



Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

Juli/August 2016

Mit Rundschreiben 7/16

Titelthema

**Kariesvorsorge von
Geburt an – Pilotprojekt
in Rheinland-Pfalz**



Standespolitik
Sitzung der Kreis- und
Vereinsvorsitzenden

Fortbildung
Weißer Hautkrebs

Praxisführung
Professionelles
Beschwerdemanagement

Leitgedanken

- Neue Aufgabe und Chance 3

Titelthema

- Pilotprojekt in Rheinland-Pfalz:
Zahnvorsorge ab sofort im
„gelben Heft“ 4
- Frühkindliche Karies:
Früherkennung durchexerzieren 8
- Kinderschutz geht alle an 10

Standespolitik

- Sitzung der Kreis- und
Vereinsvorsitzenden:
Freiheitsgrade nutzen 11

Fortbildung

- Weißer Hautkrebs im Gesicht –
Bessere Prognose durch
Früherkennung beim Zahnarzt 12

Rundschreiben

- Wichtige Informationen für
Kollegenschaft und Praxen 15

Fortbildung

- Weißer Hautkrebs im Gesicht –
Bessere Prognose durch Früh-
erkennung beim Zahnarzt –
Fortsetzung 19

Praxisführung

- Praxisführung wirtschaftlich
betrachtet: kaufmännisches
Rechnen – Fortsetzung 20

Aktuelles

- Empörungsrituale und Advocacy
Journalism – Wie TV-Politmagazine
mit Gesundheitsthemen umgehen 24

Praxisführung

- Professionelles Beschwerde-
management – Ein Beitrag zur
Patientenbindung 28
- Wenn der Haftpflichtfall eintritt 30

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rund-
schreiben der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
Rheinland-Pfalz K. d. ö. R.

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
Tel.: 06131-8927108 · Fax: 06131-892729053
E-Mail: redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

San.-Rat Dr. Helmut Stein (V. i. S. d. P.)
Dr. Holger Kerbeck (hk)
Dr. Stefan Hannen (sh)
Katrin Becker M. A. (kb)

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

KZV aktuell Anzeigenservice

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz
Tel.: 0261-973865-0 · Fax: 0261-973865-10

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweise

Bilder innen: Fotolia · 123RF
Titelfoto: Kariesvorsorge vom ersten Zahn
an: Im Pilotprojekt „Frühkindliche Karies
vermeiden“ werden Kleinkinder vom Zahn-
arzt betreut.
Foto: Becker

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

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

In diesem Dokument wird bei der Angabe
von Personenbezeichnungen überwiegend
die männliche Form verwendet. Dies ist
einzig dem Ziel einer besseren Lesbarkeit
geschuldet. Somit handelt es sich um eine
rein sprachliche Beschränkung. Die zentrale
Rolle von Geschlecht als wissenschaftliche
Kategorie bleibt davon unberührt.

Neue Aufgabe und Chance

Zu spät. Wir sehen die Kinder zu spät in den Zahnarztpraxen, um erste Anzeichen einer frühkindlichen Karies (Early Childhood Caries – ECC) zu diagnostizieren und Eltern für die richtige Mundhygiene bei ihren Kindern zu sensibilisieren. Die ECC ist ein ernsthaftes zahnheilkundliches Problem, das wir nur lösen können, wenn wir früher präventiv tätig werden. Das sind die zentralen Erkenntnisse, die wir aus Untersuchungen zur Zahngesundheit bei Kindern ziehen müssen.

Seit vielen Jahren zeigt die Zahnärzteschaft dieses Versorgungsproblem konsequent auf – in der Politik, bei den Krankenkassen und bei der Ärzteschaft. Diese Beharrlichkeit zahlt sich nun aus. Mittlerweile haben Krankenkassen bundesweit Verträge über Maßnahmen der Frühprävention geschlossen. Bei uns in Rheinland-Pfalz sind dies die BARMER GEK und die KKH. Allerdings werden diese Leistungen nicht in wünschenswertem Maße in Anspruch genommen. Zu selten suchen Eltern mit ihren ganz kleinen Kindern von sich aus den Zahnarzt auf. Der einfache, für uns sicherlich frustrierende Grund: Freiwilligkeit funktioniert nicht – gerade in Familien mit vielfältigen Problembelastungen. Eltern müssen verbindlich und systematisch in die Praxen gelenkt werden.

Die KZBV hat dieses Manko nun auf Bundesebene beseitigt. Auf deren Initiative hat der G-BA in einem ersten Schritt beschlossen, Verweise vom Kinderarzt an den Zahnarzt im offiziellen gelben Kinderuntersuchungsheft aufzunehmen. Das gelbe Heft gibt uns endlich den verbindlichen Rahmen, den wir für eine engmaschige Betreuung der Kinder benötigen. In einem zweiten Schritt werden perspektivisch zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für 0- bis 3-Jährige in den BEMA aufgenommen. Ein großer Erfolg für den Berufsstand. Ein noch größerer Erfolg für alle kleinen Kinder.

In Rheinland-Pfalz sind wir sogar schon einen Schritt weiter. In einem Pilotprojekt in der Region Pirmasens-Zweibrücken greifen wir der geplanten gesetzlichen Neuregelung vor. Dort haben bereits alle Kleinkinder Anspruch auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen, die im gelben Heft mit Verweis vom Arzt an den Zahnarzt verankert sind. Die enge Zusammenarbeit von Kinder- und Zahnärzten ist für uns eine „*Conditio sine qua non*“, ein absolutes Muss. Deutlich über 90 Prozent der Kinder werden über das gelbe Heft kinderärztlich betreut. Wir sind überzeugt, dass wir durch die Kopplung der zahnärztlichen an die kinderärztlichen Untersuchungen ähnlich hohe Teilnahmequoten bei den Zahnarztbesuchen erreichen werden. Unser herzlicher Dank gilt an die Stelle der KV RLP und den Kinderärzten für ihre Unterstützung.



Interdisziplinäre Vernetzung ist ein wichtiges Stichwort. Nicht allein KV und Ärzte tragen unser Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“ mit, sondern weitere Partner wie das „Bündnis Frühen Hilfen“. Von der Gruppenprophylaxe wissen wir, dass Prävention sehr viel besser greift, wenn sich ein Netzwerk aus Gesundheitspartnern und Multiplikatoren formiert, das uns berät und unterstützt.

In der Gruppenprophylaxe haben wir durch die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege den Problembereich ECC schon vor fünf Jahren ins Blickfeld genommen. Inzwischen betreuen rund 30 Referentinnen die Kleinkinder in Miniclubs, Krabbelgruppen und Kita-Nestgruppen. Nahezu 2.000 Veranstaltungen mit rund 20.000 Eltern zeigen, dass dieses Konzept greift. Dennoch gilt für alle Beteiligten das Fazit: Bei Kleinkindern fehlt die frühzeitige Untersuchung in der Zahnarztpraxis.

Die präventive Betreuung von Kleinkindern stellt uns in den Praxen vor eine neue Aufgabe, die es gilt, mit Leben zu füllen. Die KZV Rheinland-Pfalz hat bereits eine Fortbildungsoffensive gestartet, um Zahnärzte auf die neue Patientengruppe vorzubereiten. Namhafte Referenten auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde teilen ihr Wissen in der Behandlung der ECC, im Umgang mit den Kindern und in der Aufklärung der Eltern. Zugleich hoffen wir, durch die Fortbildungen den Sanierungsgrad der Milchzähne zu erhöhen, denn es zeigt sich, dass zu viele kariöse Milchzähne immer noch unversorgt bleiben.

Die präventive Betreuung von Kleinkindern räumt uns aber auch eine riesige Chance ein. Die Chance, den letzten Mosaikstein in der Präventionsstrategie der Zahnärzteschaft zu setzen und unser globales Ziel zu erreichen: Wir wollen alle Bürger von klein auf bis ins hohe Alter präventiv betreuen, damit sie auch bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können.

San.-Rat Dr. Helmut Stein
Vorsitzender

Dr. Matthias Seidel
Stv. Vorsitzender

Pilotprojekt in Rheinland-Pfalz: Zahnvorsorge ab sofort im „gelben Heft“

Rheinland-Pfalz geht voran: Um den Kariesbefall bei Ein- bis Dreijährigen zu verringern, betreuen Zahnärzte in der Südwestpfalz nun systematisch Kinder vom ersten Milchzahn an. In einem bundesweit einmaligen Pilotprojekt wird die zahnärztliche Vorsorge ab dem 6. Lebensmonat im gelben Kinderuntersuchungsheft verankert – mit verbindlichem Verweis vom Kinderarzt an den Zahnarzt.

Frisch gebackene Eltern erhalten auf der Entbindungsstation oder vom Kinderarzt das gelbe Kinderuntersuchungsheft. Das Heft, das Eltern aus der Region Pirmasens-Zweibrücken nun bekommen, hat eine Besonderheit: Es enthält drei zahn-

pen. Dafür setzen KZV und KV auf die Zusammenarbeit von Zahnärzten und Kinderärzten: Bei den Kinderuntersuchungen U5 bis U7 verweisen die Ärzte der Region die Eltern mit ihrem Nachwuchs verbindlich an den Zahnarzt.

Das Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“, das in seiner Form bundesweit einmalig ist, greift damit einer geplanten Neuregelung auf Bundesebene vor. Mitte Mai hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Initiative der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) beschlossen, künftig rechtskräftige Verweise vom Kinderarzt an den Zahnarzt und in der Folge zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen ins gelbe Kinderuntersuchungsheft aufzunehmen.

Sorgenkind „frühkindliche Karies“

Karies gilt als häufigste chronische Erkrankung im Kleinkind- und Vorschulalter – oft mit gravierenden Folgen für die Allgemeingesundheit. Für den KZV-Vorstandsvorsitzenden Sanitätsrat Dr. Helmut Stein ist die Aufnahme der zahnärztlichen Vorsorge ins gelbe Heft ein längst überfälliger Schritt. „Die Karies an den Milchzähnen von Kleinkindern ist unser Sorgenkind, denn anders als bei der Karies an bleibenden Zähnen verzeichnen wir hier keinen Rückgang.“ Studien belegen, dass bis zu 15 Prozent der 2½-Jährigen betroffen sind – mit steigender Tendenz und Polarisierung. In sozialen Brennpunkten steigt die Prävalenz auf bis zu 40 Prozent. Zudem zeigt sich, dass bei der Hälfte der Erstklässler, die Karies haben, die Schäden in den ersten drei Lebensjahren entstanden sind. „Bei den Kleinsten laufen wir den Präventionserfolgen hinterher, die wir bei älteren Kindern und Jugendlichen durch das funktionierende System aus Individual- und Gruppenprophylaxe erzielen“, sagt Stein.

Die KZV Rheinland-Pfalz erhält für ihre Initiative deshalb breite Unterstützung von den Gesundheitspartnern in der Südwestpfalz. Neben der KV RLP sind die Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Pirmasens-Zweibrücken sowie das Netzwerk „Bündnis Frühe Hilfen“ einschließlich dem „Pakt für Pirmasens“ beteiligt. Unterstützt wird das Projekt zudem von den gesetzlichen Krankenkassen und der Landesregierung.



Im Rahmen der ärztlichen Vorsorgetermine U5 bis U7 verweist der Kinderarzt an den Zahnarzt.
Foto: Becker

ärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Alter vom 6. bis 29. Lebensmonat. Mit diesem zusätzlichen Angebot wollen Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz und Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) die zahnärztliche Vorsorge und Früherkennung bei Kleinkindern verbessern und die frühkindliche Karies stop-

„Schwere Fälle der frühkindlichen Karies kommen der Kindeswohlgefährdung nahe. Das Pilotprojekt leistet deshalb einen wichtigen Beitrag zu mehr Kinderschutz und gesundheitlicher Chancengleichheit“, sagt Sabine Kober, Leiterin des Paktes für Pirmasens. Das Netzwerk will Kindern gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Gemeinsam mit der Pirmasenser Zahnärztin Pascale Monsieur und dem Kinderarzt Tamir Biran brachte Kober das Pilotprojekt ins Rollen. Sie knüpften den Kontakt zur KZV Rheinland-Pfalz.

Ursachen und Folgen der frühkindlichen Karies

Die frühkindliche Karies (Early Childhood Caries – ECC) hat insbesondere zwei Ursachen: zum einen der übermäßige Konsum kariogener oder erosiver Getränke – vor allem nachts – über die Babyflasche, zum anderen eine mangelnde Pflege der Milchzähne durch die Eltern. Die Erkrankung stellt nicht nur den kleinen Patienten und seine



Etwa jedes zehnte Kind bis zu drei Jahren leidet an der besonders schweren Form der frühkindlichen Karies.

Eltern, sondern auch den behandelnden Zahnarzt vor eine schwierige Aufgabe. Aufgrund der Anzahl der betroffenen Zähne – meist sind es sechs bis acht Zähne –, der Schwere der Zerstörung, des Alters der Kinder und der daraus resultierenden geringen Kooperationsfähigkeit kann die ECC häufig nur unter Narkose behandelt werden. Nicht selten bleiben kariöse Zähne deshalb unversorgt. Schmerzen,

Eckpunkte des Pilotprojektes

Das Pilotprojekt in der Region Pirmasens-Zweibrücken sieht für Kleinkinder zwischen dem 6. und 29. Lebensmonat drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen (FU) vor:

FU1 zwischen dem 6. und 9. Lebensmonat

FU2 zwischen dem 10. und 20. Lebensmonat

FU3 zwischen dem 21. und 29. Lebensmonat

Diese Untersuchungen sind gekoppelt an die kinderärztlichen Vorsorgetermine U5 bis U7 im gelben Heft – mit verbindlicher Verweisung vom Arzt an den Zahnarzt.

