

C 12414

Zahnärzteblatt

Schleswig-Holstein



11

November 2013

der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung und
der Zahnärztekammer



Foto: iStock/Dauidyett

**Koalitionsverhandlungen:
Wohin steuert das Gesundheitswesen?**

INHALT

Editorial	3
<i>Versuch eines rationalen Diskurses:</i>	
Die Bürgerversicherung	4
<i>Linke:</i>	
„Stoppen Sie die eGK!“	7
<i>Vorschau:</i>	
21. S-H- ZahnÄrztetag	8
Krankenkassen ist irreführende Werbung verboten	11
GKV-Einnahmen und -Ausgaben für 2013 und 2014	12
<i>VG Schleswig:</i>	
Grünes Licht für Fanpage-Betreiber	13
<i>ULD-Sommerakademie:</i>	
Big Data	14
Internet beeinflusst Arztwahl	16
Benotung nach nicht-ärztlichen Kriterien	17
Wissenschaftliche Tagung der SHGZMK	18
Zahnmedizin im Wandel	22
<i>Gemeinsam gegen Mundkrebs:</i>	
Präventionskampagne wird wahrgenommen	24
<i>GOZ 2012:</i>	
PKV-Kommentierung	26
IDZ-Studie zur Mundgesundheit	27
Neue Gesichter in der Kammerversammlung	28
Informationen zur App „Zahnarztuche“	30
Rundschreiben der KZV SH	31
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	32
Meldungen	34

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Redaktion: Zahnärztekammer:

Dr. Joachim Hüttmann (verantwort.), Dr. Thomas Ruff

Kassenzahnärztliche Vereinigung:

Dr. Peter Kriett (verantwort.), www.kzv-sh.de

verantwortlich für diese Ausgabe:

Dr. Peter Kriett

Verlag: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Westring 496 · 24106 Kiel

Tel. 0431/260926-30, Fax 0431/260926-15

E-Mail: central@zaek-sh.de

www.zaek-sh.de

Layout, Herstellung:

form + text | herbert kämpfer · Kiel

Titel: ComLog Werbung + PR, Kiel

Druck: Schmidt & Klaunig · Kiel

Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wieder. Das Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein erscheint 12-mal jährlich; darunter eine Doppelausgabe; Auflage 3.650; Preis des Einzelhefts: 4 EUR; der Bezugspreis ist in den Körperschaftsbeiträgen enthalten.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

AKTUELL

Statistisches Jahrbuch 2013

Eine „Bildungsreise durch Deutschland“ bietet das Statistische Jahrbuch 2013, kündigt das Statistische Bundesamt an. In 27 Kapiteln liefert es Informationen zu Gesellschaft, Wirtschaft, Staat und Umwelt. Zudem gibt es einen Anhang mit internationalen Vergleichsdaten.

Ungefähr jeder neunte Beschäftigte ist im Gesundheitswesen tätig, heißt es etwa im Kapitel „Gesundheit“. Als „Jobmotor“ werden die Freien Berufe im Kapitel „Weitere Dienstleistungen“ bezeichnet. So arbeiteten 470.000 Personen in Architektur- und Ingenieurbüros, 361.000 in der Wirtschaftsprüfung, Steuerberatung sowie Buchführung und 247.000 in der Rechtsberatung.

Das Jahrbuch steht komplett oder kapitelweise als kostenloser pdf-Download zur Verfügung (www.destatis.de).

Be

Allianz der Heilberufe:

Warnung vor Angriffen auf die Freiberuflichkeit bei Gesundheitsberufen

Die im Sommer gegründete Allianz der Heilberufe – in der sich der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV-Virchow-Bund), der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, der Deutsche Apothekerverband und der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen zusammengeschlossen haben – setzt sich für den Erhalt der Freiberuflichkeit ein und warnt vor den Folgen, die „eine Demontage der betroffenen Gesundheitsberufe“ für die Patienten hätten. Hintergrund sind sowohl die Pläne zur Einführung einer Bürgerversicherung als auch die Forderung der Europäischen Kommission, das Berufsrecht bei freien Berufen zu überprüfen und gegebenenfalls abzuschaffen.

„Noch gibt es in Deutschland eine gute ambulante Versorgung. Menschen hierzulande haben eine freie Arztwahl und die niedergelassenen Mediziner können selbstständig mit den Patienten die Therapiewahl treffen. Diese hohe Qualität der Medizin, die es in vielen anderen Staaten Europas und der Welt nicht gibt, steht jetzt auch in Deutschland auf dem Spiel. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde dazu führen, dass viele Ärzte ihre Praxen aufgeben müssten. Lange Wartezeiten und große Entfernungen wären die unmittelbaren Folgen für die Patienten“, warnt Dr. Dr. Heinrich, Sprecher der Allianz der Heilberufe.

PM/Red.

Personalversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Am Donnerstag, den 28. November 2013 wird zwischen 10 und ca. 12 Uhr eine Personalversammlung der KZV Schleswig-Holstein stattfinden.

Wir bitten um Verständnis, dass es innerhalb dieses Zeitraums zu einer eingeschränkten Erreichbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen wird.

KZV S-H

Koalitionsverhandlungen –

Wohin steuert das Gesundheitswesen?

Die Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD haben begonnen. Mit schnellen Ergebnissen rechnen die Beteiligten nicht – erst Mitte Dezember soll nach derzeitigem Plan die neue Bundesregierung stehen. Der SPD-Konvent hat zehn Punkte als „unverzichtbare“ Kernforderungen für die Verhandlungen vorgegeben. Ausführungen zur Gesundheitspolitik finden sich in diesem Katalog nicht.

Dabei stehen der Arbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“, geleitet von Jens Spahn für die Union und Prof. Dr. Karl Lauterbach für die SPD, vermutlich besonders schwierige Debatten bevor. Die SPD sieht nach einem *dpa*-Bericht auch in einer großen Koalition Chancen für einen Umbau der Krankenversicherung hin zur Bürgerversicherung – und stößt prompt auf Widerspruch bei der Union. „Wir geben das wichtige Thema Bürgerversicherung vorab nicht auf“, verkündete Lauterbach gemäß *dpa* unmittelbar vor der ersten Verhandlungsrunde. Auf die Frage, ob er einen größeren Umbau anstrebe, antwortete Lauterbach: „Na ja, wir schauen, wie weit wir kommen.“ In Unionskreisen hieß es, eine Bürgerversicherung nach den Vorstellungen der SPD sei nicht Ziel von CDU/CSU. „Jeder, der das Wahlergebnis sieht, sieht, dass es eine Bürgerversicherung nicht geben kann und nicht geben wird“, erklärte Spahn.

Der „Versuch eines rationalen Diskurses“ zum Thema Bürgerversicherung von Prof. Dr. Hans Peter Bruch und Dr. Stephan Dittrich ist in diesem Zusammenhang unbedingt lesenswert.

Eine der ersten Baustellen der neuen Bundesregierung wird die Aufarbeitung der NSA-Affäre sein. Interessante Einblicke in das Thema „Big Data und Datenschutz“ lieferte die Sommerakademie des Unabhängigen Landesentrums für Datenschutz in Schleswig-Holstein. Das – zumindest in der Theorie beruhigende – Ergebnis: „Big Data ist verfassungskonform möglich.“

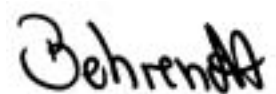
Die Finanzlage der GKV ist derzeit noch gut. Ob, wie lange und in welchem Ausmaß das so bleiben wird – darüber scheiden sich die Geister. Der GKV-Schätzerkreis, der im Oktober eine Prognose über die Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2013 und 2014 abgeben musste, kam in diesem Jahr erstmals seit 2009 nicht zu einem einheitlichen Ergebnis. Der GKV-Spitzenverband ist bestrebt, die künftigen Ausgaben nicht zu niedrig zu schätzen, um möglichst keine Kasse in die missliche Lage zu bringen, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Das hätte, wie die Vergangenheit gezeigt hat, erhebliche Wettbewerbsnachteile für die betroffenen Kassen zur Folge.

Dass andererseits auch nicht jede erdenkliche Form von Wettbewerb erlaubt ist, zeigt eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs: Das EU-weite Verbot von unlauteren Geschäftspraktiken zum Schutz der Verbraucher gilt demnach auch für gesetzliche Krankenkassen.

Eine andere Form von Wettbewerb sind Arzt-Bewertungsportale im Internet. Auch wenn sich bisher diejenigen, die einen Arzt über ein derartiges Portal suchen, nach einer Studie der Universität Erlangen-Nürnberg noch in der Minderheit befinden – den Einfluss von Bewertungsportalen sollten Heilberufler dennoch nicht unterschätzen.

Nach einem Urteil des Landgerichts München muss der Patient sich dabei bei der Beurteilung nicht auf rein ärztliche Kriterien beschränken. Ob die ärztliche Behandlungsqualität durch Bewertungsportale überhaupt adäquat darstellbar ist, wird andererseits von der (Zahn-)Ärztenschaft ja ohnehin kritisch beurteilt.

Der 21. Schleswig-Holsteinische Zahn-Ärztetag wirft seinen Schatten voraus. Am 29. März 2014 wird es in den Holstenhallen Neumünster um „Kontroversen in der Zahnmedizin – Wege zur Entscheidungsfindung“ gehen. Eine Programmübersicht finden Sie auf der Rückseite dieses Zahnärzteblattes.



