiebepbahnhöfe eine sauber bilanzierte Krankenkassenarbeit zu erledigen.

Unrentable Krankenkassenaufgaben sind aufzulösen und überflüssige Krankenkassenchefs nebst Stellvertreter ohne Bestandschutz und fürstliche Apanagen zu entsorgen. Da die bestehende Bankenkrise mit Sicherheit zu einer Rezession 2009 führen wird, sind steigende Krankenkassenbeiträge und hohe Patientenzahlungen eine Zumutung für die arbeitende Bevölkerung. Bei hoher Inflation verbleibt weniger Geld in der Familienkasse, was sich negativ auf das Kaufverhalten auswirken wird. Dies hat dann leider auch Einfluss auf die angebotenen Leistungen der Zahnarztpraxen, die bei erhöhten Kosten für Energie, Hygiene und QM-Maßnahmen mit erheblichen Umsatzeinbrüchen bei Zuzahlerleistungen und Privatbehandlungen zu rechnen haben. Augenmaß, rechtzeitiges Krisenmanagement und ein wenig Glück sind deshalb für die kommenden Monate allen Kollegen zu wünschen.

Dr. Walter Panhans, Coburg

Zu verkaufen

Mauser Stahl-Karteischränk
Breite 53 cm x Tiefe 60 cm x Höhe 135 cm
6 Schubladen - doppelbahinig
VB 250,- €
Tel.: 09 51 / 6 29 39, Dr. Helmreich

FVDZ-Hauptversammlung in Saarbrücken: Weichenstellung bis 2010

Einen überaus erfreulichen Verlauf nahm nicht nur aus bayerischer Sicht die Hauptversammlung in Saarbrücken. Der FVDZ ließ die sogenannten Bremer Beschlüsse hinter sich und stellte sich für die Zukunft auf. Alle verabschiedeten Anträge der Schweinfurter Landesversammlung finden sich sinngemäß auch in den Beschlüssen von Saarbrücken wieder.

Genossenschaft gegründet

Eine breite Diskussion fand hinsichtlich der Gründung einer Genossenschaft statt. Ziel ist es, auf Bundesebene eine Marktmacht gegen das sich bildende Kassenmonopol zu entwickeln. Dies soll in Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Strukturen, z. B. der ABZeG in Bayern geschehen. Im Ergebnis begrüßten die Delegierten die Gründung der Deutschen Zahnärzte-Genossenschaft mit großer Mehrheit.

Basistarif

Auf einstimmige Ablehnung stieß der Basistarif. Die PKV wurde aufgefordert, diesen nur als Minimalabsicherung bereit zu stellen. Die KZVen sollen ihren Sicherstellungsauftrag keinesfalls als Behandlungspflicht für den Vertragszahnarzt umsetzen.

Endgültiger Abschied von den Bremer Beschlüssen

Hinsichtlich der KZVen positionierte sich die Hauptversammlung ganz eindeutig: „Die Bremer Beschlüsse und die Nichtbeteiligung an den KZV-Wahlen 2004 waren ein Fehler“, führte ein Delegierter aus und hatte die überwältigende Mehrheit der Versammlung auf seiner Seite. Konsequenterweise beschloss die Versammlung, dass 2010 Verbandsmittel für die Wahlen zu den KZVen verwendet werden dürfen.

Mehrkosten

Kassenpatienten sind „auf Chipkarte“ bekanntermaßen auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung beschränkt. Ausnahmen gibt es derzeit nur beim Zahnersatz und in der Füllungstherapie. Hier forderten die Delegierten, Mehrkostenregelungen in allen Bereichen der Zahnheilkunde einzuführen. Die Möglichkeit der Privatliquidation wird hierdurch nicht eingeschränkt, da Mehrkostenvereinbarungen auf unwirtschaftliche oder nicht richtlinien-konforme Therapien nicht anwendbar sind. So wäre etwa die endodontische Behandlung eines behandelten 7ers auch bei Existenz einer möglichen Mehrkostenregelung nach wie vor privat abzurechnen.

Festzuschüsse

Sehr differenziert wurde das Festzuschusssystem gesehen. Prinzipiell wäre es eine mögliche und gangbare Lösung für alle Bereiche der Zahnheilkunde. Dennoch erscheint eine weitere Ausweitung unter den derzeitigen politischen Konstellationen unter der Prämisse der Unterversorgung problematisch, da in diesem Kontext eine volumenneutrale Ausweitung der Regelversorgung resultieren könnte.