Aufgabe des kinderärztlich tätigen Arztes:

- > Information der Eltern über zahnärztliche Untersuchungen
- > Verweisung des Kindes an den Zahnarzt durch Einkleben eines Aufklebers „Kinderzahnvorsorge“ ins gelbe Heft bei der U5 bis U7

Kinderzahnvorsorge		Rücksprache mit Kinderarzt erforderlich	<input type="checkbox"/>
gesundes Gebiss	<input type="checkbox"/>		
Behandlung erforderlich	<input type="checkbox"/>		
Behandlungstermine vereinbart	<input type="checkbox"/>		
Behandlung erfolgt	<input type="checkbox"/>	Datum, Stempel	Unterschrift des Zahnarztes

Diese Aufkleber ersetzen die bislang fehlenden Einträge für zahnärztliche Untersuchungen im gelben Heft.

Aufgabe des Zahnarztes:

- > Aufklärung der Eltern über Hygienemaßnahmen ab dem ersten Zahn, Einüben der Putztechnik, Ernährungsberatung
- > Mundgesundheitscheck beim Kind
- > Fluoridanamnese und -empfehlungen
- > ggf. lokale Fluoridierung initialer Kariesläsionen
- > Dokumentation des Zahnarztbesuches im gelben Heft mit Rückmeldung an den Kinderarzt

Am Pilotprojekt interessierte Zahnärzte melden sich bitte bei der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Pirmasens-Zweibrücken, Gärtnerstraße 65, 66953 Pirmasens, Telefon 06331 / 13561.

ein vorzeitiger Verlust der Milchzähne oder Schäden im bleibenden Gebiss zählen zu den zahnmedizinischen Folgen der ECC. Auch neigen betroffene Kinder als Erwachsene eher zu Karies. Ganzheitlich betrachtet hat die ECC häufig negativen Einfluss auf die kindliche Entwicklung und das Sozialverhalten. Ohne gesunde Milchzähne können Kinder nicht richtig essen und altersgerecht zunehmen sowie nicht fehlerfrei sprechen lernen. Kinder mit sichtbar zerstörten Zähnen werden oft sozial ausgegrenzt. All dies bedeutet im Umkehrschluss: In den ersten drei Lebensjahren wird der Grundstein für ein gesundes Leben gelegt.

konsultiert, wenn sich gut zu behandelnde Initialläsionen zu sichtbaren Defekten ausgedehnt haben. „Wir sehen die Kinder zu spät in der Praxis“, fasst Stein zusammen. „Wir bekommen die ECC deshalb erst in den Griff, wenn Eltern so früh wie möglich und regelmäßig mit ihren Kindern in die Zahnarztpraxis kommen; das heißt, sobald der erste Zahn da ist.“

Diese Versorgungslücke von der Geburt bis zum 30. Lebensmonat schließt nun das Pilotprojekt. Kinder der Region Pirmasens-Zweibrücken werden ab Durchbruch des ersten Milchzahnes systematisch zahnärztlich betreut, so dass rechtzeitig erste Anzeichen einer Karies entdeckt und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden können. Neben der Untersuchung der Kinder auf bereits angegriffene Zähne und der Fluoridierung initialer Kariesläsionen sehen die drei Früherkennungsuntersuchungen außerdem die individuelle Beratung der Eltern vor. Da sie für die Gebissentwicklung ihrer Kinder die Verantwortung tragen, sollen sie frühzeitig über die richtige Mundhygiene bei den Kleinen aufgeklärt und dazu angeleitet werden. Zudem sollen sie stärker für Ursachen und Folgen der ECC sensibilisiert werden. Dieser frühe präventive Ansatz kann insbesondere auch Risikogruppen und sozial benachteiligte Familien unterstützen, in denen Zahnpflege nur eine nachrangige Rolle spielt.

Gelbes Heft schafft Verbindlichkeit

Die Gesundheitspartner setzen im Pilotprojekt auf die hohe Akzeptanz, die das gelbe Kinderuntersuchungsheft bei den Eltern hat. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums nehmen in Rheinland-Pfalz nahezu alle Kinder die ärztlichen Untersuchungen (genauer: U4 bis U9) wahr. Die Teilnahmequote von über 99 Prozent belegt, dass das gelbe Heft verbindlich auf Eltern wirkt und den Gang zu den wichtigen Vorsorgeuntersuchungen sicherstellt – nicht zuletzt durch die Kopplung an das Landeskinderschutzgesetz. Das Gesetz sieht ein Einladungs- und Erinnerungswesen vor, durch das Eltern an bevorstehende Untersuchungen erinnert werden bzw. das versäumte Termine anmahnt. „Wir sind zuversichtlich, diese Verbindlichkeit auch bei den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen und so Zahl und Frequenz der Zahnarztbesuche von Kleinkindern zu steigern“, sagt Stein.

Großen Wert legen die Projektpartner auf eine bessere Vernetzung von Kinderärzten und Zahnärzten. Im gelben Heft dokumentiert der Zahnarzt deshalb nicht nur den Besuch, sondern er hält auch das Untersuchungsergebnis für den



Das Pilotprojekt sieht für Kleinkinder drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen vor.

Foto: Becker

Strukturelle Lücken in der Vorsorge

Die Häufigkeit der ECC offenbart strukturelle Defizite in der zahnärztlichen Versorgung von Kleinkindern. Der Status quo der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen ab dem 30. Lebensmonat reicht nicht aus, um Risikofaktoren, das ist vor allem das „falsche“ Verhalten der Eltern, auszuschalten. Auch minimiert die Betreuung der unter Dreijährigen allein durch den Kinderarzt im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorge das Erkrankungsrisiko nicht. Die Realität in den Zahnarztpraxen zeigt, dass Ärzte wie Eltern die ersten Symptome der ECC in der Regel nicht oder erst sehr spät erkennen. Zahnärzte werden meist in einem fortgeschrittenen Stadium

behandelnden Kinderarzt fest. Bei Bedarf kann er um Rücksprache bitten. „Zerstörte Milchzähne sind auch für die Kinderärzte keine Bagatelle. Im Pilotprojekt haben Ärzte und Zahnärzte nun gemeinsam die Chance, einen weiteren wichtigen Grundstein für die kindliche Gesundheit zu legen“, sagt Dr. Sigrid Ultes-Kaiser, Vorstandsvorsitzende der KV RLP. Aus eigener Erfahrung weiß sie um die schweren Folgen der frühkindlichen Karies. Als Anästhesistin muss sie immer wieder Narkosen bei Kindern durchführen, um die notwendige Zahnbehandlung zu ermöglichen.



Das Wissen und die Motivation der Eltern sind entscheidend für die Zahngesundheit ihres Nachwuchses. | Foto: Becker

Inanspruchnahme der U-Untersuchungen in Rheinland-Pfalz

Teilnahmequote U4	99,64 %
Teilnahmequote U5	99,51 %
Teilnahmequote U6	99,46 %
Teilnahmequote U7	99,33 %
Teilnahmequote U7a	99,10 %
Teilnahmequote U8	98,86 %
Teilnahmequote U9	99,04 %

Stand: 31.12.2015, Quelle: MSAGD Rheinland-Pfalz

Impulsgeber für Beratungen auf Bundesebene

Das Pilotprojekt ist zum 1. Juli gestartet und endet, sobald die Früherkennungsuntersuchungen in den vertragszahnärztlichen Leistungskatalog (Zahnärztlicher Bewertungs-

maßstab zahnärztlicher Leistungen – BEMA) aufgenommen worden sind. Zwei Jahre, schätzt Stein, kann das noch dauern. Zunächst hat der G-BA die zahnärztliche Früherkennungsrichtlinie anzupassen. Dann müssen sich die KZBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen im Bewertungsausschuss auf entsprechende Leistungsbeschreibungen und -positionen verständigen. „Bis dies soweit ist, wollen wir Ergebnisse vorlegen, ob das neue Konzept der frühkindlichen Untersuchungen greift und praxistauglich ist“, bekräftigt der KZV-Vorsitzende. kb

Versorgungskonzept

„Frühkindliche Karies vermeiden“

Die stetige Zunahme der frühkindlichen Karies hat die Zahnärzteschaft bereits vor einigen Jahren alarmiert. Im Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“, an welches das rheinland-pfälzische Pilotprojekt anknüpft, beschreiben KZBV und Bundeszahnärztekammer detailliert das Versorgungsdefizit und formulieren konkrete Handlungsempfehlungen zur Prävention der ECC, unter anderem die Einführung gesetzlicher Früherkennungsuntersuchungen ab dem 6. Lebensmonat und deren verbindliche Aufnahme in das gelbe Kinderuntersuchungsheft. Der Gesetzgeber hat diese Empfehlungen 2015 im Präventionsgesetz

aufgriffen und den G-BA verpflichtet, früher als bisher zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder umzusetzen. Im Zuge der Neufassung der Kinderrichtlinie, zu der das gelbe Heft gehört, hat der G-BA nun reagiert. Künftig soll es sechs rechtsverbindliche Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt für Kinder im Alter vom 6. bis zum 64. Lebensmonat in Form von Ankreuzfeldern geben.



Frühkindliche Karies: Früherkennung durch Exerzieren

Gelungener Startschuss für das Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“ der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz und Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz: Rund 70 Zahnärzte und Kinderärzte aus der Region Pirmasens-Zweibrücken besuchten die Auftaktveranstaltung.

Neben einer Fortbildung zu Diagnose und Therapie der frühkindlichen Karies (Early Childhood Caries – ECC) präsentierte der KZV-Vorsitzende Sanitätsrat Dr. Helmut Stein Eckpunkte des Pilotprojektes. „Wir exerzieren in der Region Pirmasens-Zweibrücken das durch, was auf Bundesebene kommen soll.“ Drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Alter vom 6. bis zum 29. Lebensmonat samt Verweis vom Kinderarzt an den Zahnarzt sind seit Juli modellhaft im gelben Kinderuntersuchungsheft verankert. Dadurch soll die Zahngesundheit von Kleinkindern verbessert werden. Während bei Kindern und Jugendlichen bis zu 90 Prozent der Karies im bleibenden Gebiss eingedämmt werden konnten, hinken die Kleinkinder diesen Präventionserfolgen deutlich hinterher. Bis zu 15 Prozent der 2½-Jährigen leiden unter der schweren Form der frühkindlichen Karies – und es werden immer mehr. Stein: „Es ist sprichwörtlich etwas faul im Mund der kleinen Kinder.“ Die Entwicklung zeige, dass weder Kindervorsorgepässe noch der Appell an die Eltern, freiwillig so früh wie möglich mit dem Nachwuchs zum Zahnarzt zu gehen, wirken. „Wir sehen die Kinder erst dann, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist“.



Längst überfällig sind für Sanitätsrat Dr. Helmut Stein zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen im gelben Heft.

Perspektivisch sollen die frühkindlichen Untersuchungen – ganz offiziell – ins gelbe Heft und damit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen integriert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dafür bereits grünes Licht gegeben. Bis die Früherkennungsleistungen tatsächlich abgerufen werden können, werden allerdings noch bis zu zwei Jahre ins Land gehen.

Kariesvorsorge bei Kleinkindern: Praktischer Ratgeber für die zahnärztliche Praxis

Praktische Handlungsempfehlungen und Tipps zur Betreuung der kleinsten Patienten geben Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in einem Online-Ratgeber. Der Ratgeber soll die Praxen im Umgang mit den kleinen Patienten und deren Eltern sowie bei der Therapie im Praxisalltag unterstützen. Zudem enthält er Anregungen und Hinweise zur Umsetzung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen.

Der Ratgeber kann von der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzv-rheinlandpfalz.de heruntergeladen werden.



Kariesprävention: Fluorid ist die wirksamste Waffe

Prof. Dr. Christoph Splieth, Leiter der Abteilung für zahnmedizinische Prävention und Kinderzahnheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald, bestätigte den Ansatz des Pilotprojektes, Kinder vom frühestmöglichen Zeitpunkt an zahnärztlich zu betreuen. „Wir brauchen Prävention vom ersten Zahn an.“ Nicht zuletzt deshalb, weil Milchzähne schwieriger zu behandeln seien als bleibende Zähne. Nur rund 50 Prozent der kariösen Milchzähne würden daher saniert. Die Folgen: Zahnschmerzen, Fisteln und Abszesse sowie vorzeitiger Zahnverlust und schadhafte bleibende Zähne.

Splieth stellte in seinem Fachvortrag Epidemiologie, Prävention, Diagnose und Behandlung der frühkindlichen Karies dar. Dabei betonte er: „Bohren und Füllen ist keine Kariestherapie. Das ist eine Todesspirale auf Kassenkosten.“ Ziel müsse es sein, dauerhaft gesunde Zähne zu erhalten. Dafür entscheidend sei die häusliche Mundpflege. „Nur regelmäßiges Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta führt zum Erfolg.“



Er verwies auf die besondere Bedeutung der Fluoride, da sie der Demineralisierung der Zähne entgegenwirken. „Fluorid ist die wirksamste Waffe in der Kariesprävention.“ Zwischen Zahnärzten und Kinderärzten ist noch immer strittig, wie diese verabreicht werden sollten. „Fluoride wirken lokal an der Zahnoberfläche“, erklärte Splieth. Fluoridhaltige Zahnpasta sei demnach das Mittel der Wahl. Tabletten sollten aus seiner Sicht nicht mehr verordnet werden – auch, um eine Fluorid-Überdosierung und somit Fluorosen zu vermeiden.