Kirsten Behrendt
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Versuch eines rationalen Diskurses:

Die Bürgerversicherung

Die Bürgerversicherung – ein hervorragend gewählter Begriff! – will er doch die Gewissheit von Geborgenheit in der Solidargemeinschaft vermitteln, die ohne Unterschied von allen Bürgern getragen wird – vom Staat mit den Mitteln ausgestattet, die sozial Benachteiligte nicht aufbringen können. Bei einer Erkrankung sind alle Bürger gleich. Alle werden, nach den Regeln der Kunst, eine optimale Therapie erhalten.

Das System wird transparent, da der Staat die Kontrolle übernimmt. Für das Wohl der Bürger und der Patienten sorgt der Staat mit seinen Organen am besten. Die Leistungsträger im Medizinsystem werden sachgerecht entlohnt und entsprechend der Versorgungsnotwendigkeit weitergebildet und eingesetzt.

Ein geradezu paradiesischer Zustand, der, gestützt auf einen umfassenden Denkansatz, alle Ungerechtigkeiten und Ungleichheiten unmittelbar und vollständig beseitigt, die das bestehende System für einen Teil der politischen Klasse so unerträglich macht.

Wer sich aber, und sei es auch noch so oberflächlich, mit der Geschichte von Staaten und Systemen befasst, den müssen Zweifel befallen, wenn von quasi paradiesischen Zuständen auf Erden die Rede ist.

Schon ist das europäische Parlament damit beschäftigt, eine rationale Basis für das europäische Gesundheitssystem zu schaffen. Dem Normungsinstitut CEN wurde aufgegeben bis 2020 alle Dienstleistungen, auch die medizinischen, zu normen. Diese Normen werden ohne Peer Review erstellt. Eine Gleichschaltung aller Dienstleistungen und damit die Vergewerblichung des Arztberufes werden die Folge sein. Diagnostik, Therapie und Nachsorge folgen dann nicht mehr dem ärztlichen Ethos. Sie werden vielmehr bestimmt von jederzeit veränderbaren, technischen Nor-

men, welche die Frage der Behandlung oder des „best supportive care“, nach den Regeln der „quality adjusted life years“ oder nach Kassenlage entscheiden werden. In das Bild staatlicher Allmacht und Regulierung fügt sich eine Einheitsversicherung, die sich „Bürgerversicherung“ nennt, harmonisch ein. Der Begriff Bürgerversicherung weckt Assoziationen wie Bürgergesellschaft, Bürgersinn, Bürgerverantwortung, Solidarität uvm.

Aber kann eine ungegliederte Einheitsversicherung den daraus erwachsenden hohen Ansprüchen überhaupt gerecht werden?

Die Vision

Die Auswirkungen von Demographie, Schuldenbremse, Arbeitskräftemangel, Unterfinanzierung der Krankenhäuser und vor allen Dingen strukturellen Problemen des deutschen Gesundheitswesens sind allen Kennern der Sachlage bewusst. Ein wirklich zielführender Diskurs von Ökonomen und Politikern mit der verfassten Ärzteschaft findet jedoch nicht statt. Die Probleme werden vielmehr weitestgehend ausgeblendet, und dies obwohl das Gesundheitssystem in der bestehenden Form an Grenzen stößt. Ein von der Zukunft her gedachtes, gerechtes, allgemein verständliches und rational begründetes Gesundheitssystem müsste also etabliert werden.

Das von der SPD vorgelegte Versicherungssystem soll die bekannten Daten und Fakten berücksichti-

gen, auf einem breiten, nachhaltigen Finanzfundament ruhen, solidarisch gestaltet sein, flexibel auf Veränderungen reagieren und die Elastizität besitzen, um den berechtigten Wünschen der Bürger zu genügen. Das Konzept verfolgt den umfassenden Ansatz einer Versorgungsreform und einer Finanzierungsreform.

Die Versorgungsreform

Alle heute gesetzlich Versicherten und alle zukünftig Krankenversicherten sind Mitglieder der Bürgerversicherung. Dies gilt auch für Selbstständige und Beamte. Für Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst soll ein beihilfefähiger Tarif entwickelt werden. Die Umsetzbarkeit, das Beihilfevolumen und die Beihilfeverordnungen sind Gegenstand der Diskussion.

Den derzeit privat Versicherten wird ein Wechselrecht in die Bürgerversicherung eingeräumt, das über zwölf Monate bestehen bleibt.

Die Reform zielt darauf ab, die privaten Krankenversicherungen aufzulösen, um einen einheitlichen, staatlich kontrollierten Krankenkassenmarkt zu schaffen.

Das gesamte Vergütungssystem wird vereinheitlicht. Die Versorgungsstruktur wird verändert. Krankenhäuser werden für die ambulante Behandlung geöffnet. Der ambulante niedergelassene Facharzt soll abgeschafft und staatlich subventionierte, spezielle medizinische Versorgungszentren sollen verstärkt eingerichtet werden.

Die hausärztliche Versorgung wird aufgewertet. „Denn gerade die Hausärzte sind diejenigen, die eine Koordinierungsfunktion im Gesundheitssystem übernehmen können und Patientinnen und Patienten auch bei komplexen Behandlungen begleiten.“ Aber man will nicht den innovativen, flexiblen, selbstständigen, niedergelassenen Hausarzt. Man will den angestellten Hausarzt in „Hausärztlichen Versorgungszentren“.

Das Problem der unzureichenden Prävention (Deutschland ist zu dick und bewegt sich zu wenig) meint man mit einer kostenintensiven Präventionsbehörde besser verwalten zu können. Bürgersinn und Selbstverantwortung bleiben Fremdworte im parteilichen Vokabular.

Bei objektiver Betrachtung aber ist Prävention ein gesamtgesellschaftliches gesundheitspolitisches und gesundheitspädagogisches Anliegen. Notwendige Mittel müssen daher steuerfinanziert sein. Denn die originäre Aufgabe einer Krankenkasse ist es, im Rahmen einer Solidargemeinschaft das Risiko „eingetretener Krankheitsfall“ zu versichern.

Die **Bedarfsplanung** wird kleinräumig erfolgen. Die Beteiligungsrechte der Länder werden gestärkt. Alle Planungen unterstehen der Rechtsaufsicht der Länder. Gemeinsame Landesausschüsse entwickeln die „sektorübergreifende Versorgungsplanung“ weiter. Es wird ein Kontinuum geschaffen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Gleiche Leistungen werden gleich vergütet. Die Politik trägt Sorge dafür, dass „Über- und Unterversorgung“, was immer mit diesen Schlagworten verbrämt werden soll, der Vergangenheit angehören.

Die **medizinische Aus- und Weiterbildung** wird stärker über Bundesmittel



Prof. Dr. Hans Peter Bruch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e.V. (GFB) finanziert. Der Staat nimmt direkten Einfluss auf die Inhalte der Lehre und die Anforderungen an künftige Studenten und Ärzte. Der Ärztestand soll beamtenähnlich organisiert werden, in einer staatlich geplanten Versorgungsstruktur, nach den Versorgungsnotwendigkeiten eingesetzt. Streik- und Widerspruchsrechte müssen dabei wohl eingeschränkt oder gänzlich aufgehoben werden, sollen die Ziele der Reform erreichbar sein.

Die Finanzierungsreform

Unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes wird der Gesundheitsfonds einen angemessenen Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen gewährleisten. Die Einnahmeseite wird von drei großen Finanzströmen bedient.

1. Die lohnsummenabhängige Gesundheitssteuer, die vom Arbeitgeber zu entrichten ist.
2. Der Arbeitnehmerbeitrag, mit der Bezeichnung Bürgerbeitrag
3. Die Kapitalgesundheitssteuer, die einer dynamisierbaren Steuerbelastung von Kapitalerträgen entspricht.

Dazu heißt es im Programm der SPD kurz zusammengefasst:



Dr. Stephan Dittrich, Vorstandsmitglied des BDC-Landesverbandes Thüringen und Regionalvertreter der Niedergelassenen Chirurgen

„Arbeitgeber müssen ihrer größer werdenden Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung entsprechend an den Kosten und Investitionen im Gesundheitssystem beteiligt werden. Die Krankenkassen setzen den Bürgerbeitrag individuell selbstständig fest. Mit einem dynamisierten Steuerbeitrag sollen weitere Einkommensarten zur Finanzierung der Krankenversicherungen beitragen. Der bestehende Steuerzuschuss wird zum Steuerbeitrag. Die Mittel werden aus einer Erhöhung der Steuern aus dem Kapitalertrag geschöpft.“

Es werden diejenigen Branchen und Unternehmen stärker als bisher einbezogen, die sich auf Grund ihrer überdurchschnittlichen Einkommensstruktur bislang zu gering an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligten. Die Arbeitgeber werden über eine Gesundheitslohnsummensteuer an der Bürgerversicherung beteiligt. Die Beitragsbemessungsgrenze, die derzeit besteht wird für die Arbeitgeberbemessungsgrundlage aufgehoben.“

Für den Bürgerbeitrag bleiben die Beitragsbemessungsgrundlagen und Grenzen unverändert.“

Ärzte werden zu abhängigen Gehaltsempfängern, Bürger haben keine

Wahlfreiheit, wissenschaftlicher Fortschritt bleibt aus

Die Bürgerversicherung führt direkt in eine Staatsmedizin nach Kassenlage, die von staatlichen Gesundheitskonzernen gelenkt wird. Der wissenschaftliche Fortschritt und die Wissensexplosion, die individualisierte Medizin und die daraus zwingend folgende Spezialisierung müssen negiert werden, soll Stabilität gewährleistet werden. Der Hausarzt übernimmt die Aufgabe eines Gesundheitsmanagers auch in komplexesten Fällen – Fälle, deren Behandlung im Weiterbildungskanon der Allgemeinmedizin nicht vorkommen.