Weiterbildungsordnung

Keine Freude löste die von der BZÄK geplante Musterweiterbildungsordnung aus. Die dort vorgesehenen postgradualen Masterstudiengänge sind ein nicht mehr rückgängig zu machender Schritt in Richtung weiterer Fachzahnärzte, da es nur eine Frage der Zeit ist, bis die zuständigen Kammern auf Länderebene derartige Abschlüsse noch mit offiziellen Körperschaftsstempeln hofmäßig machen. Daher forderte die HV des FVDZ die BZÄK auf, die Musterweiterbildungsordnung auf Eis zu legen und stattdessen den Generalisten zu stärken. Zahnärzte sind bereits Fachärzte - es gibt keine Wissensexplosion, die eine weitere Spezialisierung oder Überweiskultur erforderlich macht. Kritisiert wurden in diesem Zusammenhang die Handlungsempfehlungen, die im Weißbuch der Zahnmedizin abgedruckt sind.

*Dr. Reiner Zajitschek
stellv. Landesvorsitzender*

Selbstversuch

Berühmte Mediziner machen Selbstversuche. Sie führen sich Herzkatheter ein, geben sich selbst noch unbekannte Medikamente oder stellen sich als Medium für moderne Behandlungsmethoden zur Verfügung, wie etwa die mikroinvasive Chirurgie. Dafür gab es sogar Nobelpreise. Einfache Mediziner sind solcher Würden nicht teilhaftig, aber auch sie machen bisweilen Selbstversuche.

Schon lange, noch inmitten seiner aktiven Berufslaufbahn, wünschte sich Pertisau, er möge einmal in einem Kiefer vier oder fünf Zähne verlieren, was danach die Eingliederung einer Teilprothese erforderlich machen würde. Dahinter steckte kein Masochismus; Pertisau wollte nur einmal selbst fühlen, wie sich eine Teilprothese trägt, wie sie funktioniert, wie belastbar sie ist und wie es mit der Reinigung steht. Nach einem Vierteljahr, so wünschte sich der alte Beckmesser, sollten seine Zähne wieder in ihre Alveolen zurückkehren, was natürlich eine Utopie war.

Diese Utopie wurde aber eines Tages zur Realität. Man musste nur alt genug dazu werden. Er verlor mit 80 Jahren eine respektable Brücke von 13 bis 17. Der Gründe gab es mehrere. Gleichzeitig wurden ihm von einem mutigen und sehr versierten Kollegen aus seinem Obmannsbezirk (mehr darf nicht verraten werden wg. der Berufsordnung) sofort drei Implantate gesetzt, die ganz schnell sehr gut einheilten und die besten Voraussetzungen für die Eingliederung einer neuen Brücke als Suprakonstruktion im familiären Rahmen mitbrachten. Alte Zahnärzte als Patienten sind für junge Zahnärzte als Behandler Gräuel und Ansporn zugleich.

Zwischen Extraktion und Suprakonstruktion sollen immerhin drei Monate vergehen. Die Osteoblasten eines Achtzigers sind müde und langsam geworden. Pertisau hätte sich mit der temporären Lücke abgefunden – auch das wäre ein Selbstversuch gewesen – aber seine häusliche und kollegiale Umgebung legte Veto ein. So wurde ihm als Interimsprothese eine Mittelwertlösung eingegliedert, also eine abgestützte Modellgussprothese mit zwei gegossenen Klammern. Die Kaufunktion war nach ganz kurzer Gewöhnungszeit bis hin zum Südtiroler Speck mit Vinschgauer Fladen (als Testobjekt) einwandfrei, die Klammerzähne haben den Ansprüchen der parodontalen Belastung standgehalten.

Zwei Stunden nach dem ersten Kauversuch kam die Nachttoilette mit der unvermeidlichen Mundhygiene, Zähneputzen usw. Die Prothese wurde heraus genommen. Aber wie stellte sie sich dar? Die Spuren des Brotes und der darin befindlichen



Körnchen waren deutlich. An jedem weiteren Morgen, Mittag und Abend gab es neue Spuren der jeweiligen Mahlzeit auf der palatinalen Seite der Prothese: Mohnkörnchen, Reste vom Käse, Überbleibsel einer sog. schwarzen Speckwurst, Spinatblätter.