Unstrittig hingegen ist, dass Eltern die Verantwortung für die Zahngesundheit ihrer Kinder tragen. Es reiche allerdings nicht, sie allein über Ursachen und Folgen der ECC aufzuklären. Splieth: „Wir müssen das Zähneputzen beim Kind mit den Eltern trainieren.“ Und zwar ausnahmslos mit allen Eltern. Frühkindliche Karies sei kein Problem, das sich allein auf Familien in sozialen Brennpunkten beschränke. „Es gibt auch Akademiker, die nichts über Karies wissen.“

Überzeugt zeigte sich Splieth vom Pilotprojekt in der Südwestpfalz. „Kleine Orte sind prädestiniert, um konsensuale Modelle zu entwickeln und Strukturen zu erproben.“ Für die Zahngesundheit der Kinder sei es wichtig, dass das Projekt ein Erfolg werde. kb



Das Pilotprojekt integriert zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen im gelben Heft.

Prof. Dr. Christian Splieth fordert Prävention vom ersten Zahn an. | Fotos: Kerbeck

dentTV

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



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

Kinderschutz geht alle an



Sabine Kober
Foto: Stadtverwaltung
Pirmasens

Der Pakt für Pirmasens will Eltern und Kindern in schwierigen Lebenslagen helfen und dazu beitragen, das Wohl von Kindern zu schützen. Gesunde Zähne gehören für Sabine Kober vom Pakt für Pirmasens dazu. Das Netzwerk unterstützt das neue zahnärztliche Vorsorgeangebot in der Südwestpfalz.

KZV aktuell: Das Netzwerk „Pakt für Pirmasens“ steht für Chancengleichheit. Wie passt hier die Zahngesundheit hinein?

Sabine Kober: Im Pakt für Pirmasens werden die vorhandenen staatlichen und ehrenamtlichen Initiativen gebündelt und individuell nach Bedürfnissen von Kindern und deren Familien koordiniert. Der Pakt für Pirmasens, in den sich nahezu alle wesentlichen Initiativen von Pirmasens eingebracht haben, will die Chancen der Kinder aus sozial schwachen und problematischen Familienverhältnissen durch frühzeitige, gezielte, individuelle Hilfen verbessern. Der Pakt ist Mitglied im Netzwerk „Frühe Hilfen“. Ziel unserer Arbeit ist es, den Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien neue Perspektiven zu eröffnen, um ihnen durch bessere Bildungschancen und Zugang zu sozialer Teilhabe ein eigenständiges Leben ohne Transferleistungen zu ermöglichen. Dies geschieht immer im ganzheitlichen Ansatz der Persönlichkeit, dazu gehört auch die Gesundheitsfürsorge, im Speziellen die Zahnvorsorge.

KZV aktuell: Warum unterstützen Sie das Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“?

Sabine Kober: Bei unserer Arbeit mit sozial schwachen Familien stellten wir fest, dass Babys und Kleinkinder durch falsche Ernährung,

durch Gabe stark zuckerhaltiger Getränke bereits durch die Babyflasche, ein stark kariöses Milchgebiss entwickelt haben. Hinzu kommt die mangelnde Pflege der Milchzähne durch die Eltern. Dies führt, wenn nicht eine zahnärztliche Versorgung stattfindet, zu Schmerzen bei den Kindern. Es beschränkt die Nahrungsaufnahme und schafft schlechte Voraussetzungen für die bleibenden Zähne. Kinderschutz geht alle an! Da uns die Gesundheit der Kinder sehr am Herzen liegt, engagieren wir uns für das ECC-Pilotprojekt.

KZV aktuell: Welche Chancen sehen Sie in der Netzwerkarbeit von Zahnärzten, Ärzten und weiteren Gesundheitspartnern?

Sabine Kober: Es ist wie bei allen Netzwerken: Je besser die Akteure vor Ort zusammenarbeiten, desto besser ist das gemeinsame Ziel zu erreichen. Ein sehr guter Schritt für diese Vernetzung war bereits die Gründung des Netzwerks „Frühe Hilfen“. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit und den informellen Austausch können Defizite erkannt und Projekte ins Leben gerufen werden, um gegenzusteuern. So ist auch das ECC-Projekt entstanden.

KZV aktuell: Welche Effekte erwarten Sie vom Pilotprojekt?

Sabine Kober: Wir erwarten vom Pilotprojekt eine noch bessere Information der Eltern über die Zahnpflege der Milchzähne ihrer Kinder. Damit verbunden sind Informationen über gesunde Ernährung und eventuelle Umstellung von Essgewohnheiten innerhalb der Familie. Nur durch die Mitwirkung der Eltern können wir gemeinsam das Ziel erreichen: Gesunde Zähne von Anfang an.

KZV aktuell: Herzlichen Dank für das Gespräch.



Sitzung der Kreis- und Vereinsvorsitzenden: Freiheitsgrade nutzen

Die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz wirft ihre Schatten voraus. Bei einer Sitzung mit den Kreis- und Vereinsvorsitzenden betonte der KZV-Vorstand die Bedeutung der Wahl und der berufsständischen Selbstverwaltung.

Ziel der Zahnärzteschaft müsse es sein, die Selbstverwaltung zu erhalten und Gestaltungsspielräume aktiv wahrzunehmen. „Es ist ein Riesenunterschied, ob wir alles von der Politik vorgegeben bekommen oder ob wir Bereiche unserer zahnärztlichen Tätigkeit selbst gestalten können“, sagte der KZV-Vorsitzende Sanitätsrat Dr. Helmut Stein und mahnte: „Noch haben wir Freiheitsgrade, die wir nutzen müssen.“ Exemplarisch nannte er die vertragszahnärztliche Fortbildung, das Qualitätsmanagement und insbesondere die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen. „Es ist die vornehmste Aufgabe der KZV, gute Verträge zu schließen.“

Kritischer Trend: Von der Rechts- zur Fachaufsicht

Deutlich erkennbar sei allerdings der Trend, dass der Staat die Selbstverwaltung zunehmend einzuschränken versuche. Grund hierfür sind laut dem KZV-Vorsitzenden vor allem Unregelmäßigkeiten bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, die eine schärfere Kontrolle der Selbstverwaltungskörperschaften nach sich ziehen könnte. Eine entsprechende Gesetzesinitiative der Bundesregierung liegt auf dem Tisch. Stein: „Uns gefällt es nicht, dass die Aufsicht ihre Befugnisse ausweiten will.“ Schon heute beschränke sich die staatliche Kontrolle der Körperschaften nicht mehr auf

eine reine Rechtsaufsicht, sondern mutiere zusehends zur Fachaufsicht. „Die Politik mischt sich in immer mehr Details ein“, kritisierte er.

Stein machte deutlich, dass es in unruhigen Zeiten wie diesen wichtiger denn je sei, die Selbstverwaltung zu stärken und zukunftsfest zu machen. Mit Blick auf die Wahl zur Vertreterversammlung appellierte er an die Kreis- und Vereinsvorsitzenden, jüngere Kollegen an der Basis anzusprechen und von einem Engagement für den Berufsstand zu überzeugen. „Es gibt viel Arbeit und viele Ausschüsse auch abseits der Vertreterversammlung, die wir in der neuen Legislaturperiode besetzen müssen.“ Insbesondere sollten sich auch Zahnärztinnen nicht scheuen, sich um ein Ehrenamt bei der KZV Rheinland-Pfalz zu bewerben. Die neue Wahlordnung, nach der die Zahnärzte die Delegierten der Vertreterversammlung in den Bezirken Koblenz-Trier, Pfalz und Rheinhessen wählen, erhöhe die Chancen jüngerer und weniger bekannter Zahnärzte, ins Parlament der Vertragszahnärzte einzuziehen.

Kreisvereinigungen sind Klammer des Berufsstandes

Stein stellte zudem die Bedeutung der Kreisvereinigungen heraus. „Sie sind existenziell für den Berufsstand.“ Die Kreis- und Vereinsvorsitzenden übernahmen die wichtige Aufgabe, die Zahnärzteschaft vor Ort zu organisieren und standespolitische Informationen in die Fläche zu tragen. Stein unterstrich: „Wer sonst außer Ihnen sollte den Berufsstand zusammenhalten?“

kb

Die Kreis- und Vereinsvorsitzenden sind wichtige Mittler zwischen der zahnärztlichen Basis und den Körperschaften.
Foto: Kerbeck



Weißer Hautkrebs im Gesicht – Bessere Prognose durch Früherkennung beim Zahnarzt

Mit mehr als 264.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland sind die bösartigen Neubildungen der Haut mit Abstand die häufigste Malignomart des Menschen (Breitbart et al., 2015). Mamma- und Prostatakarzinome werden mit jeweils circa 68.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland wesentlich seltener diagnostiziert. Mehr als 85 Prozent aller Krebserkrankungen der Haut betreffen die Gesichtshaut (Frerich, 2013; Breuninger, H. et al., 2013). Verzögerungen in der Diagnosestellung sind das zentrale Problem. Hierbei spielt das Ignorieren der meist schmerzlosen Symptomatik durch den Patienten eine wesentliche Rolle. Der seit 2008 bestehende Anspruch auf Hautkrebscreening für alle gesetzlich Versicherten ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre wurde einer Auswertung unterzogen und sein Nutzen in der derzeitigen Form in Frage gestellt (Brenner, 2015; Katalinic et al., 2015). Die Verringerung des krankheitsassoziierten Risikos ist durch Aufklärung der Menschen über die Ursachen und Risikofaktoren sowie die Früherkennung zu erreichen.

Klassifikation

Bei den Krebserkrankungen der Gesichtshaut unterscheidet man

- › **nichtmelanozytäre Hautkarzinome** („weißer/heller Hautkrebs“, der durchaus auch Pigmentierung aufweisen kann) und
- › **maligne Melanome** („schwarzer Hautkrebs“, der allerdings auch keine Pigmentierung (amelanotisches Melanom) zeigen kann).

Die nichtmelanozytären Hautkarzinome werden unterklassifiziert in Basalzellkarzinome (früher: Basaliom) und Plattenepithelkarzinome (Stachelzellkarzinom, Spinaliom). Basalzellkarzinome sind viermal häufiger als Plattenepithelkarzinome und acht- bis neunmal häufiger als maligne Melanome (Frerich, 2013).

Ursache, Risikofaktoren, Pathogenese

Die Gesichtshaut ist deshalb eine Prädispositionsstelle für nichtmelanozytäre Karzinome, weil sich hier ein Teil der „Sonnenterrassen“ des Körpers befindet, das heißt Regionen, die in einem besonderen Maße einer ultravioletten (UV) Strahlung ausgesetzt sind. Dabei spielen sowohl die lebenslange kumulative Dosis als auch die intermittierende starke Sonneneinstrahlung (Sonnenbrände) eine Rolle (Leverkus, 2012). Es gibt keine UV-Strahlung, die Bräunung bewirkt, ohne die Haut zu schädigen, auch besteht kein diesbezüglicher Unterschied zwischen solarer und künstlicher UV-Strahlung (Solarium). Deshalb ist durch die International Agency for Research on Cancer 2009 die UV-Strahlung als Karzinogen der Risikoklasse 1 (krebserregend für den Menschen) eingeordnet worden. Besonders durch die Veränderungen des Freizeitverhaltens der Menschen, aber auch durch die Verringerung der Ozonschicht ist so seit den 1960er Jahren eine jährliche Steigerung der Häufigkeit des Auftretens von nichtmelanozytären Hautkarzinomen um drei bis acht Prozent zu verzeichnen (Leverkus, 2012). Deshalb ist die Einhaltung entsprechender Empfehlungen zur UV-Strahlenexposition erforderlich (<http://www.bfs.de/DE/themen/opt/uv/wirkung/akut/empfehlung.html>).

Die Wirkung von UV-Strahlen auf den einzelnen Menschen ist unter anderem abhängig von der Empfindlichkeit seiner Haut. Unter den von Fitzpatrick in den 1970er Jahren bezüglich der Sonnenempfindlichkeit beschriebenen vier europäischen Hauttypen ist der Typ I (keltischer Typ) besonders gefährdet. Er ist gekennzeichnet durch sehr helle Haut, hellblondes (rotes) Haar, Sommersprossen. Menschen mit diesem Hauttyp haben häufig Sonnenbrände, es tritt keine Bräunung ein und es liegt ein hohes Hautkrebsrisiko vor. In Deutschland wird das Risiko für Hellhäutige, in ihrer Lebenszeit an einem Basalzellkarzinom zu erkranken, auf 30 Prozent geschätzt (Leverkus, 2012).