Kosten-Nutzen-Analysen sind nicht mehr notwendig, da nur ein staatlich administriertes „Managed-Care-System“ das „Optimalmodell“ für den Bürger verwirklichen kann. Die regionale und nationale Gesundheitspolitik bestimmt über Preise, medizinische Infrastruktur, Aus- und Weiterbildung, Qualitätsparameter und Prozesse.

Der Staat/die Politiker bestimmen schließlich, was für den Patienten gut ist – nicht mehr die Ärzte!

In die Bürgerversicherung sollen Elemente der GKV und der Rentenversicherung einfließen. Wollte man den Steuerzuschuss des Staates minimieren, müsste im ungünstigsten Falle eine Summe von 60 Milliarden Euro pro Jahr (Drabinski 2013) durch die Kapitalertragssteuer gegenfinanziert werden. Der derzeitige Steuersatz würde sich mehr als verdoppeln.

Höhere Steuern, Hunderttausende Arbeitslose, Deutschlands Wettbewerbsfähigkeit auf dem Gesundheitsmarkt wird infrage gestellt
Der unauffhaltsame Niedergang der Pri-

vatkrankenkassen würde mehr als 100 000 Angestellte freisetzen und es würden vornehmlich jene Personen aus den privaten Kassen abwandern, die eine geringe Finanzkraft besitzen und einen hohen Aufwand benötigen – Geringverdiener, Rentner und Pensionäre. Ob die Altersrückstellungen dafür ausreichen werden, die nach dem Gesetzentwurf im Rahmen des grundgesetzlich Möglichen mitwandern sollen, sei dahingestellt.

Insgesamt wirkt die Bürgerversicherung wie eine gewaltige „Einkommens-Umverteilungsmaschine“, die vornehmlich vom Mittelstand finanziert werden muss. Sie ist einkommens- und steuerbasiert und daher konjunkturabhängig und nicht nachhaltig. Sie wird – und hier sei von Dohnanyi zitiert – die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands tangieren. Absehbar wachsende Steuerzuschüsse werden wie selbstverständlich der nachwachsenden Generation aufgebürdet.

Die Tatsache, dass bereits heute 90 Prozent aller Bürger Deutschlands in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, verdeutlicht, dass die 10 Prozent Beamten und Selbstständigen, welche durch die Bürgerversicherung zusätzlich rekrutiert werden, das Finanzierungsproblem der GKV nicht lösen werden. Es ist vielmehr ein sogenanntes Vorteilshopping (KBV) jener Gruppen zu erwarten, denen aus dem Wechsel in die GKV ein finanzieller Vorteil erwächst. Selbstständige sind in der Regel keine Spitzenverdiener. Die überwiegende Mehrzahl gehört dem unteren und mittleren Drittel des Mittelstandes an.

Arbeitnehmer, deren Einkommen bisher unter der Beitragsbemessungsgrenze lag, werden sehr viel stärker belastet, wenn die Bürgerver-

sicherung auf weitere Bemessungsgrundlagen, z. B. Kapitalerträge/Sparrücklagen etc., zurückgreift. Die Zahl der „Maximalzahler“ mit perspektivisch willkürlicher und beliebiger Steigerungspotenz kann nach Kapitalbedarf erhöht werden. Der prozentuale Beitragssatz wird so stabil gehalten. Kleine und mittlere Einkommen werden überproportional belastet.

Die Mogelpackung wird ganz im Sinne der „Political Correctness“ und der scheinbaren Gerechtigkeit als „Bürgerversicherung“ verhökert.

Kritische Wertung

Die Folgen des demographischen Wandels werden seit mehr als zwei Jahrzehnten wissenschaftlich untersucht. Man verfügt daher über ein sehr stabiles Szenario, das in alle Zukunftsbetrachtungen einbezogen werden muss.

Allein bis zum Jahre 2020 wird die Bevölkerung in 40 Regionen in Europa mehr als 10 Prozent schrumpfen. Ostdeutschland, Polen und Bulgarien sind besonders hart betroffen. Sie werden voraussichtlich mehr als 25 Prozent ihrer Bevölkerung verlieren, weil die Geburtenrate niedrig bleibt und die Abwanderung anhält.

Das Finanzvolumen, das aus der Bemessungsgrundlage geschöpft werden kann, wird sich bis zum Jahre 2036 asymptotisch einem Maximum annähern, vorausgesetzt die konjunkturelle Entwicklung bleibt auf dem derzeit hohen Niveau stabil. Die Kosten aber werden, wegen der Demographie und wegen des technischen Fortschrittes, unablässig weiter steigen, und dies etwa doppelt so schnell wie das vorhergesagte Wachstum der Industrie.

Es ist daher nachvollziehbar, dass die Einnahmen für die medizini-

Linke:

„Stoppen Sie die eGK!“

sche Grundversorgung auf eine sehr breite Basis gestellt werden müssen. Die Finanzierung muss nachhaltig und möglichst wenig konjunkturanfällig sein. Neben der Grundversorgung, die jedem Bürger zusteht, muss es in einem freien Lande verschiedene Wahltarife geben, die vom „sollte man haben“ bis zum „wäre schön, wenn man es hätte“ reichen. Entsprechend müssten die Tarife vollkommen transparent gestaffelt werden.

Die Bürgerversicherung in Form einer autoritären Einheitsversicherung belebt dagegen die Gleichheitsphantasien untergegangener sozialistischer Staaten. Weitere fünf Millionen Arbeitnehmer des Medizinsystems werden abhängig von staatlicher Reglementierung. Addiert man die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes und ein wachsendes Heer von Rentnern und Pensionären dazu, befindet sich Deutschland auf dem Weg zum Staatsmonopolkapitalismus und bewegt sich dorthin, wo sich Schweden vor seinen extrem schmerzhaften Reformen befunden hat (Hans Spies).

Um die notwendige und entscheidende Diskussion aber, zur Struktur des Gesundheitssystems, zur Mittelverwendung, Priorisierung und Rationierung macht die Politik nach wie vor einen weiten Bogen. Diese Diskussion wird einfach nicht geführt!

Höchste Zeit also, über alternative Modelle nachzudenken, die positive Faktoren aus der vorgesehenen Reform bewahren, sozialromantische, zerstörerische Elemente aber dorthin verweisen, wo sie hingehören – nämlich in die Mottenkiste der Geschichte!

■ HANS-PETER BRUCH
STEPHAN DITTRICH

Nach Ansicht der Linken liegt es offenbar in der Verantwortung der Ärzte, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu stoppen. Das zumindest kann man einem offenen Brief entnehmen, den die beiden Bundestagsabgeordneten Kathrin Vogler und Jan Korte Mitte Oktober an die „Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft“ richteten.

„Zurecht“ hätten sich Ärzte und Zahnärzte bereits auf mehreren Ärztetagen und Vertreterversammlungen gegen die eGK ausgesprochen, meinen die stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses und der Vize-Fraktionschef der Linken.

Schließlich habe die Einführung der eGK Kosten von mehreren Milliarden Euro zur Folge und belaste damit die Versichertengemeinschaft, sie gefährde die Sicherheit der Patientendaten, belaste die Ärzte zusätzlich und führe so zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität statt zu einer Verbesserung der Versorgung.

Da die Krankenkassen nun darauf drängten, dass „die elektronische Gesundheitskarte im Eiltempo zur Pflicht für die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen“ wird, wollen die beiden linken Abgeordneten die

Ärzeschaft offenbar motivieren, den Druck zu erhöhen. „Zwang“ solle jetzt die neue Karte durchsetzen, kritisieren sie. Medienberichten zufolge hätten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbart, dass die alten Krankenversichertenkarten zum Stichtag 1. Januar 2014 ihre Gültigkeit verlören.

„Nun liegt es in Ihrer Hand“, appellieren die Linken-Politiker an die Ärzte und fordern sie auf: „Wirken Sie in Ihren Gremien darauf hin, dass die vertragliche Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband, sämtliche Krankenversicherungskarten ab 1. Januar 2014 für ungültig zu erklären, rückgängig gemacht wird! Stoppen Sie die elektronische Gesundheitskarte!“

Wenn das so einfach wäre ...

Be

Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags 2014

„Die Einnahmen des Gesundheitsfonds haben sich im laufenden Jahr weiterhin positiv entwickelt“, teilte das Bundesgesundheitsministerium Ende Oktober mit. Für 2014 gehe das BMG ebenfalls von einer „soliden Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds“ aus.

Vor diesem Hintergrund könnten die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 199,6 Milliarden Euro auch im nächsten Jahr durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds „im Durchschnitt“ voll-

ständig gedeckt werden (vgl. dazu auch Seite 12f).