Jetzt drehte sich die Gedankenmühle:

Die Mundhygiene empfiehlt, nach jeder Mahlzeit, auch nach dem kleinen Naschwerk, die Zähne zu putzen. Aber wer sich umhört, der wird selbst von höchst parodontalökonomischen Mundhygienikern erfahren, dass sie ihre eigene Mundhygiene von dem geforderten „nach jeder Mahlzeit“ auf „früh und Abend“ beschränken.

Pertisau, der in ähnlicher Weise lebte, hatte aber nun eine Teilprothese im Mund. Und wenn er sie herausnahm, war sie mit Speiseresten belegt. Nicht jeder Speiserest wirkt sofort aggressiv auf Zahnfleisch und Zahnschmelz. Aber sehen wir einmal von der Unappetitlichkeit ab, muss immerhin davon ausgegangen werden, dass, wenn nicht nach jedem Essen die Zähne ebenso geputzt werden wie die palatinale Seite der Prothese, sich über Stunden hinweg Speisereste ansammeln und wirken. Und das nicht nur mittags und abends, sondern zum Frühstück, Zwischenmahlzeit (Brotzeit), Mittagessen, Nachmittagskaffee plus -kuchen, Abendessen und last not least Fernsehknabbererei. Also sechsmal am Tag.

Pertisau hat Hunderte, vielleicht Tausende von Prothesen eingegliedert. Er erinnerte sich daran, wie oft die Patienten ihre Prothesen aus dem Mund nahmen, belegt, verschmutzt, sogar Zahnstein-besetzt. Auf die Frage, wie oft sie denn ihre Prothesen reinigen würden, antworteten manche „was, Prothese reinigen? Geht denn das überhaupt? Und wie macht man das?“. Heute würde er jedem prothetischen Patienten mehrere Bilder seiner Prothesenrückseite mitgeben, welche eine Schweinerei er nach der geringsten Mahlzeit, und wären es nur drei Stückchen Schokolade, in seinem Mund herum trägt.

Am Ende freute sich Pertisau über seine festsitzende Suprakonstruktion. Nun würde er vor der nächsten Narkose doch nicht „die Zähne ins Nachtkästchen legen müssen“. So ein Selbstversuch ist recht lehrreich, auch ohne Nobelpreis.....

Pertisau

Patientenführungs-Seminar „Kreatives Zaubern“

Zaubern als therapeutisch-pädagogisches Hilfsmittel
am 04. Februar 2009

Im „Fichtelgebirgshof“ in Himmelkron

20,- € Bonus für Schnellentschlossene...

...fügen Sie diesen Abschnitt Ihrer Anmeldung (beiliegender Flyer) bei und senden beides bis spätestens 31.12.2008 an uns.

Wir wünschen Ihnen geruhsame Festtage!

**Bitte beachten Sie die
Beilagen dieser MZO!**

Die Psycho-Logik an der Rezeption

Wahrscheinlich ist Ihre erste Reaktion auf die Überschrift: Noch so ein Schlaumeier, der immer ganz genau weiss, was sich in meiner Praxis abspielt.

Stimmt. Nur dass der Schlaumeier die Position Behandlerin und Patientin in allen Facetten schon erlebt hat.

Werden die Bestell-Zeiten plus minus fünf Minuten eingehalten? Ist das Warte-Zimmer kontinuierlich mit weniger als zwei Patienten besetzt?

Hält das Telefon Disziplin und drängt sich nicht in die Behandlung am Stuhl?

Signalisiert die Helferin an der Anmeldung jedem Patienten ein „Willkommen“?

Wird am Ende des Arbeitstages die erfahrenste Helferin für den letzten Patienten eingesetzt?

Haben Sie in der Praxis Ihre jeweiligen Spezialisten z. B. an der Rezeption?

Wenn Sie all diese Fragen mit ja beantworten können, herzlichen Glückwunsch, Sie sind ein Organisations-Glücksfall.

Dann blättern Sie einfach weiter.

Wenn nicht – ja dann unterhalten wir uns ein bißchen über den alltäglichen Wahnsinn, v. a. an der Rezeption.