Abb. 1: Solides, noduläres Basalzellkarzinom am medialen Lidwinkel links

Abb. 2: Solides, noduläres Basalzellkarzinom an der Oberlippe rechts



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6

Abb. 3: Sklerodermiformes Basalzellkarzinom

Wange links

Abb. 4: Sklerodermiformes Basalzellkarzinom

Oberlippe rechts

Abb. 5: Ulzerierend / destruierend wachsendes Basalzellkarzinom retro-mandibulär links

Abb. 6: Ulzerierend / destruierend wachsendes Basalzellkarzinom Nasenrücken rechts

Die UV-Strahlung induziert biologische Wirkungen an Hautzellen und -geweben (Hautalterung/Photokarzinogenese). So kann es durch Schädigungen an der DNA wie Dimerisierung benachbarter Nukleotide, Einzelstrangbrüchen und Mutationen in den Gensequenzen (zum Beispiel des Tumorsuppressorgens p 53) zur Entwicklung eines Plattenepithelkarzinoms im Sinne einer Feldkanzerisierung kommen (Leverkus, 2012). Die molekulare Grundlage für die Entwicklung von Basalzellkarzinomen ist die durch UV-Strahlen induzierte chemische Aktivierung des Sonic-Hedgehog-Signalweges. Das ist auch die Ursache für das gehäufte Auftreten von Basalzellkarzinomen bei Patienten mit seltenen genetischen Störungen, zum Beispiel das Gorlin-Goltz-Syndrom (Hauschild et al., 2013). Durch die Freisetzung immunsuppressiver Zytokine kommt es zur lokalen und systemischen Immunsuppression, so dass dadurch unter anderem die Erkennung und Beseitigung von Zellen, die zu Krebszellen entartet sind, gehemmt wird.

Klinik

Basalzellkarzinome im Gesicht

Das klinische Erscheinungsbild ist durch eine große Variationsbreite gekennzeichnet. Basalzellkarzinome entstehen oft multilokulär und ohne Präkanzerose (de novo). Der Tumor wächst im Regelfalle langsam, mit zunehmender Größe werden aber auch tiefer liegende Gewebe einschließlich Knorpel (Nase, Ohrmuschel) und Knochen infiltriert und zerstört. Auch wenn die Bildung von Metastasen extrem

selten ist, handelt es sich eindeutig um einen bösartigen Tumor und die früher gebräuchlichen, verharmlosenden Bezeichnungen wie Basaliom, dem ein semimaligner Charakter zugesprochen wurde, sind heute obsolet. An der Gesichtshaut treten folgende Subtypen auf, die durchaus auch vergesellschaftet sein können:

1. Solides, noduläres Basalzellkarzinom

Es handelt sich um die am häufigsten auftretende Tumorform (60 Prozent), die sich anfangs als flach erhabene, umschriebene, gelblich-rötliche Papel („Basaliomperle“) manifestiert. Mit zunehmendem Wachstum entwickelt sich ein perlschnurartiger, indurativer Randsaum bei glatter, glänzender Oberfläche und vom Rand ins Zentrum ziehenden Blutgefäßen (Teleangioektasien) (Abb. 1 und 2).

2. Sklerodermiformes Basalzellkarzinom

An Vernarbung erinnernde Tumorform, hautfarbene Verhärtung des Gewebes (Abb. 3 und 4)

3. Ulzerierend/destruierend wachsendes Basalzellkarzinom

Bei über Monate und Jahre fortschreitendem Wachstum treten im Tumorzentrum Nekrosen mit Erosionen/Ulzerationen auf (Ulcus rodens) mit rezidivierenden Blutungen und Krustenbildungen; tiefer liegende Strukturen (Knorpel, Knochen) werden penetriert und zerstört (Ulcus terebrans; Abb. 5 und 6).



Abb. 7



Abb. 8

Abb. 7.: Chronisch-erosive Cheilitis Unterlippe links

Abb. 8: Hyperkeratotische Plaques und flaches Ulkus mit erhabenem Randwall als klinische Zeichen eines Plattenepithelkarzinoms der Wange rechts

Abb. 10: Defektdeckung durch Mobilisation der Wundränder nach Tumortotalexzision mit intraoperativer Schnellschnittuntersuchung am Unterlidrand links

Plattenepithelkarzinome im Gesicht

Auch hier sind eine große Variationsbreite und Formenvielfalt der klinischen Manifestation gegeben. Im Unterschied zum Basalzellkarzinom entwickelt sich das Plattenepithelkarzinom aber in der Regel auf dem Boden einer Präkanzerose bzw. eines Carcinoma in situ

(zum Beispiel aktinische Keratosen, Radioderm, chronisch entzündliche Hauterkrankungen (Abb. 7), es kann aber auch de novo auf unveränderter Haut entstehen. Die hyperkeratotische Plaque und ein Ulcus mit erhabenem Randwall sind typische Erscheinungsformen (Abb. 8). Das Plattenepithelkarzinom der Gesichtshaut weist alle Kriterien eines malignen Tumors auf. In fünf Prozent kommt es zu einer bevorzugt lymphogenen Metastasierung. Besonders gefährdet sind Menschen im höheren Lebensalter und immunsupprimierte Patienten, wobei HPV-Infektionen eine Rolle zu spielen scheinen.

Therapie

Sowohl für Basalzell- als auch für Plattenepithelkarzinome der Haut existieren aktuelle Leitlinien (Hauschild et al., 2013; Breuninger et al., 2013), in denen auch die Prinzipien der Behandlung beschrieben werden. Für beide Tumortypen gilt, dass die operative Therapie mit histologischer Kontrolle der vollständigen Resektion im Gesunden einem Patienten als Therapie der ersten Wahl angeboten werden soll. Optimal ist dabei die systematische Randschnittkontrolle im sogenannten Schnellschnittverfahren, da die subklinische Ausbreitung makroskopisch prätherapeutisch nicht abschätzbar ist. Ziel der in einer gesonderten Leitlinie (Löser et al., 2014) beschriebenen mikroskopisch kontrollierten Chirurgie ist die histologisch nachgewiesene, vollständige Tumorentfernung (R0-Resektion) bei größtmöglicher Schonung der nicht tumorbefallenen Umgebung. Nach der Tumorexzision (Sicherheitsabstand 2–4 mm) mit nachvollziehbarer Markierung des Präparates (Faden in der 12:00-Uhr-Position; Abb. 9) erfolgt die (intraoperative) lückenlose histopathologische (Schnell-

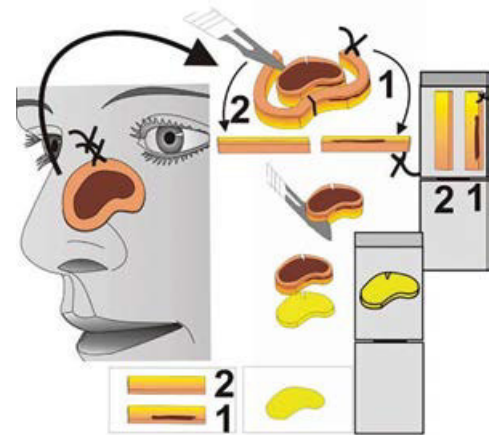


Abb. 9: Mikroskopisch kontrollierte Chirurgie – Randstrip-Methode (Aus: Löser, C.R., 2014)

schnitt-)Beurteilung der lateralen und basalen Schnittränder mit dem Ziel, subklinische Tumormanifestationen an den Resektionsrändern topographisch so zuzuordnen, dass sparsame Nachexzisionen bis zum Erreichen einer sicheren Tumorfreiheit erfolgen können. Bei klinischem Verdacht auf eine regionäre Lymphknotenmetastasierung beim operablen Plattenepithelkarzinom der Gesichtshaut sollte neben der lokalen Tumortotalexzision eine therapeutische Lymphknotenausräumung erfolgen (Breuninger et al., 2013). Die nach der Tumorentfernung resultierenden Gewebedefekte werden unter Beachtung der Prinzipien der rekonstruktiven plastischen Gesichtschirurgie gedeckt. Dabei gilt es, das Gesicht als Ganzes zu berücksichtigen und die Einheit von Form und Funktion sowie die Einheit von Hartgewebsunterlage und Weichgewebsbedeckung in den einzelnen Gesichtseinheiten zu beachten sowie die Integrität und Funktion der Sinnesorgane zu wahren. Nach der Tumorexzision kommen verschiedene Arten von Defektdeckungen zur Anwendung:

- › Wundverschluss nach Mobilisation der Wundränder (Abb. 10). Ist dieses Verfahren aufgrund der Defektgröße nicht möglich, werden
- › Lappenplastiken eingesetzt. Es handelt sich dabei um plastisch-chirurgische Techniken, bei denen Gewebe von einer (unauffälligen) Entnahmeregion desselben Individuums, an der das Gewebe entbehrlich ist, in die Empfängerregion verlagert wird, wobei die ursprüngliche Blutversorgung (zufällige/axial gerichtete) über die Lappenbasis (Gewebestiel) vom Entnahmeort garantiert wird.

Fortsetzung auf Seite 19



Abb. 10a



Abb. 10b

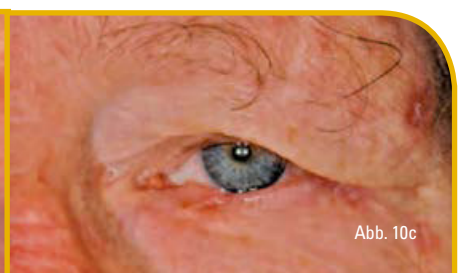


Abb. 10c

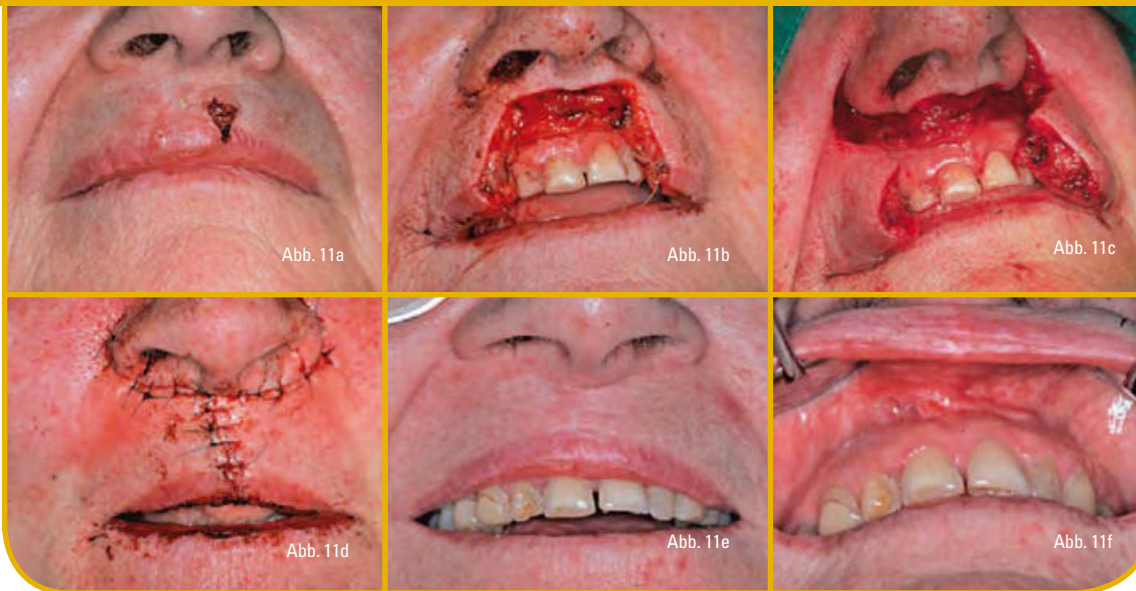


Abb. 11: Defektdeckung durch Lippenplastik (Bruns 1859) nach Totalexzision eines Plattenepithelkarzinoms der Oberlippe mit intraoperativer Schnellschnittuntersuchung bei Wiedererlangung der Form und Funktion der Oberlippe

Aufgrund der Ästhetik kommen besonders häufig konventionelle Nahlappen zum Einsatz, die entsprechend ihrer Form als Austausch-, Verschiebe-, Rotations- oder Transpositionslappen gehoben, verlagert und bezeichnet werden. Diese Arten von Defektdeckungen lassen sich häufig auf Techniken zurückführen, die vor mehr als 100 Jahren bereits inauguriert wurden.

- › Noch größere Defekte können durch (Haut-)Transplantationen gedeckt werden.
- › Die Gewebeexpandertechnik oder mikrovaskulär anastomosierte Fernlappen kommen ebenfalls zur Anwendung.

In der zahnärztlichen Praxis bestehen die Chance und die Möglichkeit, anlässlich von täglichen Patientenkontakten bei optimaler Ausleuchtung abklärungsbedürftige Hautveränderungen im Gesicht des Patienten frühzeitig zu erkennen. Der Zahnarzt kommt damit seiner ärztlichen Verantwortung nach und spielt eine entscheidende Rolle für die

Einleitung einer weiterführenden Diagnostik und Therapie. Die Behandlung von Gesichtshauttumoren ist integraler Bestandteil der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Als Kooperationspartner bieten sich deshalb MKG-Chirurgen an, weil sie über alle notwendigen Voraussetzungen verfügen, um diese Patienten optimal betreuen zu können. Die Operationen sind meistens ambulant und schmerzfrei unter Lokalanästhesie möglich. Ist der Tumor vollständig entfernt, so ist die Erkrankung des Patienten an dieser Stelle geheilt, allerdings ist in 30 Prozent mit der Entstehung von neuen Tumoren an anderer Stelle (Zweitumoren) zu rechnen. Insofern ist nach Behandlungsabschluss die weiterführende Kontrolle der Gesichtshaut auch beim Zahnarzt sinnvoll und notwendig.