Im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen gab das BMG auf dieser Grundlage den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2014 bekannt: Er beträgt wie bereits 2012 und 2013 null Euro. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist für den Sozialausgleich maßgebend, der damit auch im nächsten Jahr nicht durchgeführt werden muss.

PM/Be

21. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag | 29. März 2014 | Holstenhallen Neumünster

„Kontroversen in der Zahnmedizin – Wege zur Entscheidung“

Im Frühjahr feierte der Schleswig-Holsteinische Zahnärztetag sein zwanzigjähriges Jubiläum. „20 Jahre Erfolgsgeschichte“ lautete der Titel eines Rückblicks im Zahnärzteblatt März 2013. Das Konzept, den schleswig-holsteinischen Zahnärzten und ihren Praxisteams ein Fortbildungspaket inklusive Dentalausstellung und Gastronomie anzubieten, geht offensichtlich auf. Und selbstverständlich wird es auch im nächsten Jahr eine Neuauflage geben. „Kontroversen in der Zahnmedizin – Wege zur Entscheidungsfindung“ lautet das Thema des 21. Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetages am 29. März 2014 in den Holstenhallen Neumünster. Einen ersten Überblick über die Referenten und ihre Themen können Sie sich auf der Rückseite dieses Zahnärzteblattes verschaffen. Einen Vorgeschmack auf das, was Sie erwartet, geben zusätzlich auch die Abstracts der Referenten, die Sie in dieser und den nächsten Ausgaben des Zahnärzteblattes lesen werden.

Invasiv oder minimalinvasiv oder nichtinvasiv? Indirekt oder direkt?

Bisshebung – wann und wenn ja, wie?

Eine der komplexesten Verfahren der restaurativen Zahnheilkunde ist die Veränderung der vertikalen Dimension eines Patienten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird hierbei die vertikale Dimension wiederhergestellt und dabei vergrößert oder erhöht. Daraus resultiert auch der deutsche Begriff einer „Bisshebung“.

Im Rahmen des Vortrages steht zunächst die Indikation dieser Maßnahme im Vordergrund. Dabei können entweder restaurative oder funktionelle Gründe eine solche Behandlung rechtfertigen. Bei erheblichen Verlusten im Bereich der Zahnhartsubstanzen kommt es zuweilen zu umfangreichen Freilegungen von Dentinkernen, die für die betreffenden Patienten mit massiven Schmerzen einhergehen können bis zur Größenordnung von neun (Skala von 0 bis 10, 0 für keine Schmerzen und 10 die größten vorstellbaren Schmerzen). In diesem Fall zielt die Bisshebung auf den Schutz der freigelegten Dentinareale ab. Da dieses bei erheblichen Sub-

stanzverlusten nicht an einzelnen Zähnen allein möglich ist, wird in sol-

chen Fällen eine Vergrößerung der vertikalen Dimension erforderlich.

PRIV.-DOZ. DR. M. OLIVER AHLERS



- 1982 Studium der Zahnmedizin in Hamburg
- 1987 Stipendium der Friedrich-Naumann-Stiftung
- 1987 Auslandsfamulaturen in Boston und New York
- 1988 Staatsexamen und Approbation in Hamburg
- 1989 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am UKE, Zentrum ZMK, Poliklinik für Zahnerhaltung (Prof. Dr. Platzer)
- 1992 Leitung des Arbeitskreises CMD und chronische Schmerzen der Zahnärztekammer Hamburg
- 1992 Leitung der Dysfunktions-Sprechstunde der ZMK-Klinik (zusammen mit Dr. Jakstat)

- 1997 Oberarzt
- 2001 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)
- 2004 Habilitation an der Universität Hamburg, Venia legendi und Ernennung zum Privatdozent
- 2004 Stellvertretende ärztliche Leitung der Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
- 2005 Gründung und zahnärztliche Leitung des CMD-Centrums Hamburg-Eppendorf
- 2005 Ernennung zum Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie der DGFDT (www.DGFDT.de)
- 2008 Associate Editor Journal of CranioMandibular Function
- 2010 Zertifizierung des CMD-Centrums Hamburg-Eppendorf als erste postgraduierte

„Funktionsfindung“

Das Gleiche gilt grundsätzlich für die Bisshebung aus funktionellen Gründen, bei der durch Fehlstellung einzelner Zähne oder durch ungleichmäßigen Substanzverlust in Kombination mit muskulärer Überaktivität eine Fehlstellung des gesamten Unterkiefers resultieren kann – die dann wiederum zu funktionellen Beschwerden im Kontaktgefühl oder in der Muskulatur oder schließlich in den Kiefergelenken führt.

Die Problematik bei der Bisshebung ergibt sich zum einen aus dem Behandlungsvolumen und zum anderen aus der Tatsache, dass bei Veränderung aller Zähne bzw. zumindest einer Vielzahl von Kauflächen die Orientierung an den vorherigen Zahnformen verloren geht. Teilweise ist diese Orientierung auch nicht

möglich, insbesondere in den Fällen, wo infolge funktioneller Behandlungsindikationen eine Korrektur dysfunktioneller Führungsmuster angestrebt wird. In diesen Fällen kommt der gelenkbezüglichen Führung des Unterkiefers eine besondere Bedeutung zu, weshalb das gesamte Behandlungskonzept gelenkbezüglich auszurichten ist. Darüber hinaus kommt in diesen Fällen allerdings der Funktion des Kiefergelenkes sowie der das Gelenk steuernden neuromuskulären Mechanismen eine besondere Rolle zu. Die Komplexität der Behandlung hängt von der Stabilität der Führung der Unterkieferposition sowie der Störungsanfälligkeit des neuromuskulären Systems ab.

Auch aus diesem Grund sind in der Vergangenheit verschiedene

Verfahren zur Umsetzung von Korrekturen der vertikalen Dimension entwickelt worden. Neben kieferorthopädischen Verfahren, die lediglich in ausgewählten funktionellen Situationen als Alternative in Betracht kommen, stehen hier restaurative Verfahren im Vordergrund. Mittlerweile sind hierbei zahlreiche verschiedene Möglichkeiten der technischen Umsetzung beschrieben. Diese werden zum einen nach der Herstellungsform von Restaurationen unterschieden in direkte und indirekte Verfahren. Dabei wird in den direkten Verfahren in der Regel zahnfarbener Kompositkunststoff unter Verwendung spezieller Schablonentechniken (die auf indirekte Behandlungssimulation zurückgehen) auf die Kauflächen aufgebracht. Bei den indirekten Verfahren findet die gesamte Restaurationserstellung außerhalb des Mundes im Artikulator bzw. Kausimulator statt. Hinsichtlich der Behandlung der Restzahnhartsubstanzen wird dabei zudem zwischen klassisch-invasiven, minimalinvasiven sowie neueren nicht-invasiven Behandlungstechniken unterschieden. Die verschiedenen Techniken werden im Vortrag erläutert, einschließlich ihrer Vor- und Nachteile, woraus sich die jeweilige Indikationsstellung ergibt.

■ PD DR. M. OLIVER AHLERS



Ausbildungsstätte zum Erwerb des „Spezialisten für der Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“ in Deutschland

Wissenschaftliche Preise

1996, 2001, 2008, 2009, 2011 Tagungsbestpreise der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (jeweils gemeinsam mit Prof. Dr. Jakstat und anderen Co-Autoren)

Zeitschriften- und Buchpublikationen

Ca. 150 Publikationen und mehrere Lehrbücher
Entwicklung verschiedener Softwareprogramme sowie zahlreicher Medizinprodukte

Arbeitsgebiete

Funktionsdiagnostik und -therapie, ästhetische und funktionelle Restaurationen, Composites, Computerunterstützte zahnärztliche Diagnostik

Lehrtätigkeit

15-jährige Lehrtätigkeit am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Dozent im postgraduierten Studiengang „Funktionsdiagnostik und Therapie mit Computerunterstützung“ der Universität Greifswald, Dozent verschiedener Curricula Funktionsdiagnostik und Therapie von CMD sowie zur Ästhetischen Zahnheilkunde; Fortbildungen zur klinischen und instrumentellen Funktionsdiagnostik, Restaurative und ästhetische Arbeitstechniken, Kofferdamtechnik



21. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Klinische Funktionsanalyse

Die klinische Funktionsanalyse stellt die grundlegende Untersuchungstechnik im Bereich der funktionsdiagnostischen Untersuchungsverfahren dar. Sie steht insofern – wenn ein hinreichender oder begründeter Verdacht für das Vorliegen einer craniomandibulären Dysfunktion besteht – am Anfang der Diagnostikkaskade.

Das Ziel der Untersuchung besteht darin, durch Erfassung anamnestischer Informationen sowie einer differenzierten Erhebung funktioneller Befunde ein Bild der Funktion des Kauorgans bzw. des craniomandibulären Systems des Patienten zu formen und zu dokumentieren. Dieses wiederum stellt dann die Grundlage der Entscheidung über weitere diagnostische

oder therapeutische Maßnahmen dar – und es ermöglicht dem Zahnarzt, den Patienten über die Zusammenhänge qualifiziert und individuell zu informieren.