Was steht eigentlich einem reibungslosen Bestell-System entgegen?

Die erfahrene Rezeptionshelferin hat einen modernen Terminplaner mit Haupt-Nebentätigkeiten, sie kennt die Arbeitsabläufe sehr gut, schließlich hat sie das gelernt und war auch lange in der Assistenz. Sie weiss, wie lange ein Zahn zum Beschleifen braucht, wann das Abdruckteam eingesetzt wird, wo Standzeiten sind, wo und wann die Prophylaxe günstig eingeplant werden kann, etc. Trotzdem – sie kann noch so schön planen - wenn der Chef sich nicht an seine Zeiten hält.

Die Todsünden vom Chef:

- Er kommt morgens immer ein bisschen zu spät – die ersten 5 Minuten sind futsch.
- Obwohl es für jeden Patienten einen genauen Behandlungsplan gibt – fällt dem Chef dies und jenes gerade ein – das machen wir jetzt ganz schnell – wieder 15 Minuten beim Teufel.
- Die Order – kein Telefon während der Kernbehandlungszeit – der Chef lässt sich doch schnell darauf ein – der Golfpartner wäre sonst verärgert – wieder 8 Minuten.

Die Patientin hat im Behandlungszimmer genervt, der Chef hat sich breitschlagen lassen – vorne wird mit einem Termin morgen und übermorgen massiv Druck gemacht – die Helferin quetscht sie auch noch irgendwo rein – schon stimmt ihr schöner Zeitplan nicht mehr.

Ach ja, Ihre Mitarbeiterinnen könnten sicherlich die Liste verlängern.

Die Schwachstellen der Helferin:

Sie ist sicherlich kompetent, sonst wäre sie doch nicht an der Rezeption, aber hat sie Standvermögen, nicht nur den Patienten, sondern auch dem Chef gegenüber?

Und nun kommen wir der Sache ein wenig näher. Die Helferin will ihre Sache gut machen, und es würde auch alles klappen, wenn ihr der Chef nicht dauernd in die Parade fahren würde.

Und dann tritt eben das ein, was wirklich niemand will:

Die Helferin würde sagen: Ich kann machen was ich will, es wird doch immer ganz anders geregelt. Psychologisch heißt das: Sie hat jetzt schon einen bedenklichen Motivationsverlust.

Was kann der Chef nun wirklich ändern?

Ganz einfach: Er muss sich an seine eigenen Vorgaben und Spielregeln halten. Das klingt leicht – verlangt aber eine gute Portion Selbstdisziplin.

Sie wissen schon - die halbe Erziehung ist das gute Vorbild - auch die Psychologie hat das nicht außer Kraft gesetzt, im Gegenteil, hier sprechen wir vom Lernen am Modell.

Ist erst einmal Motivations-Verlust da, war es schon ein stressiger Tag mit anstrengenden Arbeiten - die Helferin wird beim Ankommen des nächsten Patienten schon mal ab und zu den Kopf einziehen, sie weiß – es wird wieder später als geplant, lieber erst mal nicht hochschauen, geschweige denn, freundlich lächeln.

Nach einem langen Arbeitstag wollen alle nur noch heim. Jetzt tröpfeln die Schmerzpatienten herein, kurz vor Torschluss.

Wer wird dann eingeteilt? Das muss ein ungeschriebenes Gesetz sein, der jüngste Azubi muss ran. Eigentlich unlogisch oder? Es dauert auf alle Fälle länger, weil die Routine fehlt, sie muss dann doch eine erfahrene Kollegin holen, der Chef rollt die Augen und wird immer gereizter.

Und so tendiert ein gut geplanter Arbeitsablauf immer mehr zum Zufallsprinzip.

Nun werden Sie sagen:

Ja, aber doch nicht jeder Arbeitstag verläuft so. Stimmt. Aber hier kommt wieder einmal das Psychologenchinesisch, sprich: wir haben es hier mit intermittierender Verstärkung zu tun.