Doz. Dr. med. habil. Michael Fröhlich

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
des Zahnärzteblattes Sachsen



Foto: privat

Doz. Dr. med. habil. Michael Fröhlich

- 1969–1974 Studium der Zahnmedizin
- 1976–1978 Studium der Medizin
- 1979 Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- seit 1987 Oberarzt/Hochschuldozent an der medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden
- 1992 Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“
- seit 1993 Tätigkeit in eigener Praxis in Dresden
- 2000 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
- seit 2002 Zertifizierter Referent der Konsensuskonferenz Implantologie

Literaturverzeichnis

- › Breitbart, E.W. et al. Hautkrebs. Deutsche Krebshilfe. Die blauen Ratgeber: 05 / 2015: 5
- › Frerich, B. Gesichtshauttumoren. MKG Update 2013: 19
- › Breuninger, H. et al. Plattenepithelkarzinom der Haut. S2k-Leitlinie AWMF-Register Nr. 032 / 022, 12 / 2013
- › Brenner, H. Dtsch Ärztebl. 2015; 112: 627 – 8
- › Katalinic, A et al. Dtsch Ärztebl. 2015; 112: 629 – 34
- › Leverkus, M. J Dtsch Dermatol Ges. 2012; 10: 457 – 72
- › Hauschild, A. et al. Basalzellkarzinom der Haut. S2k-Leitlinie AWMF-Register Nr. 032 / 021, 12 / 2013
- › Löser, C.R. et al. Mikroskopisch kontrollierte Chirurgie. S1-Leitlinie AWMF Register-Nr. 013 / 064, 05 / 2014

Praxisführung wirtschaftlich betrachtet: kaufmännisches Rechnen – Fortsetzung

Dieser Teil der Serie „Praxisführung wirtschaftlich betrachtet“ widmet sich der Prozentrechnung.

D) Die Prozentrechnung

Das Rechnen mit Prozenten gehört zu den Grundlagen kaufmännischen Rechnens. Mit Hilfe der Prozentrechnung lassen sich Zahlenverhältnisse besser bewerten und vergleichen und auch relativ komplexe Sachverhalte schnell und sicher beurteilen: So zum Beispiel bei Rabatten, Renditen, Zinserträgen oder auch bei der Bewertung erbrachter Dienstleistungen. Nicht zuletzt können Sie Entwicklungen mit Hilfe von Prozentzahlen darstellen, beispielsweise wie stark Ihr Umsatz im vergangenen Jahr gestiegen oder gesunken ist.

Durch Anwendung der Prozentrechnung lässt sich vieles vergleichen, was bei Verwendung absoluter Zahlen nur schwer vergleichbar wäre. Unabhängig von der Höhe des Gesamtbetrags wird die Gesamtheit immer auf den Wert 100 gesetzt. Ein Beispiel: Sie haben bei einem Billiganbieter aus Fernost 200 Diamantschleifer gekauft, bei denen bereits bei erster Sichtung 10 Stück als unbrauchbar aussortiert werden müssen. Zusätzlich haben Sie 80 Rosenbohrer erworben, von denen ebenfalls 10 Stück unbrauchbar sind. Mit der Prozentrechnung können Sie schnell und leicht das Verhältnis des Ausschusses ermitteln: Bei den Diamantschleifern beträgt der Ausschuss 10 von 200, entsprechend 5 Prozent, bei den Rosenbohrern 10 von 80 oder 12,5 Prozent. Der Ausschuss bei den Rosenbohrern ist also mehr als doppelt so groß.

Die folgenden Begriffe werden in der Prozentrechnung verwendet:

Der **Grundwert (G)** ist der Wert, der mit 100 Prozent gleichgesetzt wird. Der Prozentsatz bezieht sich auf ihn.

Der **Prozentsatz (P)** ist der Teil der Vergleichszahl 100; zum Beispiel 19 Prozent im Falle der Mehrwertsteuer.

Der **Prozentwert (W)** ist der Teil des Grundwerts, der mithilfe des Prozentsatzes ermittelt wird.

$$\text{Prozentwert} = \frac{\text{Grundwert} * \text{Prozentsatz}}{100} \quad W = \frac{G * P}{100}$$

Hier zwei Beispiele:

1) Sie bezahlen einer Ihrer Mitarbeiterinnen bisher ein Monatsgehalt in Höhe von 1.720 EUR. Sie hat gut gearbeitet und Sie vereinbaren mit ihr eine Lohnerhöhung von 3,5 Prozent. Welches Gehalt müssen Sie künftig überweisen?

$$100 \text{ Prozent} = 1.720 \text{ EUR}$$

$$3,5 \text{ Prozent} = x \text{ EUR}$$

$$x = (1.720 \text{ EUR} * 3,5) / 100 \\ = 60,20 \text{ EUR}$$

(vereinfacht ausgedrückt können Sie auch rechnen:
1.720 EUR * 0,035)

Ihre Mitarbeiterin erhält eine Gehaltserhöhung von 60,20 EUR und verdient damit künftig jeden Monat 1.720 EUR + 60,20 EUR = 1.780,20 EUR.

2) Sie haben auf einem Bankkonto für außergewöhnliche Investitionen 16.000 EUR angespart. Wie hoch ist der Zinsertrag pro Jahr, wenn das Guthaben von Ihrer Bank mit jährlich 2 Prozent verzinst wird? Bei Zinsberechnungen werden meist andere Symbole benutzt. Das Kapital wird mit K abgekürzt und ist gleichzusetzen mit dem Grundwert. Der Zinssatz p entspricht dem Prozentsatz und der Zinsertrag Z dem Prozentwert. Angepasst und umgestellt ergibt sich folgende Rechnung:

$$Z = \frac{P}{100} * K$$

Die vorgegebenen Werte in die Formel eingesetzt ergibt

$$Z = \frac{2}{100} * 16.000 = 320$$

Sie erhalten für Ihr Guthaben 320 EUR Zinsen pro Jahr auf Ihr Konto gutgeschrieben.

Wichtig: Verwechseln Sie nicht die Grundwerte

Ein häufiger Fehler: Die Prozentzahlen werden nicht auf den „reinen“, sondern auf den vermehrten bzw. verminderten Grundwert bezogen. Dadurch bekommen Sie falsche Ergebnisse. Denken Sie also immer daran: Nur der reine Grundwert entspricht 100 Prozent. Verschaffen Sie sich zunächst Klarheit, von welcher Größe Sie ausgehen (= reiner Grundwert) und welche Größe das Ergebnis einer bestimmten Veränderung ist (= vermehrter/verminderter Grundwert). Wenn Sie es mit einer Zunahme zu tun haben (zum Beispiel Umsatzsteigerung), ist der Anteil, den Sie untersuchen, nicht im reinen Grundwert enthalten, sondern im vermehrten.

Dazu wieder ein Beispiel: Sie wollen eine Immobilie für 518.000 EUR kaufen. Der Makler rechnet Ihnen vor, dass in diesem Kaufpreis bereits die Maklergebühr in Höhe von 3,48

Prozent enthalten sei. 3,48 Prozent von 518.000 EUR seien 18.026,40 EUR, demnach läge der „reine“ Kaufpreis unter 500.000 EUR.

Rechnen wir selbst nach: Die 3,48 Prozent beziehen sich nicht auf den vermehrten Grundwert, also den „Inklusivpreis“ mit Maklergebühren, sondern auf den reinen Grundwert (Verkaufspreis ohne Provision).

Unter Anwendung der Dreisatzrechnung erhalten wir folgendes Ergebnis:

103,48 Prozent (= Verkaufspreis mit 3,48 Prozent Maklergebühren) = 518.000 EUR.
100 Prozent = x EUR

Lösungssatz: $x = (518.000 \text{ EUR} * 100) / 103,48 = 500.579,82 \text{ EUR}$.
Die Provision beträgt also $518.000 \text{ EUR} - 500.579,82 \text{ EUR} = 17.420,18 \text{ EUR}$. Damit liegt sie um 606,22 EUR niedriger, als der Makler behauptet.

Prozentrechnung vom vermehrten Grundwert (auf Hundert)

Die Prozentrechnung wird oft angewandt, um die Entwicklung von zwei oder mehr Werten miteinander zu vergleichen. Der vermehrte Grundwert ist stets größer als der (reine) Grundwert.

Reiner Grundwert + Prozentsatz = vermehrter Grundwert

Der vermehrte Grundwert bildet den Ausgangspunkt für die Berechnung des Grundwerts.

Ein Beispiel:

Der Verkaufspreis eines Winkelstücks beträgt nach einer Preiserhöhung von 6 Prozent 689 EUR. Wie hoch war der Verkaufspreis vor der Preiserhöhung?

$$\text{Grundwert} = \frac{\text{vermehrter Grundwert} * 100}{100 + \text{Prozentsatz}}$$

106 Prozent = 689 EUR

100 Prozent = x EUR

$x = (689 * 100) / 106 = 650 \text{ EUR}$

Prozentrechnung vom verminderten Grundwert (im Hundert)

Bei dieser Variante ist der verminderte Grundwert stets kleiner als der reine Grundwert.

Reiner Grundwert – Prozentsatz = verminderter Grundwert

Ein Beispiel:

Der Umsatz einer Zahnarztpraxis ging im ersten Halbjahr im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 12,2 Prozent auf 263.400 EUR zurück. Wie hoch war der Umsatz im entsprechenden Zeitraum im Vorjahr?

Ausgangssituation: 100 Prozent – 12,2 Prozent = 87,8 Prozent

87,8 Prozent = 263.400 EUR

1 Prozent = $263.400 \text{ EUR} / 87,8 = 3000 \text{ EUR}$

100 Prozent = $3.000 \text{ EUR} * 100 = 300.000 \text{ EUR}$

Der Umsatz im entsprechenden Vorjahreszeitraum betrug 300.000 EUR.

Bitte beachten Sie: Prozentzahlen verhalten sich anders als absolute Zahlen und Beträge. Wird das außer Acht gelassen, kommt es schnell zu Fehlbeurteilungen:

20 Prozent sind nicht gleich 20 Prozent

Annahme: Ihr Aktiendepot hat im letzten Monat 20 Prozent des Wertes verloren. Sie gehen aber von einer deutlichen Erholung des Marktes aus und rechnen mit einer Steigerung um 20 Prozent im kommenden Monat. Dann ist ja alles wieder gut und Sie konnten die Verluste ausgleichen?

Nicht ganz, denn Sie gehen bei der Berechnung der 20 Prozent von unterschiedlichen Grundwerten aus. War das Depot zum Beispiel ursprünglich 10.000 EUR wert, dann betrug der Wert nach dem Kurssturz um 20 Prozent nur noch 8.000 EUR. Eine neuerliche Steigerung um 20 Prozent entspricht 16.000 EUR. Sie haben also immer noch einen Verlust von 4.000 EUR wettzumachen, um wieder auf den Ursprungswert zu gelangen.

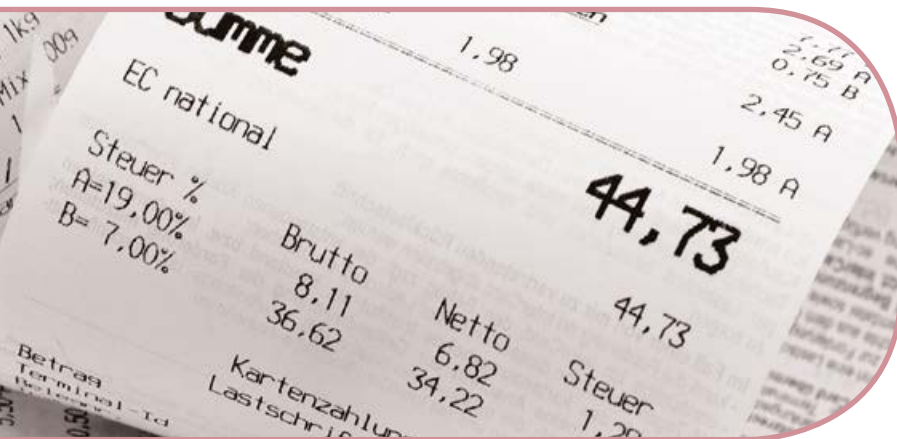
Merke: Prozentrechnung ist Vergleichsrechnung. Betrachten Sie nicht ausschließlich die prozentualen Werte, sondern auch die absoluten Beträge, die sich dahinter verbergen.

Die Mehrwertsteuer

Waren und viele Dienstleistungen sind beim Verkauf beziehungsweise bei Erbringung mit Mehrwertsteuer belegt. Zu den häufigsten Aufgaben beim kaufmännischen Rechnen gehören daher die Berechnung dieser Steuer, der Aufschlag auf den Nettopreis oder das Abziehen vom Bruttopreis. Derzeit beträgt in Deutschland der volle Mehrwertsteuersatz 19 Prozent. Für bestimmte Waren und Dienstleistungen wie Zeitungen, Bücher, Kunstgegenstände, Produkte der Land- und Forstwirtschaft und zahntechnische Leistungen gilt der verminderte Steuersatz von 7 Prozent. Bestimmte Waren und Leistungen sind von der Mehrwertsteuer befreit, etwa soziale und medizinische Leistungen, bestimmte kulturelle Aktivitäten etc.