Die Qualität der Untersuchungsabfolge und insbesondere der konzentrierten Erhebung der Befunde ist dabei wesentlich abhängig von der Unterstützung des untersuchenden Zahnarztes durch die zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA). Dieses setzt voraus, dass die ZFA die Inhalte der Untersuchung und die Abfolge der einzelnen Befunde kennt und weiß, an welcher Stelle welche Informationen wie zu erfassen bzw. zu dokumentieren sind. Hierbei ist zwischen papiergestützter sowie softwaregestützter Befunderfassung zu

unterscheiden. Bei konsequenter Einbeziehung der ZFA in diesen Prozess kann der Zahnarzt bei der Untersuchung seine ungeteilte Aufmerksamkeit dem Patienten und dem aufzuklärenden Geschehen zuwenden, was den Untersuchungsgang beschleunigt und darüber hinaus die Konzentration auf die Zusammenhänge verbessert.

Im Vortrag werden verschiedene Dokumentationssysteme für die Erfassung von klinischen Funktionsbefunden sowie die zu erhebenden Befunde ebenso vorgestellt wie die in den Befundsystemen zu erfassenden Informationen sowie ihre Dokumentation durch die zahnmedizinische Fachangestellte.

■ PD DR. M. OLIVER AHLERS

Kostenaufklärung über Zahnersatz – So kann's gehen!

Beraten oder verkaufen?

Zahnersatzberatung nimmt in Zahnarztpraxen einen immer höheren zeitlichen Anteil ein. Klar, guter Zahnersatz kann den Patienten ja auch schnell mal ein kleines Vermögen kosten. Da versteht es sich doch von selbst, dass er dazu Informationsbedarf hat. Schade nur, wenn am Ende doch nur der Preis entscheidet. Das muss nicht sein. Richtig organisiert und aufgebaut kann Zahnersatzberatung nicht nur Spaß machen,

sondern auch dazu führen, dass in vielen Fällen der Patient mit der für ihn besten Versorgung nach Hause geht.

Aus dem Inhalt:

- ▶ Organisatorische Voraussetzungen für gute Beratungsgespräche?
- ▶ Welche Unterlagen sind für ein gutes Beratungsgespräch wichtig?

- ▶ Was muss ich als Mitarbeiterin wissen?
- ▶ Der optimale Aufbau eines Beratungsgesprächs
- ▶ Der Preis ist heiß – Nein überhaupt nicht, so wird der Preis zur notwendigen Nebensache

■ CLAUDIA HUHN



DIPL.-KFFRAU CLAUDIA HUHN

Diplomkauffrau, Coach & Trainerin.

Sie trainiert seit mehr als zehn Jahren selbstständig Unternehmen der Gesundheitsbranche im professionellen Umgang mit den eigenen Kunden.

Erfolgreiche Kundenkommunikation schafft nachhaltigen Erfolg in Unternehmen, und nur wer erfolgreich kommunizieren kann, hat auf dem Gesundheitsmarkt der Zukunft eine Chance. Das zu erreichen ist ihr Ziel.

EuGH:

Krankenkassen ist irreführende Werbung verboten

Das EU-weite Verbot unlauterer Geschäftspraktiken gegenüber Verbrauchern gilt auch für die gesetzlichen Krankenkassen. Weder ihre im Allgemeininteresse liegenden Aufgaben noch ihr öffentlich-rechtlicher Status rechtfertigen es, sie von diesem Verbot auszunehmen. Das entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg Anfang Oktober.

Die Vorgeschichte: Die BKK Mobil Oil hatte 2008 in ihrem Internetauftritt behauptet: „Wer die BKK ... jetzt verlässt, bindet sich an die [neue gesetzliche Krankenkasse] für die nächsten 18 Monate. Somit entgehen Ihnen attraktive Angebote, die Ihnen die BKK ... im nächsten Jahr bietet und Sie müssen am Ende möglicherweise draufzahlen, wenn Ihre neue Kasse mit dem ihr zugeteilten Geld nicht auskommt und deswegen einen Zusatzbeitrag erhebt.“

Die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs hielt diese Information für irreführend und daher sowohl nach der EU-Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken als auch nach nationalem Wettbewerbsrecht für unzulässig. Die BKK verschweige nämlich, dass dem Versicherten im Falle der Erhebung eines Zusatzbeitrags ein gesetzliches Sonderkündigungsrecht zustehe. Daher mahnte die Wettbewerbszentrale die BKK ab, forderte sie zur Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung auf und verlangte die Erstattung der vorgerichtlichen Kosten.

Die BKK räumte ein, fehlerhafte Angaben ins Internet gestellt zu haben, entfernte die fraglichen Aussagen von ihrer Website und sagte zu, künftig nicht mehr mit den beanstandeten Informationen zu werben. Zur Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung gegenüber der Wettbewerbszentrale war sie jedoch nicht bereit, und auch für die entstandenen Kosten wollte sie nicht aufkommen.

Die entsprechenden Vorgaben des Wettbewerbsrechts seien auf sie nicht anwendbar, da sie sich lediglich auf „Geschäftspraktiken“ von „Gewerbetreibenden“ bezögen, argumentierte die Kasse. Diese Kriterien seien jedoch im vorliegenden Fall nicht erfüllt, da die BKK als Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht mit Gewinnerzielungsabsicht handele.

Wie die Wettbewerbszentrale stufte auch der Bundesgerichtshof (BGH) die Werbung der BKK Mobil Oil als irreführend ein. Ungeklärt war für den BGH jedoch, ob die Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken auch auf Körperschaften des öffentlichen Rechts anwendbar sei: Es könne tatsächlich geltend gemacht werden, dass eine „solche Einrichtung“ keine wirtschaftliche Tätigkeit ausübe, sondern einen „rein sozialen Zweck“ verfolge. Der BGH entschloss sich daher, den Europäischen Gerichtshof um Klärung zu bitten.

Der entschied, dass die EU-Richtlinie durchaus auch für öffentlich-rechtliche Körperschaften und damit für Krankenkassen gelte. Das ergebe sich bereits aus dem Wortlaut: Der Unionsgesetzgeber habe den Begriff „Gewerbetreibender“ besonders weit konzipiert als „jede natürliche oder juristische Person“, die eine entgeltliche Tätigkeit ausübt, und dabei weder Einrichtungen, die im Allgemeininteresse liegende Aufgaben erfüllen, noch Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgenommen. Angesichts

dessen sei auch die BKK als „Gewerbetreibende“ im Sinne der Richtlinie einzustufen. Nur durch diese Auslegung könne im Übrigen die Richtlinie ihre volle Wirkung entfalten: nämlich unlautere Geschäftspraktiken und insbesondere irreführende Werbung wirksam zu bekämpfen, um ein hohes Verbraucherschutzniveau zu erreichen.

Und irreführend ist die fragliche Information der BKK Mobil auch nach Auffassung des EuGH. Es bestehe die Gefahr, dass die Versicherten durch die von der Kasse verbreiteten Aussagen getäuscht und damit davon abgehalten würden, eine informierte Wahl zu treffen. Vielmehr könnten sie zu einer Entscheidung veranlasst werden, die ohne solche Angaben möglicherweise anders ausgefallen wäre. In diesem Zusammenhang seien der öffentliche oder private Charakter der fraglichen Einrichtung sowie die spezielle von ihr wahrgenommene Aufgabe unerheblich, stellte der EuGH fest.

Nach diesen Maßgaben muss abschließend nun wieder der Bundesgerichtshof über den Streit entscheiden – die Gerichte der EU-Mitgliedsstaaten können dem Europäischen Gerichtshof in einem bei ihnen anhängigen Rechtsstreit zwar Fragen nach der Auslegung des Unionsrechts vorlegen, über nationale Rechtsstreitigkeiten entscheidet der EuGH jedoch nicht.

Be

GKV-Schätzerkreis:

Einnahmen und Ausgaben für die Jahre 2013 und 2014

Der GKV-Schätzerkreis – bestehend aus Experten des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesversicherungsamtes und des GKV-Spitzenverbandes – konnte sich erstmals seit 2009 nicht über die zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2013 und 2014 verständigen. Einvernehmen wurde dagegen bei der Schätzung der Beitragseinnahmen erzielt.

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds für 2013 werden demnach auf 192,2 Milliarden Euro geschätzt. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenkassen betragen entsprechend der rechtlichen Vorgaben weiterhin unverändert 192 Milliarden Euro. Der hieraus resultierende Überschuss fließe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu, teilte der Schätzerkreis mit: „Die Liquiditätsreserve garantiert, dass der Gesundheitsfonds jederzeit seinen Zahlungsverpflichtungen gegenüber den Krankenkassen nachkommen und konjunkturelle Schwankungen in den Einnahmen ausgleichen kann.“

Hinsichtlich der Ausgaben gehen das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesversicherungsamt für 2013 von 189,1 Milliarden Euro aus. Das entspricht einer Zunahme um 4,9 Prozent je Versicherten. Der GKV-Spitzenverband erwartet dagegen Ausgaben in Höhe von 190 Milliarden Euro und damit eine Zunahme um 5,4 Prozent je Versicherten. Die den abweichenden Einschätzungen zugrundeliegenden Daten offenbart der Schätzerkreis dabei nicht.

In beiden Schätzungen resultiere ein Teil des Ausgabenanstiegs aus der Abschaffung der Praxisgebühr (1,8 Milliarden Euro bzw. rund ein Prozentpunkt), erläutert das Gremium. In der zweiten Jahreshälfte seien zudem gesetzlich induzierte Mehrausgaben zugunsten der Krankenhäuser berücksichtigt worden.