Sie kennen das doch, eine Ausnahme macht man immer wieder, sei es bei Kindern, bei den Patienten, bei den Helferinnen. Wenn nur jede 10. Ausnahme belohnt wird – das heißt man gewährt sie - stellt sich eine ungemein verstärkende Wirkung ein - das weiß man von vielen Human- und Tierexperimenten. Ist bei dieser Ausnahme kein regelmäßiger Rhythmus zu erkennen, wird die Verstärkung noch wirksamer. Diese verstärkende Belohnung wirkt paradoxerweise um Vielfaches mehr, als wenn sie jedesmal gewährt wird. Und was noch stärker ins Gewicht fällt – dieser Lernvorgang ist sehr schwer rückgängig zu machen – die sogenannte Löschung des Verhaltens.

Wie können Sie diese Klippen umschiffen?

Ganz banal zunächst dadurch, dass Sie die Wirkmechanismen eindeutig benennen können. Das ist schon die halbe Miete und ermöglicht Ihnen mit der Zeit ein entspannteres Umgehen mit dem Zeitmanagement, das oft schnell aus dem Ruder läuft.

Und wenn Sie mit Fachkenntnis und relativer Gelassenheit beobachten können, werden Sie dann ohne Magengeschwür und Bluthochdruck die einzelnen Arbeitsabläufe verbessert delegieren. Doch wie schon mehrfach erwähnt - das Lernen am Modell gibt der Chef vor -

Das heißt also Selbstdisziplin.

Marie-L. Greifenhagen,
Dipl.Psych.,
Bamberg



Im Rahmen der Berufsbegleitenden Beratung der BLZK werden folgende Seminare über die Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK GmbH in München und Nürnberg angeboten:

Praxisabgabe-Seminar

Die Formen der zahnärztlichen Berufsausübung haben sich grundlegend verändert, so dass zukünftig vermehrt angestellte Zahnärzte/Zahnärztinnen tätig sein werden und der Trend zu Mehrbehandlerpraxen unübersehbar ist. Deshalb besteht ein Zwang zu rechtzeitiger Planung der Praxisabgabe unter der Berücksichtigung steuerlicher, juristischer und versorgungstechnischer Aspekte.

Mittwoch
17. Juni 2009
14.00 – 19.30 Uhr
eazf München
Kurs-Nr. 69640

Praxisbewertung
Bewertungsmethode
Bewertungskriterien
Praxiswert
Verkehrswert nach § 103 SGB V

Wiederholungskurs
Mittwoch
23. September 2009
14.00 – 19.30 Uhr
eazf Nürnberg
Kurs-Nr. 79650

Rechtliche Aspekte
Bestehende Verträge
Mietvertrag
Versicherung
Arbeitsrecht

Halbtageskurs
Zahnärzte
Teilnehmer: 50
Kursgebühr:
180,- €

Steuerliche Aspekte
Beim Veräußerer
Beim Erwerber

Arzteversorgung

Erfahrungsbericht Praxisabgabe

Fortbildungspunkte: 4

Innovative Praxisformen (aus rechtlicher und steuerlicher Sicht)

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen haben sich drastisch verändert. Mit dem Wettbewerbsstärkungs- und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem Wegfall der Zulassungssperren für Zahnärzte ergeben sich völlig neue Formen der Berufsausübung.

Mittwoch
11. November 2009
14.00 – 19.30 Uhr
eazf Nürnberg
Kurs-Nr. 79660

Praxisformen
Möglichkeiten der Kooperation von Zahnärzten
Verschiedene Formen der Berufsausübungsgemeinschaften
- Gemeinschaftspraxis
- Praxismgemeinschaft
- Gesellschaftsformen (BGB-/Partnerschaftsgesellschaft etc.)
- Überörtliche und überbezirkliche Berufsausübungsgemeinschaften
- Übergangsformen (verschiedene Konzepte / Modelle)
Zweigpraxen
Medizinische Versorgungszentren
Integrierte Versorgung

Halbtageskurs
Zahnärzte
Teilnehmer: 50
Kursgebühr:
180,- €

Fortbildungspunkte: 4

Praxisbewertung
Bewertungsmethode, Bewertungskriterien, Praxiswert,
Verkehrswert nach § 103 SGB V

Darstellung anhand von beispielhaften Fällen

Praxismgemeinschaft / Gemeinschaftspraxis / Partnerschaft unter dem Diskussionsraster:
Mietvertrag
Praxiswert
Einstiegsregelung / Kaufpreiszahlung
Gewinnverteilung
Ausstiegsregelung

Anmeldung:

eazf GmbH
Fallstraße 34, 81369 München
Tel.: 089 72480-190/-192
Fax: 089 72480-188