Das Verfahren zur Berechnung ist einfach. Das Wichtigste, was Sie wissen müssen: Die Bemessungsgrundlage für die Mehrwertsteuer ist der Nettopreis. Insofern ist es zumindest irreführend, wenn auf manchen Rechnungen der Bruttobetrag aufgeführt ist in Verbindung mit der Bemerkung „inklusive 19 Prozent Mehrwertsteuer“. Nehmen wir an, eine Ware kostet netto 100 EUR. Bei einer Mehrwertsteuer von 19 Prozent kommen Sie auf einen Betrag von 19 EUR. Zusammen ergibt das einen Bruttobetrag von 119 EUR. Diese 119 EUR entsprechen dem vermehrten Grundwert und eben nicht dem reinen Grundwert, den 100 Prozent, auf die sich die 19 Prozent beziehen. Um herauszubekommen, wie viel Prozent Mehrwertsteuer im Bruttobetrag enthalten sind, müssen Sie berechnen: Wie viel Prozent sind 19 EUR von 119? Also 19 dividiert durch 119 mal 100. Das Ergebnis ist eben nicht 19, sondern beträgt rund 15,97. Bezogen auf den Bruttobetrag beträgt die Mehrwertsteuer also 15,97 Prozent. Oder anders gesagt: Der Steueranteil am Bruttobetrag beträgt 15,97 Prozent.



Wenn Sie Nettopreis und Steuersatz kennen, ist es einfach, den Bruttobetrag auszurechnen. Sie müssen den Mehrwertsteuersatz zum Nettopreis addieren. Beträgt der Steuersatz 19 Prozent, entspricht der Bruttobetrag 119 Prozent des Nettopreises. Ein wenig komplizierter wird es, wenn Sie den Bruttobetrag kennen und auf den Nettopreis schließen wollen. Denn der Prozentwert der Mehrwertsteuer bezieht sich auf den Nettopreis, den wir noch nicht kennen. Wir müssen also zurückrechnen.

Wir haben gerade ausgerechnet, dass ein Steuersatz von 19 Prozent bezogen auf den vermehrten Grundwert einem Prozentwert von ungefähr 15,97 Prozent entspricht. Wir haben festgestellt, dass der Bruttobetrag zu 15,97 Prozent aus der Mehrwertsteuer besteht. Das bedeutet, dass wir den Nettopreis erhalten, wenn wir den Steueranteil vom Bruttobetrag abziehen: $100 - 15,97 = 84,03$. Damit können Sie den Nettopreis in einem Schritt berechnen:

Nettopreis = Bruttobetrag * 0,8403 (bezogen auf einen Steuersatz von 19 Prozent)

Das gilt natürlich nur für den „vollen“ Mehrwertsteuersatz in Höhe von 19 Prozent. Beim verminderten Steuersatz von 7 Prozent ergeben sich andere Werte. Um den Multiplikator zu ermitteln, rechnen Sie $100 / 107 = 0,93457$. Die entsprechende Formel dafür lautet also:

Nettopreis = Bruttobetrag * 0,93457 (bezogen auf einen Steuersatz von 7 Prozent)

Wie berechnen Sie jetzt den Betrag der Mehrwertsteuer aus dem Bruttobetrag?

Der Mehrwertsteuerbetrag ergibt sich aus der Differenz von Brutto- und Nettopreis. Sie können ihn aber auch direkt aus dem Bruttobetrag herausrechnen, wenn Sie mit dem entsprechenden Faktor multiplizieren.

Bei 19 Prozent Mehrwertsteuer: Mehrwertsteuerbetrag = Bruttobetrag * 0,1597

Bei 7 Prozent Mehrwertsteuer: Mehrwertsteuerbetrag = Bruttobetrag * 0,06543

Bei abweichenden Steuersätzen können Sie den Faktor ganz leicht selbst bestimmen. Dividieren Sie den Steuersatz x einfach durch $100 + x$. Bei 14 Prozent rechnen Sie also $14 / 114 = 0,1228$.

Und nun, wie bereits gewohnt, noch etwas Stoff zum Üben der gerade besprochenen Themen:

Aufgabe 1

Eine Zahnarztpraxis erzielt mit dem eingesetzten Eigenkapital von 450.000 EUR einen Gewinn von 71.325 EUR. Wie viel Prozent Gewinn – bezogen auf das Eigenkapital – wird erzielt?

Aufgabe 2

Im Vergleich zum Vorjahr sank der Umsatz einer Praxisklinik um 21 Prozent und beträgt jetzt 1.698.500 EUR. Wie hoch war der Umsatz im Vorjahr?

Aufgabe 3

Nach einer ersten Preissenkung um 6 Prozent und einer weiteren Preissenkung um 8 Prozent beträgt der neue Verkaufspreis 575 EUR. Wie hoch war der ursprüngliche Verkaufspreis?

Aufgabe 4

Sie erhalten bei einem Einkauf 3 Prozent Skonto in Höhe von 128,58 EUR. Wie hoch ist der ursprüngliche Rechnungsbetrag und was zahlen Sie tatsächlich?

Genug gerechnet für heute. Der Mathematikunterricht für kaufmännisches Rechnen geht in der nächsten Folge mit Zinsrechnung weiter. Dann erfahren Sie auch, ob Sie die Übungsaufgaben richtig gelöst haben.

Dr. Günter Kau, M.Sc.

Lösungen zu Folge 2 „Verteilungs- und Durchschnittsrechnung“

Aufgabe 1

Vier zahnärztliche Kollegen betreiben eine Praxislaborgemeinschaft. Das Startkapital betrug 150.000 EUR und wurde wie folgt eingezahlt:

- A → 35.000 EUR
- B → 65.000 EUR
- C → 20.000 EUR
- D → 30.000 EUR

Im vergangenen Geschäftsjahr wurde ein Reingewinn von 93.000 EUR erwirtschaftet, der anteilig an die Gesellschafter ausgeschüttet werden soll. Ermitteln Sie den Verteilungsschlüssel und berechnen Sie die Ausschüttung für die einzelnen Gesellschafter.

Zur Lösung erstellen wir mit den einzelnen Daten folgende Tabelle:

Gesellschafter	Einlage (EUR)	Verteilungsschlüssel	Ausschüttung (EUR)
A	35.000 =	7	21.700
B	65.000 =	13	39.300
C	20.000 =	4	12.400
D	30.000 =	6	18.600
30 Anteile			93.000
1 Anteil			3.100

A hält 7 Anteile à 5.000 EUR, B 13 Anteile à 5.000 EUR, C 4 Anteile à 5.000 EUR und D 6 Anteile à 5.000 EUR vom Stammkapital der Gesellschaft. Im Regelfall wird bereits bei der Unternehmensgründung die Kapitaleinlage in sogenannte Stammeinlagen geteilt, die meist dem damaligen größten gemeinsamen Teiler der Gesamteinlage entsprechen. Daraus resultiert ein fester Verteilungsschlüssel, der für künftige Gewinnausschüttungen zugrunde gelegt wird.

Aufgabe 2

Das Geschäftsjahr ist für Ihre Praxis sehr erfolgreich gelaufen und Sie wollen Ihre vier Mitarbeiterinnen mit einer Erfolgsprämie von 6.720 EUR belohnen. Als Verteilungsschlüssel sollen die einzelnen Monatsgehälter zugrunde gelegt werden. A verdient im Monat 1.200 EUR, B 2.400 EUR, C 1.800 EUR und D 3.000 EUR. Welche Prämie erhält jede Mitarbeiterin?

Personen (1)	Gehälter (2)	Zahl der Anteile (3)	Prämienanteile (4)
A	1.200 EUR	2	960 EUR
B	2.400 EUR	4	1.920 EUR
C	1.800 EUR	3	1.440 EUR
D	3.000 EUR	5	2.400 EUR
		14	6.720 EUR
1 Anteil	= 6.720 : 14	= 480 EUR	

Zur Ermittlung des Verteilungsschlüssels (in diesem Fall die Gehälter), ermittelt man den größten gemeinsamen Teiler (hier 600), dividiert die jeweiligen Gehälter durch diesen und addiert die ermittelten Anteile (ergibt 14 Anteile). Auf 14 Anteile entfällt die Prämie von 6.720 EUR.

Wie viel EUR Prämie entfällt dann auf einen Anteil? 1 Anteil = 6.720 EUR : 14 = 480 EUR

Wie viel EUR erhält A? A stehen 2 Anteile zu: 2 x 480 EUR = 960 EUR

Wie viel EUR erhält B? B stehen 4 Anteile zu: 4 x 480 EUR = 1.920 EUR

Wie viel EUR erhält C? C stehen 3 Anteile zu: 3 x 480 EUR = 1.440 EUR

Wie viel EUR erhält D? D stehen 5 Anteile zu: 5 x 480 EUR = 2.400 EUR

Kontrollrechnung: Wie viel EUR wurden insgesamt verteilt? Dazu bildet man die Summe der Spalte „Prämienanteile“ und erhält 6.720 EUR.

Aufgabe 3

Sie beschäftigen fünf Arbeitnehmer, die folgende Gehälter beziehen:

- A: → 980 EUR
- B: → 1.150 EUR
- C: → 1.200 EUR
- D: → 1.480 EUR
- E: → 1.820 EUR

Was verdienen Ihre Mitarbeiter im Durchschnitt? $A+B+C+D+E = 6.630$ EUR

Durchschnittsgehalt = Summe der Gehälter dividiert durch Anzahl der Mitarbeiter:
 $6.630 \text{ EUR} : 5 = 1.326 \text{ EUR}$

Aufgabe 4

Sie haben in Ihrem Aktiendept folgende Werte:

- 120 Aktien der A-AG zum Preis von 90 EUR,
- 80 Aktien der B-AG zum Preis von 20 EUR,
- 300 Aktien der C-AG zum Preis von 100 EUR.

Wie hoch ist der Durchschnittswert Ihres Portfolios?

- $120 * 90 = 10.800 \text{ EUR}$
- $80 * 20 = 1.600 \text{ EUR}$
- $300 * 100 = 30.000 \text{ EUR}$

Summe: 42.400 EUR / Gesamtzahl der Aktien 500 = 848 EUR

Empörungsrituale und Advocacy Journalism – Wie TV-Politmagazine mit Gesundheitsthemen umgehen

Skandalisieren, Emotionalisieren und Personalisieren – die Politmagazine im Fernsehen sind Meister darin. Das bekommen auch die Akteure im Gesundheitswesen zu spüren. Ganz gleich ob Ärzte oder Apotheker, Pharmafirmen oder Krankenkassen – in skandalträchtigen Geschichten steht eine ganze Branche immer wieder am medialen Pranger. Warum dies so ist, untersuchte Medienwissenschaftler Bernd Gäbler für die Otto Brenner Stiftung.

In seiner Studie geht es um „Anspruch und Wirklichkeit der TV-Politmagazine“; vor allem um die Ursachenforschung für ihren „politischen Bedeutungsverlust“ und die Wiederbelebung ihres politischen „Kernauftrags“. Bei seiner empirischen Recherche findet Gäbler nämlich heraus, dass sich die Magazine „häufig ... in leerlaufenden Empörungsritualen oder fürsorglichem Service“ erschöpfen. Die bevorzugten Themen kämen dabei überwiegend aus der Gesundheits- und Sozialpolitik. Seine Befunde sieht Gäbler nicht als Besonderheiten der Fernsehproduktion, sondern als Teil eines allgemeinen Trends, der auch die Printmedien erfasst. Schauen wir, was der Autor herausgefunden hat. Professor Bernd Gäbler, geboren 1953, hat vielfältige Erfahrungen bei Zeitungen (unter anderem Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt, taz)

und beim Fernsehen, unter anderem „ZAK“ (WDR), „Schreinemakers live“ (Sat.1) und „Presseclub“ (ARD). 1997 bis 2001 war er Leiter des Medienressorts der Zeitung „Die Woche“, 2001 bis 2005 Geschäftsführer des renommierten Grimme-Instituts in Marl. Seit 2005 ist er freier Publizist (insbesondere stern.de, Tagesspiegel) und seit 2011 Honorarprofessor für Journalistik an der Fachhochschule des Mittelstands (FHM) Bielefeld. Empirische Grundlage seiner Studie sind „alle politischen Magazine, die zwischen dem 14. September 2014 und dem 21. Dezember 2014 ausgestrahlt wurden“. Die Länge der einzelnen Beiträge wurde gemessen. „Anschließend wurden sie nach Themen und Machart sortiert und bewertet. Im Analysezeitraum gab es insgesamt 51 einzelne Ausgaben“, im Schnitt wurden vier Sendungen pro Woche gesichtet. Im Einzelnen geht es um „frontal 21“ vom ZDF, „Spiegel-TV“ von RTL und die sechs Politikmagazine der ARD-Sender („Report Mainz“ (SWR), „Fakt“ (MDR), „Kontraste“ (rbb), „Report München“ (BR), „Monitor“ (WDR) und „Panorama“ (NDR)). Die von Gäbler herausgearbeiteten Unterschiede zwischen den Redaktionskonzepten und Sendern interessieren hier nicht; wir konzentrieren uns auf die gemeinsamen Feststellungen zur „Machart der Magazine“. Zugespitzt stellt Gäbler fest: Wenn die Magazine Ungerechtigkeiten

Thesenjournalismus: Professioneller Umgang mit unfairen Recherchen

Die Pressestellen der zahnärztlichen Organisationen erleben es in ihrer täglichen Arbeit: Der steigende Wettbewerb der Medien und das Internet verändern die Arbeit der Journalisten. Sie stehen unter Druck, exklusive, möglichst skandalträchtige Geschichten zu produzieren. Auch bei Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kammern festigt sich der Eindruck, dass die journalistische Sorgfaltspflicht und Qualität der Berichterstattung unter der zunehmenden Orientierung am Publikumsinteresse leidet. Die ergebnisoffene, unvoreingenommene Recherche wird durch einen thesengeleiteten Journalismus, bei dem Ergebnisse bereits vordefiniert sind, mehr und mehr verdrängt. Entlastende Gesichtspunkte werden dabei nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt.