Für das Jahr 2014 werden – wiederum einvernehmlich – Einnah-

men des Gesundheitsfonds in Höhe von 202,2 Milliarden Euro erwartet – einschließlich der vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve, die genau betrachtet nicht als „Einnahmen“ bezeichnet werden dürften, da „Reserven“ ja längst in den Büchern stehen.

Abweichende Meinungen bestanden in der Frage, ob die in einem Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Kürzung des Bundeszuschusses um 3,5 Milliarden Euro für das Jahr 2014 bei der Schätzung zu berücksichtigen sei. BMG und Bundesversicherungsamt halten es für erforderlich, nach dem „Vorsichtsprinzip“ eine mögliche Kürzung einzukalkulieren. Der GKV-Spitzenverband wies dagegen darauf hin, dass der Bundesrat den Gesetzentwurf mit der Begründung abgelehnt habe, die Kürzung stünde im Widerspruch zu einer nachhaltigen Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen. Unabhängig von der Berücksichtigung bleiben die voraussichtlichen „Einnahmen“ bei 202,2 Milliarden Euro, da die Kürzung durch eine entsprechende Entnahme aus der Liquiditätsreserve kompensiert würde.

Uneinigkeit herrscht auch über die voraussichtlichen Ausgaben im Jahr 2014. Nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesversicherungsamtes werden sie 199,6 Milliarden Euro betragen. Das entspricht einer Zunahme um 5,4 Prozent je Versicherten. Der GKV-

Spitzenverband erwartet sogar Ausgaben in Höhe von 201,1 Milliarden Euro und damit eine Zunahme um 5,6 Prozent je Versicherten.

Für 2014 zu berücksichtigende Sondereffekte sind unter anderem die Absenkung des erhöhten Herstellerrabattes (von 16 Prozent auf sechs Prozent) sowie das Auslaufen des Preismoratoriums bei Nicht-Festbetriebsarzneimitteln und – wie bereits im zweiten Halbjahr 2013 – gesetzlich induzierte Mehrausgaben zugunsten der Krankenhäuser.

„**Kassenpolitische Erwägungen** haben in dem verwaltungstechnischen Instrument des Schätzerkreises nichts verloren“, kritisierte Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamtes, in einer Pressemitteilung und verschaffte damit seinem Unmut über die abweichenden Prognosen Luft. „Sie desavouieren seine wissenschaftliche Seriosität und die Glaubwürdigkeit des Zuweisungssystems.“ Es sei nicht Aufgabe des Schätzerkreises, durch eine Überschätzung der Ausgaben Einfluss auf die politische Festlegung zur Höhe des Bundeszuschusses zu nehmen oder die außerordentliche Finanzlage einzelner Krankenkassen zu verbessern. Gaßner zeigte sich überzeugt, dass den Kassen ausreichende Finanzmittel zukommen werden. Forderungen des GKV-Spitzenverbandes nach höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wies er vorsorglich zurück.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes

VG Schleswig:

Grünes Licht für Fanpage-Betreiber

des, bedauerte ebenfalls, dass der Schätzerkreis nicht zu einem Konsens gekommen ist. Allerdings ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes durchaus verständlich, wenn er bei der Schätzung der Ausgaben eher zur Vorsicht neigt. Schließlich hat die Politik sich als wenig verlässlich erwiesen: Beispielsweise hatte der noch amtierende Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble die Bundeszuschüsse zur GKV für 2013 und 2014 drastisch gekürzt. „Werden die Ausgaben zu gering geschätzt, so steigt das Risiko, dass die Versicherten mancher Krankenkassen Zusatzbeiträge zahlen müssen. Da zugleich aber die Einnahmen des Gesundheitsfonds weiter sprudeln, fürchten wir, dass das Geld der Beitragszahler zur Konsolidierung des Bundeshaushalts erhalten soll“, erklärte denn auch Dr. Doris Pfeiffer.

Auch wenn die Finanzreserven der GKV insgesamt zurzeit beträchtlich sind, darf das nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Lage bei den einzelnen Kassen äußerst unterschiedlich ist. In die Situation, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, der in der Vergangenheit bei den betroffenen Kassen zu zahlreichen Kündigungen von Versicherten geführt hatte, will natürlich möglichst niemand so schnell wieder kommen. Der GKV-Spitzenverband steht daher unter dem Druck, für eine so gute Finanzausstattung zu sorgen, dass jede Kasse mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds auskommt. Die wohlhabenderen Kassen werden dadurch zwar immer größere Finanzreserven anhäufen. Doch das wird billigend in Kauf genommen.

Be

Das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) ist nicht berechtigt, von Betreibern von Facebook-Fanpages zu verlangen, diese Seiten wegen etwaiger Verstöße gegen deutsches Datenschutzrecht zu deaktivieren. Zu diesem Ergebnis kam das Schleswig-Holsteinische Verwaltungsgericht Anfang Oktober.

Das ULD hatte Ende 2011 festgestellt, dass die Facebook-Datenverarbeitung nicht mit deutschem Datenschutzrecht vereinbar sei, u.a. da das Unternehmen die Nutzung von Fanpages präzise erfasse, den Nutzern keine Widerspruchsmöglichkeit gegen die Profilbildung einräume, beim Setzen von Cookies keine wirksamen Einwilligungen einhole und weil für die Betroffenen nicht die notwendige Transparenz hergestellt werde. Das ULD hatte daraufhin drei schleswig-holsteinischen Unternehmen, die bei Facebook eine Fanpage betreiben, auferlegt, diese zu deaktivieren: Die Betreiber einer Fanpage seien mitverantwortlich für die datenschutzrechtlichen Verstöße.

Das Verwaltungsgericht Schleswig-Holstein sah das anders. Die Verantwortlichkeit – oder eben nicht – ergebe sich aus dem Bundesdatenschutzgesetz und der Europäischen Datenschutzrichtlinie (von 1995).

Danach sei nicht verantwortlich, wer weder tatsächlichen noch rechtlichen Einfluss auf die Datenverarbeitung habe. In diesem Fall heiße das: Facebook stelle die technische Infrastruktur zur Verfügung, der Seitenbetreiber könne lediglich seine Inhalte einstellen, habe aber auf den Datenverkehr zwischen dem Nutzer und Facebook keinen Einfluss.

Dabei ließ das VG offen, ob und in welchem Umfang die Erfassung von Nutzerdaten zur Verletzung von Datenschutzrechten führt.

Bereits Anfang dieses Jahres hatten das Verwaltungsgericht wie auch das Oberverwaltungsgericht Schleswig-Holstein entschieden, dass weder Facebook in Irland (zuständig für Europa) noch in den USA zur Anwendung des deutschen Datenschutzrechts verpflichtet werden können.

„Für den Datenschutz im Internet sind die Entscheidungen eine weitreichende Kapitulation“, kommentierte Dr. Thilo Weichert, Leiter des ULD. „Angesichts der üblichen Arbeitsteilung können sich Anbieter damit herausreden, sie hätten keinen Einfluss auf die von ihnen eingesetzten, im Ausland betriebenen Programme. Der Gedanke des Grundrechtsschutzes spielte, so zumindest bisher unser Eindruck, keine wesentliche Rolle. Wir meinen, dass die Anbieter durch die Auswahl ihrer Dienstleister für deren Datenschutzverstöße zumindest mit verantwortlich sind.“

Das ULD hat inzwischen Berufung eingelegt: Eine Korrektur des Urteils des VG Schleswig sei dringend geboten. Grundlegende Regelungen des deutschen Telemedienrechts würden nicht ausreichend beachtet. Insbesondere würde die grundrechtliche Schutzpflicht des Staates für das Recht auf informationelle Selbstbestimmung im Hinblick auf das Internet ignoriert. Die Rechtsfrage sei nicht nur für private, sondern auch für öffentliche Stellen von hoher Relevanz, die sich US-amerikanischer Dienstleister bedienen.

Be

Sommerakademie des ULD:

Big Data – „alles viel zu kompliziert“?

Mit dem Thema „Big Data – informationelle Fremd- oder Selbstbestimmung?!“ griff die Sommerakademie 2013 des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein ein aktuelles Thema auf. – Wie aktuell, hatten die Organisatoren bei der Planung sicherlich noch nicht einmal ahnen können: Durch die Spähaffäre von NSA und Co. rückte der Begriff Big Data verstärkt in den Blick der Öffentlichkeit.

„Big Data“ steht für besonders große Datenmengen, die über das Internet (oder anderweitig) gesammelt und ausgewertet werden. Viele dieser Daten sind personenbezogen, und sie lassen sich unabhängig von ihren ursprünglichen Erhebungskontexten zu verschiedenen Zwecken nutzen. Big Data, so erläutert das ULD, steht für „neue soziale, ökonomische, wissenschaftliche Erkenntnisse, die dazu beitragen können, die Lebensbedingungen in unserer komplexen Welt zu verbessern“ – einerseits. Denn die Risiken sind nicht unerheblich: „Werden große Mengen von Daten von privaten und staatlichen Stellen zusammgeführt und ohne demokratische Legitimation und Kontrolle verwendet, so kann dies ökonomisch zu informationeller Ausbeutung, aber auch zu massiver Verletzung informationeller Grundrechte der Menschen und damit zur Gefährdung von deren Freiheitsrechten führen.“ Alles wäre mit allem kombinierbar – und könnte ausgewertet werden: Angaben über Finanztransaktionen, Bonität, medizinische Behandlungen, privaten Konsum, Berufstätigkeit, aus der Internetnutzung von elektronischen Karten und Smartphones, aus der Video- und der Kommunikationsüberwachung.