Weitere Informationen über die Aktivitäten der Bayerischen Landeszahnärztekammer erhalten Sie im Internet: www.blzk.de

Termine 2009
Fortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte und
Zahnarthelfer/innen nach der Fortbildungsordnung der BLZK
Europäische Akademie Nürnberg

PROPHYLAXE BASISKURS
(8 Tage) je Kurs

- (1) 09.–10.03.2009, 16.–17.03.2009, 19.03.2009
25.–27.03.2009
Kursnr. K39201
- (2) 15.–16.06.2009, 22.–26.06.2009
30.06.2009
Kursnr. K39202
- (3) 12.–13.10.2009, 19.–20.10.2009, 23.10.2009
26.–28.10.2009
Kursnr. K39203

Referenten:

Dr. Ulrika Montén
Sabine Deutsch
Monika Hügerich

Kurszeiten:

Jeweils ganztägig von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Kursort: Europäische Akademie,
Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

Kursgebühr: 500,- € inkl. Mittagessen

Bitte beachten Sie, dass eine Kursanmeldung nur dann verbindlich gebucht werden kann, wenn folgende Unterlagen eingereicht sind:

- Helferinnenbrief/-urkunde (ZAH/ZFA) einer deutschen Zahnärztekammer
- Röntgenbefähigungsnachweis

PROTHETISCHE ASSISTENZ
(3 Tage) je Kurs

- (1) 15.–17.01.2009
Kursnr. K39104
- (2) 02.–04.04.2009
Kursnr. K39101
- (3) 13.–15.08.2009
Kursnr. K39102
- (4) 29.–31.10.2009
Kursnr. K39103

Referent:

Dr. Markus Achenbach

Kurszeiten:

Jeweils ganztägig von 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Kursort: Europäische Akademie,
Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

Kursgebühr: 330,- € inkl. Mittagessen

Bitte beachten Sie, dass eine Kursanmeldung nur dann verbindlich gebucht werden kann, wenn folgende Unterlagen eingereicht sind:

- Helferinnenbrief/-urkunde (ZAH/ZFA) einer deutschen Zahnärztekammer
- Röntgenbefähigungsnachweis
- unbedingt erforderlich für die Kursteilnahme sind Kenntnisse in der Herstellung von Provisorien mit Autopolymerisaten

Die Kursplätze werden nach Posteingangsdatum vergeben!
Die Anmeldung ist nur verbindlich, wenn die Anmeldeunterlagen vollständig sind.

Bei Stornierung wird die volle Kursgebühr fällig. Bei rechtzeitiger Absage/Umbuchung wird eine Bearbeitungsgebühr von 50,- € erhoben.

Jede/r Teilnehmer/in erhält am Ende des Kurses eine Teilnahmebestätigung über die „regelmäßige“ Teilnahme. Freiwillige kursbegleitende Leistungskontrollen finden zur Qualitätssicherung statt. Alle daran teilnehmenden Kursbesucher/innen erhalten bei Erreichung der Mindestpunktzahl ein Zertifikat über die „erfolgreiche“ Teilnahme. Die erfolgreiche Teilnahme weist Sie für diesen Themenbereich als fortgebildet aus und stellt die Voraussetzung für die Anmeldung zu den fachspezifischen Aufstiegsfortbildungen der BLZK dar!

Bitte beachten: Die organisatorische Abwicklung der genannten Fortbildungsveranstaltungen erfolgt im Auftrag des **ZBV Oberfranken** über die Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK GmbH. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Sabine Ahlers, Tel. 089 / 72 480-416 oder Fax 089 / 72 480-188.

Anmeldung (Akademie Nürnberg)

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildungsveranstaltung
des ZBV Oberfranken an:

Kurs-Nr.

Kursbezeichnung

Teilnehmer/in

Rechnungsadresse

Praxisanschrift

Privatanschrift

Name Kursteilnehmer/in

Adresse Kursteilnehmer/in

Name der Praxis

Adresse Praxis

Telefon / Telefax Praxis

E-Mail

Bezahlung

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtende Kursgebühr frühestens vier Wochen vor Kursbeginn zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Praxiskonto

Privatkonto

Kontoinhaber

Konto-Nummer

BLZ

Bank

Ich werde die fälligen Kursgebühren spätestens vier Wochen vor Kursbeginn per Überweisung bezahlen.