Wie ein professioneller Umgang mit Thesenjournalismus aussehen kann, diskutierte nun die Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsarbeit der zahnärztlichen Organisationen. Kommunikationsexperten gaben Tipps für die Herangehensweise an Interviews und Hinweise für eine erfolgreiche Gesprächsführung. Deutlich dabei wurde: Die eine „goldene Regel“ im Umgang mit unfairen Recherchen gibt es nicht. Nicht in jeder Situation gilt, was sich in einer anderen bewährt haben mag. Vielmehr kommt es auf die Erfahrung und das Fingerspitzengefühl der Presseverantwortlichen an, Journalistenanfragen einzuordnen und die richtigen Rückschlüsse für die Positionierung zu ziehen. kb

und Missstände aufgreifen, werden die „Betroffenen“ als „Opfer“ inszeniert, die für ihr eigenes Handeln nie zur Rechenschaft gezogen werden. „In einer Schwarz-Weiß-Welt von Schurken und Opfern wird die Frage nach einer möglichen Eigenverantwortung nicht gestellt.“ Personalisierung und Emotionalisierung gehörten zwar zum Medium, dürften jedoch nicht dazu führen, dass vom Politischen „gar nicht mehr die Rede“ sei. Dazu ein typisches Beispiel für die Dramaturgie der Magazinbeiträge:

In einem in der Sendung geschilderten Fall will eine Unfallversicherung nach einem Fahrradunfall mit Armverletzung nicht zahlen. Gefordert werden nämlich eine Entschädigung und eine monatliche Rente für einen Schlaganfall, der einen Tag nach dem Unfall eintrat. Die Versicherung bestreitet den behaupteten kausalen Zusammenhang der beiden Krankheitsereignisse. Dazu Gäbler: „Per Ferndiagnose lässt sich der Fall gewiss nicht rational beurteilen, aber da die Opfer sympathisch sind, werden sie wohl recht haben. Dies jedenfalls suggeriert der Magazinbeitrag.“ Sodann ein schöner Erfolg der Magazin-Macher: Nach der Sendung lenkt die Versicherung ein; das Fernsehen hat geholfen.

„Fast immer werden Betroffene so inszeniert, dass sie nicht an das Urteilsvermögen des Zuschauers appellieren, sondern an dessen Mitgefühl.“ So auch im Fall einer älteren Patientin, die als Ultima Ratio auf Cannabis-Präparate als Schmerzmittel hofft. Ihre Kasse will aber nicht dafür bezahlen. „Der Bundesgesundheitsminister möchte sich ... nicht äußern“, teilen uns die Autoren des Beitrags mit. Er prüfe lediglich, ob Handlungsbedarf bestehe. Die Filmautoren halten das für einen Hohn. Den Schlusspunkt setzt wieder die verzweifelte, weinen-

de Rentnerin: „Die Politik lässt mich im Stich.“ Dass irgendwer, der als Verantwortlicher ausgemacht wird, sich nicht äußern will, wird sofort als Schuldeingeständnis gewertet. „Wenn jemand weint, schwenkt die Kamera nicht etwa dezent weg, sondern hält erst recht drauf. Was früher einmal typisch für den Boulevard-Journalismus war, ist auch in den politischen Magazinen längst auf dem Vormarsch: der weinende Betroffene, in der Steigerung: die weinende Rentnerin.“

Der Gegenpol zum Betroffenen ist der Experte. „Kaum ein Filmbeitrag kommt ohne ihn aus.“ Meist werde er in einem Büro hinter seinem Schreibtisch vor einer Bücherwand gezeigt. Das soll Autorität signalisieren. Besonders geeignet sind Experten, wenn sie „klar und verständlich formulieren können, am besten eindeutige Thesen“. „Die Spezialität des Experten liegt darin, Meinungen als Tatsachen auszugeben“, findet Gäbler und ergänzt:





„Es entspricht den Gepflogenheiten wissenschaftlicher Diskurse, dass es zu fast jeder Meinung auch eine Gegenposition gibt.“ Der Experte werde aber „immer als uneingeschränkte Autorität zitiert. ... Gegenteilige Ansichten kommen nicht vor.“ Das gelte besonders, wenn der „Opfer-Anwalt“ als „Experte“ präsentiert wird.

Als weiterer Verstärker diene das „Überfall-Interview“, vor allem mit Politikern. Diese Darstellungsmethode diene vor allem dazu, die „Verantwortlichen“ noch einmal ins Unrecht zu setzen. „Zweck und Absicht ist allein die Selbstinszenierung eines unerschrockenen Journalismus.“ Es wird so getan, als sei es ein Beweis von Schuld, wenn einer zu einer Vorhaltung schweige. Dazu passe, dass sich die Journalisten zunehmend selbst bei ihrer Arbeit filmten. „Hier zeigt sich der Journalist als Helfer. Weil er stellvertretend handelt, inszeniert sich der fürsorgliche Service-Journalismus gerne selbst.“ Weitere Beispiele für den vorwurfsvollen Duktus aus dem Bericht: „Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) will zur Sterbehilfe nichts sagen (frontal 21 – 7.10.), ebenso lehnt er ein Interview zur Palliativmedizin ab (Panorama – 4.12.). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU), möchte sich nicht zu den „Legal Highs“ befragen lassen (frontal 21 – 4.11.).“ Dabei findet Gäbler (aus heutiger Sicht völlig zu Recht), dass mit beiden Politikern unfair umgegangen worden sei, denn immerhin hätten sie sich bei den drei genannten Themen erfolgreich um gesetzliche Problemlösungen bemüht. Das ginge aber eben nicht im Handumdrehen. Selbst die versprochene „Prüfung“ der „Cannabis-Medikation“ habe sich nicht als leere Floskel herausgestellt, sondern Minister Gröhe habe im Ergebnis eine gesetzliche Lösung auf den Weg gebracht.

Bemerkenswert sind nach Gäbler auch die Lösungsmuster der Redakteure für die angesprochenen Probleme: Nach der Empörung wird im Allgemeinen „Handlungsbedarf“ ge-

sehen, „meist gesetzgeberisch. Obwohl die Kritik doch so harsch ist, herrscht ein großer Glaube an den Staat vor. ... Es sollen Gesetze verabschiedet und Gesetzeslücken geschlossen werden. ... Dass es auch einmal gut sein kann, wenn der Staat sich heraushält, dass es zivilgesellschaftliche Selbstregulierung geben kann, kommt in den politischen Magazinen nicht vor. Ab und an einmal wird an den Verbraucher appelliert, nie an den Staatsbürger.“ Im Sinne eines „beschützenden Etatismus“ riefen die Magazine permanent nach „einem umfassend vorsorgenden, sich universell kümmernden Staat“. In seinem Resümee überlegt der Autor, ob der politische Journalismus „das aus der seichten Unterhaltung übernommene Publikum (prägt)? Oder ist es vielleicht sogar umgekehrt? Auffällig war ja schon bei der Themenanalyse, dass gerade die erfolgreichen Magazine, Report München und Report Mainz, eine Häufung von Gesundheits- und Sozialthemen aufweisen.“ Die „Dienstagsmagazine der ARD“ seien wohl deshalb derzeit Quotensieger, weil sie besonders oft in einem „sterilen Empörungsmodus“ berichteten. Schließlich zitiert Gäbler den Tagesspiegel-Autor Joachim Huber, der schon im Jahr 2011 die Diagnose gestellt habe: „In seiner Not ist das politische Magazin längst zum wild gewordenen Verbraucher- und Kassenpatient-Empörungs-Magazin herabgesunken.“

Warum gibt es diese Entwicklung? Das politische und mediale Umfeld habe sich fundamental verändert. Auch die „Wirtschaftsmagazine“ im Fernsehen seien „nahezu vollständig zu Sendungen für den Verbraucher mutiert“. Das dahinter stehende Konzept will offenbar glauben machen, „Politik sei in erster Linie die Artikulation unmittelbarer Interessen und die Konfrontation von Verantwortlichen mit den betroffenen Opfern“. Das Selbstverständnis rücke in die Nähe eines selbstgefälligen „Advocacy Journalism“, bei dem „das Ausmaß der Empörung ... meist mit der vorausgesetzten Allmacht und Allzuständigkeit ‚des Staates‘“ korrespondiere. Diese „zugleich appellierende und bevormundende Haltung“

Mehr Leistung, Mehr Sicherheit, Mehr Komfort – Instrumenten- aufbereitung mit der neuen Generation PG 85

sei „verführerisch“, weil sich damit permanente Erregung erzeugen lasse, ohne die gesellschaftlichen Verhältnisse wirklich analysieren oder in Frage stellen zu müssen. „Mit besonders ‚krassen Fällen‘ lassen sich Redaktionen gerne von den jeweiligen Organisationen der Interessenvertretung – von Patientenschützern bis Hausbesitzern – versorgen.“

Nötig sei dagegen „eine Diskussion über das journalistische Selbstverständnis der politischen TV-Magazine“. Dann müsste man „alle simplen Verbraucher- und Servicethemen“ und die Darstellung von „Einzelschicksalen, die nur dem Empörungsmanagement dienen“ und „nicht auf gesellschaftliche Strukturen verweisen“, streichen. „Das betrifft aktuell etwa 30 bis 40 Prozent der Beiträge. Hinfällig wäre damit auch die viel zu dominante Orientierung auf Gesundheit und Soziales“ als Kernthemen der Berichterstattung. Notwendig wären nach dieser Entschlackungskur eine „deutliche Repolitisierung“ der Magazine und eine Rückbesinnung auf die großen Themen der Politik. Wie das gehen könnte, wäre allerdings eine andere Geschichte.

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
gid Nr. 10/2016 vom 08.03.2016

Literaturhinweis

Bernd Gäbler: „... den Mächtigen unbequem sein – Anspruch und Wirklichkeit der TV-Politikmagazine“, OBS-Arbeitsheft 81, ISSN 1863-6934 (Print), Herausgeber: Otto Brenner Stiftung (OBS), Frankfurt am Main, Juli 2015, 112 Seiten.

Download: <http://www.otto-brenner-kompakt.de/abgeschlossene-projekte/medienpolitik/projekte/themen-politik-magazinejournalismus-fernsehen-medien-kritik.html>



Miele Thermo-Desinfektoren überzeugen durch hervorragende Reinigungsleistung bei hohem Chargendurchsatz. Die neue Generation steht zudem für ein Höchstmaß an Hygiene und Sicherheit während der Aufbereitung.

- **Leistungsstarke Spültechnik** durch Einsatz einer drehzahlvariablen Pumpe und eines optimierten Korbsystems zur Aufbereitung von Hand- und Winkelstücken
- **Reduzierter Ressourcenverbrauch** durch anwendungsspezifische Programme und Trocknungsfunktion EcoDry
- **Hohe Prozesssicherheit** durch umfassende, serienmäßige Überwachungsfunktionen

Vorteile, die sich täglich auszahlen.

0800 22 44 644
www.miele-professional.de

Professionelles Beschwerdemanagement – Ein Beitrag zur Patientenbindung

Die gute Nachricht zuerst: Die Patientenbeschwerde ist noch nicht der Super-GAU – auch wenn man sie als unangenehm empfindet! Solange der Patient mit seinem Anliegen noch auf Sie zukommt und mit Ihnen über seine Wünsche spricht – sei es auch in einer emotional aufgebrachten Art und Weise wie bei einer Beschwerde –, besteht für Sie und Ihr Praxisteam die Möglichkeit, dass Sie mit dem Patienten eine gemeinsam tragbare Lösung besprechen bzw. entwickeln. Voraussetzung ist allerdings, dass Sie die kommunikativen und psychologischen Gesetzmäßigkeiten dieser Sondersituation kennen und sie optimieren wollen.

Der Super-GAU für Ihre Praxis ist folgender: Ihr Patient hat eine Beschwerde und wechselt die Praxis. Dieser Patient vergisst keineswegs seine Probleme – im Gegenteil: Er spricht darüber in seiner Familie und in seinem Freundeskreis mit der Aufmerksamkeit bindenden Einleitung: „Stell’ dir vor, was mir beim Zahnarzt ... passiert ist!“ Und so verliert die Praxis nicht nur diesen Patienten, sondern unter Umständen dessen Familie und Freunde. Im schlimmsten Fall breitet er seine negativen Erfahrungen zusätzlich noch im Internet aus. Daher lohnt es sich, diese Situation ernst zu nehmen und sich systematisch darauf vorzubereiten, damit man im Ernstfall professionell reagieren kann.

Wege zur Vermeidung von Patientenbeschwerden

Für ein erfolgreiches Beschwerdemanagement einer Praxis lauten die beiden zentralen Fragen: Wie kann eine Beschwerde im Vorfeld vermieden werden? Wie verhält man sich in einem Beschwerdefall professionell? Eine erfolgreiche Kommunikation mit dem Patienten kann nur aus der inneren Haltung gelingen, wenn sich der Zahnarzt und sein Team menschlich mit ihm auf Augenhöhe befinden. Dabei läuft die Kommunikation immer sowohl auf einer fachlichen als auch auf einer emotionalen Ebene ab, wobei letztere weitaus wichtiger ist. Zur systematischen Vermeidung von Beschwerden ist daher die optimale emotionale Gestaltung – begleitet von einer guten fachlichen Ebene – entscheidend.