Wie nun also passt das alles zusammen? Ist es denkbar, die Chancen, die Big Data für Wirtschaft und Wissenschaft beinhaltet, zu wahren und gleichzeitig die Risiken für die informationelle Selbstbestimmung des Individuums zu minimieren?

Durchaus, meinte Dr. Thilo Weichert, Leiter des ULD, in seinem Einführungsvortrag: „Big Data ist verfassungskonform möglich.“ Wichtig sei vor allem eine Anonymisierung der auszuwertenden Datensätze, die eine nachträgliche Re-Identifizierung ausschließt. Auch mit derart anonymisierten Daten können nach Weicherts Ansicht Analysen mit „einem hohen Erkenntniswert“ durchgeführt wer-



Fotos: ULD

Dr. Thilo Weichert: Big Data ist datenschutzkonform möglich

den. Die Daten dürften zudem nicht undifferenziert in eine „große Datenbank gesteckt“ werden, sondern die Zusammenführung und Auswertung müsse nach einem „geordneten Verfahren“ erfolgen, bei dem Zweck, Zugriffsberechtigung und Relevanz festgelegt sind.

Wie wichtig Datenschutz bei Big Data ist, zeigen allein die wirtschaftlichen Dimensionen: Susanne Dehmel, Bereichsleiterin Datenschutz beim Branchenverband BITKOM, prognostizier-

te ein gewaltiges Wachstum auf dem Big Data-Markt: von 651 Millionen Euro im Jahr 2013 auf geschätzte 1,7 Milliarden Euro im Jahr 2016. Die „zentrale Herausforderung“ sei es, Daten aus verschiedenen Datenbeständen so zu anonymisieren, dass sie (anonym) in Bezug gesetzt werden können, ohne dass dadurch wieder eine direkte oder indirekte De-Anonymisierung möglich ist, meinte auch sie.



Susanne Dehmel: Anonymisierung von Daten als zentrale Herausforderung

Dass die Technik in der Lage ist, diesen Anforderungen gerecht zu werden, stellte Dr. Günter Karjoth von IBM Research – Zürich dar. In seinen Ausführungen wies er jedoch auch auf die Schwierigkeit hin, die Balance zwischen dem wirtschaftlichen Nutzen von Datensätzen und Datenschutz zu finden: „Wird die Anonymitätsgarantie verstärkt, verringert sich die Datenqualität. Es benötigt eine Güterabwägung zwischen Nutzwert und Datenschutz“, fasste Karjoth zusammen.

Im Hinblick auf den Datenschutz sei es notwendig, einerseits den User vor „unverhältnismäßiger Datennutzung“ zu schützen, gleichzeitig jedoch „Chancen“ für Unternehmen zu wahren, sagte auch Stephan Noller, CEO der im Bereich der Internetwirtschaft tätigen nugg.ad.

Technische Schutzanwendungen in der Praxis – in diesem Fall bezogen auf die Werbebranche – beinhalteten eine Kombination verschiedener Maßnahmen, schilderte Noller: Die vollständige Pseudonymisierung von Daten habe den „immensen Vorteil“, dass die Unternehmen keinen unmittelbaren Bezug zu konkreten Personen herstellen können: So würden keine personenbezogenen Daten

zielte Werbung eingesetzt werden. Darunter fallen Informationen über Religion, sexuelle Präferenzen, Gesundheit, ethnische Herkunft und generell die „Altersgruppe Kinder“.

Für entscheidend hält Noller es, die „richtigen“ gesetzlichen Anreize für Unternehmen zu schaffen, damit diese in Zukunft datenschutzfreundliche Technologien einsetzen. Von der anstehenden europäischen Datenschutzreform erhofft er sich Anreize auch für den US-Markt.

Die anschließende Podiumsdiskussion, moderiert von der stellvertretenden ULD-Leiterin Marit Hansen, beschäftigte sich unter anderem mit den praktischen Auswirkungen, die die

letztlich die gesamte Bevölkerung – die sich nur allzu oft in Kommentare wie „Ich hab ja nichts zu verbergen“, „Da kann man sowieso nichts machen“ oder „Das ist alles viel zu kompliziert“ flüchtet. Anzustreben seien außerdem mehr behördliche und gerichtliche Klärungen.

Fazit der Veranstaltung: Big-Data-Projekte können auch mit ursprünglich personenbezogenen Daten datenschutzgerecht durchgeführt werden. Ohne „Spielregeln“ geht es allerdings nicht: Die „Politik“ sei gefordert, rechtliche Rahmenbedingungen zu entwickeln, die Rechtssicherheit für die Unternehmen im Wettbewerb und für den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Verbraucher bieten, hatte Ralph Müller-Beck, Staatssekretär im Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Technologie des Landes Schleswig-Holstein, in seinem Grußwort erklärt.

Grundsätzlich sollten einige Leitsätze greifen, die das ULD in ähnlicher Form bereits mehrfach postuliert hat und auch anlässlich der Sommerakademie 2013 wieder unterstrich:

Ob für Google oder Facebook, für Polizei, Finanzbehörden, Geheimdienste, Krankenkassen, Arbeitgeber, Banken, Versicherungen oder Versandhändler – für alle muss gelten: Zugriff und Nutzung der täglich generierten Daten muss nach legitimierte Regeln erfolgen – insbesondere dann, wenn ein individuelles „Tracking“, „Scoring“ oder „Profiling“ vorgenommen wird. Die Grundsätze der Gesetzmäßigkeit, Erforderlichkeit und der Datensparsamkeit, der Zweckbindung und der Verhältnismäßigkeit müssen eingehalten werden, ebenso die Pflicht zur Transparenz über die Datenverarbeitung.

■ KIRSTEN BEHRENDT



Dr. Günter Karjot: Technische Datenschutzlösungen bei der Analyse großer Datenmengen



Stefan Noller: User vor unverhältnismäßiger Datennutzung schützen, Chancen für Unternehmen wahren

für gezielte Werbung eingesetzt. Nach dem Prinzip der „Gewaltenteilung“ dürfe zudem keine der beteiligten Parteien über das insgesamt erforderliche Wissen verfügen, um eine Zuordnung zu einer Person oder zu einem Pseudonym herstellen zu können. Wichtig sei auch, so Noller, dass der User über die Analyse seines Surfverhaltens informiert werde und das Recht habe, dem zu widersprechen. Bestimmte sensitive Daten sollten, so fuhr er fort, zu keinem Zeitpunkt erhoben und damit auch nicht für ge-

Enthüllungen von Edward Snowden auf den Datenschutz in Europa haben. Diskutiert wurde auch, welche Konsequenzen daraus für die europäische Gesetzgebung, die Arbeit von Datenschutzbeauftragten und die Gestaltung von IT-Systemen gezogen werden sollten. Einigkeit bestand darüber, dass Druck auf die Bundesregierung notwendig sei, damit sie ihrem Schutzauftrag für die Bürger nachkommt. Angesprochen seien aber auch viele weitere „Player“: Aufsichtsbehörden, Unternehmen und

Bewertungsportale (1):

Internet beeinflusst Arztwahl

Arztbewertungsportale sind – von den Heilberuflern zum Teil kritisch beäugt – in den letzten Jahren immer stärker in den Blick der Öffentlichkeit und der Medien geraten.

Wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, wie präsent diese Portale tatsächlich sind und welchen Einfluss sie auf die Arztwahl haben, sind dennoch eher spärlich.

Diese Wissenslücke will eine Studie schließen, die Prof. Dr. Martin Emmert, Inhaber der Juniorprofessur für Versorgungsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, durchführte. Finanziert wurde die Befragung von jameda, der nach eigenem Bekunden „größten Arztempfehlung“ Deutschlands. Eine inhaltliche Einflussnahme durch das Unternehmen sei nicht erfolgt, versicherte Emmert der *Ärztezeitung*. Die Studie wurde in der englischsprachigen Fachpublikation *Journal of Medical Internet Research* veröffentlicht.

Die wichtigsten Ergebnisse: 32 Prozent der 1.505 online befragten Teilnehmer gaben an, mindestens ein deutsches Arztbewertungsportal zu kennen. 25 Prozent hatten eines dieser Portale bereits aktiv für die Arztsuche genutzt, elf Prozent auch schon einmal eine Bewertung abgegeben.

Diejenigen, die einen Arzt über ein Bewertungsportal suchen, befinden sich demnach zwar – noch – in der Minderheit. Dennoch, so raten die Studienautoren, sollten weder Gesundheitspolitiker noch Heilberufler den Einfluss von Arztbewertungen im Internet verkennen. Ihre Rolle bei der Informationsbeschaffung und bei der Suche nach einem geeigneten Mediziner sei nicht zu unterschätzen. Denn die Portalnutzer ließen sich durchaus von den dort „geposteten“ Bewertungen beeinflussen: Immerhin 65 Prozent der Befragten sagten, sie hätten einen Arzt aufgrund von Bewertun-

gen in einem Internetportal aufgesucht. Dieser Mechanismus funktioniert natürlich auch umgekehrt: Über die Hälfte (52 Prozent) jener Studienteilnehmer, die Bewertungsportale für die Arztsuche nutzen, haben sich aufgrund negativer Bewertungen schon einmal gegen einen bestimmten Arzt entschieden.