Anlagen

Prophylaxe-Basiskurs

- Helferinnenbrief/-urkunde in Kopie
- Röntgenbescheinigung in Kopie

Prothetische Assistenz

- Helferinnenbrief/-urkunde in Kopie
- Röntgenbescheinigung in Kopie
- Formlose Bestätigung über die Kenntnisse der Herstellung von Provisorien mit Autopolymerisaten (kann vom Praxisinhaber ausgestellt werden)

Datum

Unterschrift/en / Praxisstempel

WICHTIGE TERMINE

Obmannsversammlung Kronach

Termin: Dienstag, 03.02.2009, 19.00 Uhr
gemeinsames Essen,
ab 20.00 Uhr Versammlung
Ort: Landgasthof Detsch, Haig

Obmannsversammlung Hof

Termin: Donnerstag, 12.02.2009, 20.15 Uhr
Ort: Landgasthof Brunnenthal, Köditz

Dr. Reiner Zajitschek

ZA Reinhold Weißbach

Dieses Heft enthält:

Weihnachtsgruß	2	20-jähriges Praxisjubiläum – Herzlichen Glückwunsch	9
In memoriam	3	Richtlinie 3/2008: Wurzelbehandlungen im Seitenzahnbereich	10
BEKANNTGABEN:		Freiräume im Gesundheitswesen – nutzen und gestalten? (II)	13
Beitragszahlung I/2009	3	Pressemitteilung: Zahnmedizin und Medizin lehnen	
Änderung von Anschriften, Tätigkeiten usw.	3	GOZ-Referentenentwurf ab	15
Änderung von Bankverbindungen/BLZ	3	1. Fränkischer Zahnärztetag am 19./20.09.2008 in Bayreuth	16
Vertretung während des Weihnachtsurlaubs	3	Interdisziplinärer Workshop:	
Mitgliederbewegung August/September/Oktober 2008	4	Bisphosphonate und Kieferosteonekrosen – Mythen und Fakten	21
Fachlehrer im Schuljahr 2008/2009	4	Zweitmeinungsmodell	21
Winter-Abschlussprüfung für Zahnmed. Fachangestellte 2009	4	13. Klinische Demonstration	21
Zwischenprüfung – 22.04.2009	4	AOK-Karenztage und Kassenvorstandsgehälter	22
Feiertagsruhe bei Auszubildenden	5	FVDZ-Hauptversammlung in Saarbrücken: Weichenstellung bis 2010 ..	22
Zahnärztl. Notdienst für 2009	5	Selbstversuch	23
Informationen zu Ihrer geplanten Niederlassung	5	Die Psycho-Logik an der Rezeption	24
Geburtstage	6	Seminare über die eazf im Rahmen	
Änderungen und Ergänzungen im zahnärztlichen Notdienst	7	der Berufsbegleitenden Beratung	25
Abgeltungssteuer ab 2009	8	Kurse für ZAH/ZFA	26
		WICHTIGE TERMINE	28

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberfranken · Justus-Liebig-Straße 113/II · 95447 Bayreuth

Schriftleitung: Dr. Reiner Zajitschek · Goethestraße 2a · 95182 Döhlau

Anzeigenverwaltung: Pressestelle des ZBV Oberfranken · Justus-Liebig-Straße 113/II · 95447 Bayreuth

Telefon: 09 21 / 6 50 25 · Telefax: 09 21 / 6 85 00 · E-Mail: zbv-ofr@t-online.de

Druck: Druckerei Münch GmbH & Co. KG · Karl-von-Linde-Straße 11 · 95447 Bayreuth · Telefon: 09 21 / 7 59 00-0 · Telefax: 09 21 / 7 59 00-75

E-Mail: info@muench-druck.de · ISDN Leonardo: 09 21 / 7 61 28-3 oder -4.

Der amtliche Teil umfasst die Bekanntgaben. Die im nichtamtlichen Teil gebrachten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Schriftleitung wieder. Nachdruck der Beiträge (auch auszugsweise) nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion zulässig.

Bei allen Zuschriften ist der Schriftleitung, falls nicht ausdrücklich Vorbehalte gemacht werden, publizistische Auswertung gestattet.

Redaktionsschluss für die nächste MZO: 19.02.2009