Der Aufbau einer positiven emotionalen Gesprächsebene

Folgende Aspekte aus Sicht von Patient und Praxisteam sollten Sie beachten:

Patient

- › Hat der Patient eine bequeme Sitzposition und fühlt er sich wohl?
- › Sieht er auf die Erklärungshilfen oder auf den Bildschirm?
- › Schnelleres Verstehen der Sachlage durch Einsatz von visuellen Hilfsmitteln?
- › Hat er innerhalb des Behandlungszimmers seinen eigenen „Intimbereich“ für die Ablage seiner persönlichen Sachen wie Tasche, Handy, Brille, Jacke etc.?

Praxisteam

- › Gespräche ohne Mundschutz führen
- › eine zugewandte, offene und positive Sitz- und Körperhaltung; Gestik, Mimik, Freundlichkeit und Geduld ausstrahlen

- › den Patienten als Menschen mit seinem Anliegen ernst nehmen
- › sich auf positive Aspekte konzentrieren und so Sympathie aufbauen
- › Sprechen Sie deutlich, ruhig und langsam (auch unter Zeitdruck).

Hinweis: Führen Sie keine Aufklärungsgespräche zur Behandlung bzw. zu Behandlungsunterlagen, wenn der Patient auf dem Behandlungsstuhl sitzt, denn hier ist er automatisch angespannt und in einem eher negativen Gefühlszustand. Führen Sie daher wichtige Gespräche immer an einem separaten Tisch mit bequemen Stühlen, guten Erklärungshilfen sowie mit einem Bildschirm zur Erläuterung von Röntgenbildern. Führen Sie ihn möglichst zu einer Entscheidung und geben ihm Unterlagen zum Selbststudium mit.

Der Aufbau einer positiven fachlichen Gesprächsebene

Folgende Aspekte sind wichtig:

- › Fachbegriffe vermeiden und die Inhalte in patientenorientierter Sprache vermitteln („Nerv“ statt „Pulpa“).
- › Vorab genau auf Patientenwünsche eingehen – was ist ihm zum Beispiel beim Implantat wichtig? Funktion? Ästhetik? Kosten? Gesundheitliche Aspekte? Zeit?
- › Das Behandlungskonzept auf die Patientenwünsche abstimmen („Produkt“/Versorgung, Vorgehen, Verlauf etc.).
- › Optisch ansprechende Erklärungshilfen verwenden wie kurze Filme zeigen, Schaumodelle, Broschüren, Bildmaterial einsetzen.
- › Aufklärungsgespräche in zwei Stufen durchführen; zunächst Unterlagen erklären und zum Selbststudium für Zuhause mitgeben. Bei einem zweiten Termin alle Fragen besprechen sowie Risiken erklären.
- › Das Behandlungsziel und den Patientennutzen herausstellen.
- › Aktive Hilfe und Unterstützung bei Kostenabwicklung anbieten.
- › Die Behandlung erst beginnen, wenn für den Patienten der genaue Eigenanteil klar und die Zahlungsabwicklung geklärt ist
- › Kosten außerhalb des Kostenplans nach Möglichkeit vermeiden oder zumindest im Vorfeld als Option erwähnen.



Patientenbefragung zur Vermeidung von Beschwerden

Eine regelmäßige Patientenbefragung kann helfen, Beschwerden zu vermeiden. Diese sollte mit detaillierten Fragen den Patientenblickwinkel ermitteln. Dabei empfehlen sich Fragen zu folgenden Praxisbereichen:

- › Praxisteam (Organisation, Freundlichkeit, Telefonkontakt etc.)
- › Behandlung (Anamnese, Durchführung, Aufklärung, Ergebnis, Erklärungen und Einsatz von Informationsmitteln etc.)
- › Behandler (Aufklärung, Behandlung, Ergebnisse, Freundlichkeits- und Verständnissfaktor etc.)
- › Praxisgestaltung (Wohlfühlfaktor, Farben, Ambiente etc.)
- › Service (Anfahrt, Parkplätze, Informationen etc.)
- › Anregungen aus Patientensicht anbieten
- › Gesamtbewertung und Bereitschaft zur Weiterempfehlung
- › Besuch der Internetseite

Die Patientenbefragung sollte mit der Rechnung am Ende der Behandlung an den Patienten mit einem neutralen Umschlag zum Rückversand zugestellt werden. Eine Patientenbefragung ermittelt den Grad der Patientenbindung und liefert frühzeitig gezielte Ansatzpunkte, um aufkommende Unzufriedenheit zu verhindern.

Professionelles Vorgehen bei Beschwerden

Die Kommunikation läuft auf zwei Ebenen ab: auf der fachlichen und auf der emotionalen Ebene, wobei in der Beschwerdesituation die emotionale Ebene weitaus wichtiger ist. Es gilt dabei, die Emotionen des Patienten wahrzunehmen, aber nicht selbst anzunehmen! Der Zahnarzt oder die Mitarbeiterin sollte sich positiv mental und emotional von der auf sie zukommenden negativen Emotion abgrenzen und sich mit freundlicher Bestimmtheit gezielt nachfragend auf die inhaltliche Klärung der Unzufriedenheit konzentrieren.

Ein professionelles Verhalten im Beschwerdefall beinhaltet Verständnis und Lösungswillen – was bei einem aufgebrachtten Patienten eine große Herausforderung darstellt. Dem Zahnarzt gegenüber ist der Patient häufig entgegenkommender und ruhiger als bei der Mitarbeiterin. Ein professionelles Verhalten zeichnet sich durch folgendes Vorgehen aus:

- › emotional neutrale Analyse der Beschwerdesituation vor allem mithilfe von W-Fragen
- › bewusste emotionale Zuwendung statt „Flucht und Vermeidung“
- › sich auf das Positive konzentrieren
- › Zeigen von Lösungsorientierung mit aktiver Einbindung der Lösungsvorstellung des Patienten und dem Ziel eines „Win-win-Ergebnisses“
- › zeitnahe Lösung des Problems
- › gezielte Steuerung der eigenen Gefühle – Emotionsmanagement

Wer diese Grundsätze beherzigt, wird den Erwartungen des Patienten gerecht, die darin liegen, dass auf die Beschwerde tatsächlich eingegangen und das Problem gemeinsam gelöst wird. Der Patient sollte das Ergebnis des Gesprächs als positiv empfinden.

Zehn Verhaltenskiller bei Beschwerden

Berufliche Wirkungs- und Verhaltensziele, die auf die Praxisziele und -kultur abgestimmt sind, bilden die professionelle Verhaltensbasis für den Zahnarzt und sein Praxisteam. Wer die folgenden zehn Verhaltenskiller vermeidet, hat gute Chancen, professionell auf eine Beschwerde zu reagieren. Sie lauten:

1. Den Patienten mit Sätzen beschwichtigen wie „Jetzt regen Sie sich doch nicht so auf!“ oder „Jetzt beruhigen Sie sich doch!“ Aussagen dieser Art machen ihn noch wütender, denn er empfindet seine Aufregung als berechtigt.
2. Den eigenen Tonfall dem Tonfall des sich Beschwerenden anpassen – also aggressiv, laut oder wütend reagieren.
3. Dem Patienten ins Wort fallen.
4. Die Suche nach dem Schuldigen, verbunden mit einer langen Rechtfertigungsarie.
5. Den anderen von „oben herab“ zurechtweisen.
6. Die Beschwerde nicht ernst nehmen.
7. Eine Beschwerde, die an den Zahnarzt gerichtet war, von einer Mitarbeiterin beantworten lassen.
8. Einen überfreundlichen Tonfall anschlagen und dem Gegenüber das Gefühl geben, dass man sich über ihn lustig macht.
9. Die Verantwortung für den Fehler auf Dritte schieben (zum Beispiel auf das Labor).
10. Getroffene Vereinbarungen nicht ganz genau einhalten und dem Patienten kein Feedback geben.

Christine Rieder

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der „PPZ Praxisteam professionell“, Ausgabe 02 / 2013



Foto: privat

Dipl.-Betriebswirtin Christine Rieder

- › Geschäftsführerin und Inhaberin der Firma Praxis Erfolgstraining (www.praxis-erfolgstraining.com)
- › Fachbuchautorin, Praxis-Erfolgstrainerin und Team-Coach für Zahnärzte und Praxisteams
- › Fortbildungen zu den Praxisthemen: Souveränes und professionelles Telefonverhalten, Optimierung der Patientenkommunikation, Ausbau des Patientenservices
- › Gastdozentin an verschiedenen Hochschulen

Wenn der Haftpflichtfall eintritt

Deutschlands Zahnärzte leisten jeden Tag hervorragende Arbeit. Doch selbst der sorgfältigste Zahnarzt ist nicht vor Komplikationen im Behandlungsverlauf gefeit, die – über die Patientenbeschwerde hinaus – weitreichende juristische und finanzielle Folgen nach sich ziehen können. Was sollte ein Zahnarzt tun, wenn ihm ein Schaden angelastet wird?

Eine Forderung auf Schadensersatz kann an den Zahnarzt auf verschiedene Art und Weise herangetragen werden, zum Beispiel

- › durch den Vorwurf eines Behandlungsfehlers oder einer Androhung von Schadensersatzforderungen durch den Patienten,
- › durch ein Schreiben eines Rechtsanwaltes, einer Schlichtungsstelle oder einer Krankenkasse,
- › oder durch Zustellung eines Mahnbescheides oder einer Klage.
- › Bittet ein Patient um Einsicht in die Krankenunterlagen, steht eine Schadensersatzforderung zwar noch nicht im Raum. Gleichwohl sollte der Zahnarzt hellhörig werden.

In solchen Situationen sollte der Zahnarzt einen kühlen Kopf bewahren und gewisse allgemeine Grundsätze beachten – auch deshalb, um seinen Versicherungsschutz nicht zu verlieren.

Versicherung einschalten

Unabhängig von der Frage, ob ein Anspruch auf Schadensersatz begründet ist oder nicht, sollte der Zahnarzt sofort seine Berufshaftpflichtversicherung informieren. In der Regel schreiben die Versicherungsbedingungen ohnehin vor, dass jeder Versicherungsfall unverzüglich dem Versicherer zu melden ist.

Nicht auf eigene Faust handeln

Es ist durchaus nachvollziehbar, dass der Zahnarzt die „lästige“ Angelegenheit schnell vom Tisch haben möchte. Doch Vorsicht: Er sollte nie auf eigene Faust handeln, das heißt, er sollte sich nicht gegenüber dem Patienten oder seinem Rechtsanwalt zu dem Haftungsfall erklären, eine Haftungsanerkennung äußern oder gar eine Schuld eingestehen. Zudem sollte er Schadensersatzforderungen nie auf eigene Faust begleichen. Stattdessen sind Patienten und deren Rechtsanwälte immer an die Berufshaftpflichtversicherung zu verweisen. Sie übernimmt im versicherten Haftpflichtfall die gesamte Korrespondenz.

Einblick in Patientenakte gewähren

Der Zahnarzt sollte dem Wunsch des Patienten nach Einsicht die Behandlungsunterlagen nachkommen. In § 630g BGB heißt es hierzu: „Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.“

Fristen im Blick haben

Der Zahnarzt ist für die Einhaltung von Fristen verantwortlich. Gegen einen Mahnbescheid ist mit dem jeweils beiliegenden Formular fristgemäß Widerspruch einzulegen. Bei einer Klagezustellung sind unbedingt die Gerichtsfristen zu beachten, damit er nicht alleine wegen einer Fristversäumnis verurteilt wird. Die einzuhaltenden Fristen sind auf der Zustellungsurkunde vermerkt. In beiden Fällen – Mahnbescheid und Klagezustellung – sollte er auch seinen Versicherer informieren.

Rechtsanwalt beauftragen

Will der Zahnarzt einen Rechtsanwalt einschalten, sollte er sich hierüber ebenfalls mit seinem Versicherer abstimmen. Etwas anderes gilt, wenn ihn eine Klage erreicht hat und die Gerichtsfristen unmittelbar abzulaufen drohen. Dieser Zeitdruck lässt sich normalerweise vermeiden, indem der Zahnarzt den Versicherer rechtzeitig über eine Klagezustellung informiert.

kb





Ihre dritte Hand!

Mr. Thirsty löst zwei Herausforderungen gleichzeitig: die Retraktion von Zunge und Wange sowie das sichere Absaugen. Einfach auf die Absaugung stecken und im Mund des Patienten platzieren.

Jeder profitiert

Der Patient erlebt eine angenehme Behandlung, der Mund bleibt ohne Anstrengung offen.

Der Behandler hat ein trockenes Arbeitsfeld und stets freie Sicht.

Die Assistenz wird entlastet und kann sich anderen Vorbereitungen widmen.

Bessere Sicht – höhere Arbeitseffizienz – mehr Komfort!



Wie gefährlich ist eine todsichere Anlage?

Antworten auf Ihre Fragen.
Das apoPur-Gespräch.

Jetzt Termin vereinbaren unter
www.apobank.de/apopur

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank

Dr. Thomas Kühn,
Kunde der apoBank