Verglichen mit früheren Untersuchungen schein die Anzahl der Nutzer von Arztbewertungsportalen in Deutschland gestiegen zu sein, schließen die Forscher der Universität Nürnberg-Erlangen. Für die Zukunft sagten sie zudem eine weitere Zunahme der Bedeutung dieser Portale voraus. Allerdings könnten die Studienergebnisse nicht ohne weiteres auf die gesamte Bevölkerung übertragen werden, schränkten sie ein. Da es sich um eine Online-Befragung gehandelt habe, könne man davon ausgehen, dass die Studienteilnehmer mit Internetthemen – wie eben auch Arztbewertungsportalen – eher vertraut seien als die „offline“-Fraktion.

Zukünftige Studien müssten untersuchen, ob über die Bewertungsportale die Behandlungsqualität von Ärzten und anderen Heilberuflern überhaupt darstellbar sei, forderten die Autoren. Viele Mediziner bezweifeln das. Die Existenz der Portale zu ignorieren, wäre – wie auch die aktuelle Studie belegt – allerdings sicherlich nicht der richtige Weg.

Vielmehr sollte die Ärzte- und Zahnärzteschaft darauf dringen, dass

die Internetangebote bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, wie sie beispielsweise das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, bereits im Jahr 2009 erstmals formuliert hat.

Demnach sollte das Bewertungsverfahren beispielsweise transparent sein, Schutz gegen Täuschungsmanöver und Schmähkritik bieten, den Ärzten die Möglichkeit von Gegendarstellungen bzw. Widerspruch einräumen, Inhalt und Werbung trennen, die Finanzierung offenlegen und vor der Freischaltung eine Mindestanzahl von Bewertungen pro Arzt sammeln.

Be

Umfrage zu Motiven für die Abgabe einer Arzt-

Hilfsbereitschaft und Dank

Der Wille, anderen zu helfen und der Wunsch, dem Arzt ein Feedback zu geben, sind zwei entscheidende Motive für einen Patienten, eine Arztbewertung zu verfassen. – Das ist zumindest das Ergebnis einer Umfrage von jameda unter 1.178 Teilnehmern.

33 Prozent der Befragten gaben demnach als Grund für das Verfassen einer Arztbewertung im Internet an, dass sie dadurch anderen Patienten bei ihrer Arztwahl helfen möchten. Die „Feedback-Funktion“ für den Arzt nann-

Arztbewertungsportale (2):

Benotung auch nach nicht-ärztlichen Kriterien

Ein Patient darf bei der Benotung eines Arztes in einem Internet-Bewertungsportal auch Kriterien heranziehen, die über die rein ärztliche Leistung hinausgehen.

Das geht aus einem jetzt veröffentlichten, noch nicht rechtskräftigen Urteil des Landgerichts München I hervor.

Der Kläger, ein Nürnberger Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie, hatte über den Weg einer einstweiligen Verfügung verlangt, die über ihn abgegebene Bewertung mit der Gesamtnote 3,4 – in der Kategorie „Behandlung“ hatte er sogar nur eine glatte „vier“ erhalten – nicht mehr in dem Portal zu veröffentlichen. Der Benotung war ein Kommentar beigelegt, in dem das Ergebnis der Behandlung als „zufriedenstellend“ bezeichnet wurde, die Ohren würden „ausreichend“ anliegen – der Arzt arbeite also „ordentlich und gewissenhaft“.

Moniert wurde jedoch, dass der Chirurg seine „Dienstleistungen“ unter einem Pseudonym auf Plattformen im Internet „erheblich (ca. 700 Euro) günstiger“ anbiete als „(privat) zahlenden“ Patienten in einer Praxis. Fazit des Kommentators: „Guter Arzt, aber informiert euch vorher!“

Der Arzt begründete seinen Antrag auf einstweilige Verfügung damit, dass er durch den Beitrag in seinem allgemeinen Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt werde. Die Äußerungen seien rufschädigend und nicht mehr vom Grundrecht der Meinungsfreiheit gedeckt. Die Bewertung einer ärztlichen Leistung mit der Durchschnittsnote 3,4 werde vom Leser als unterdurchschnittliche Leistung wahrgenommen. Die Benotung sei als falsche Tatsachenbehauptung zu werten, da ihr sachfremde Erwägungen zugrunde lägen.

Das Münchener Landgericht stellte fest, dass die veröffentlichte Benotung zwar tatsächlich geeignet sei, den Arzt in seinem allgemeinen Persönlichkeitsrecht zu beeinträchtigen, da die Äußerungen das berufliche Ansehen und den Ruf des Klägers in der Öffentlichkeit „negativ tangieren“.

Dennoch sei die Persönlichkeitsrechtsverletzung nicht rechtswidrig, da eine Interessenabwägung zwischen dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht und der Meinungsfreiheit des Verfassers der Bewertung die Zulässigkeit der betreffenden Äußerung ergebe. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht, so führte das Gericht aus, schütze vor entstellenden und verfälschenden Darstellungen, ebenso wie vor Darstellungen, die die Persönlichkeitsentfaltung erheblich beeinträchtigen können. „Es gewährt seinem Träger jedoch keinen Anspruch, nur so in der Öffentlichkeit

dargestellt zu werden, wie es seinem Selbstbild entspricht oder ihm genehm ist.“

Zudem handele es sich bei dem beanstandeten Beitrag um eine Meinungsäußerung und keine Tatsachenbehauptung. Wie sich aus dem Kommentar ergebe, war mit ausschlaggebend für die Note „vier“ in der Kategorie „Behandlung“ der Umstand, dass der Kläger seine Leistungen anderweitig günstiger anbietet. Dieser „zugrundeliegende Tatsachekern“ sei unstrittig; die Gründe für die Bewertung wurden im Kommentar offengelegt. Der Ansicht des Klägers, dass der Autor bei der Benotung des Punktes „Behandlung“ lediglich die rein ärztliche Leistung bewerten durfte, folgte das Münchener Landgericht nicht.

Im Übrigen ergebe sich auch aus der rein medizinischen Beurteilung nicht, dass der Leistung eine Note „zwei“ – wie vom Arzt gewünscht – hätte gegeben werden müssen. Die Angaben „zufriedenstellend“ und „ausreichend“ könnten durchaus noch mit der Note „vier“ in Einklang gebracht werden. Es sei keine unsachliche Schmähkritik oder Formalbeleidigung zu erkennen.

Be

wertung:

Dankbarkeit

ten 23 Prozent als Grund. 20 Prozent der Umfrageteilnehmer sagten, dass sie ihren Arzt mit ihrer Empfehlung unterstützen wollten.

Ein weiteres Fünftel will mit der Bewertung Dankbarkeit für das Engagement des Arztes zeigen.

Nur fünf Prozent erklärten, Bewertungen aus Enttäuschung oder Wut über eine nicht als zufriedenstellend empfundene Behandlung abzugeben.

PM/Red.

Wissenschaftliche Tagung der SHGZMK

„Alles digital? Neue Medien in der Zahnmedizin“

Brauchen wir die Zahnputz-App, damit wir endlich einen Grund haben, das i-Pad mit ins Bad zu nehmen? Oder verhindert der Sensor in der Zahnbürste durch Abgleich mit dem Reinigungsprogramm Karies und Parodontose? Mit digitaler Zukunftsmusik sowie Visionen von gestern, die in der aktuellen Datenwelt der Zahnärzte gerade Realitätsstatus erlangen, wartete die Wissenschaftliche Tagung der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn- und Kieferheilkunde (SHGZMK) am 26. Oktober in Kiel auf.

„Wir haben nicht nur sehr spannende Themen. Wir haben ebenso spannende Referenten, die das Feld zwischen Fakten und Fiktionen ausleuchten werden“, schickte der SHGZMK-Vorsitzende Prof. Dr. Matthias Kern der 63. Tagung voraus.

Wenn dieser traditionell von der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein unterstützte Tag im Audimax der Kieler Christian-Albrechts-Universität eines deutlich machte, dann das: Die Zahnheilkunde ist vom Beschleunigungssog digitaler Innovationen längst erfasst. Ob Heilverfahren damit Schritt halten, sei dahingestellt. Fakt aber ist: Diagnostik, Abformung, ästhetische Planung, Rekonstruktion profitieren teilweise schon erheblich vom rasanten technologischen Fortschritt, wenn der Anwender damit umzugehen weiß und einen Weg findet, rentabel damit zu arbeiten.

„Digitale Medien können unsere Behandlung sicherlich verbessern, die ärztliche Zuwendung ersetzen können sie nicht.“, betonte ZÄK-Präsident Dr. Michael Brandt in seinen einleitenden Worten. Er schlug kurz den Bogen von der unzweifelhaft spannenden Thematik zu den aktuell gespannt und eher zweifelnd erwarteten Koalitionsverhandlungen in Berlin. Dazu gehöre auch die Frage, wer wohl das Gesundheitsressort übernehmen werde. „Ursula von der Leyen wäre da noch die beste Alternative“, konstatierte er. Ob Wünsche doch noch in Erfüllung gingen oder wie hart der Boden der ana-

logen Realität sein werde, den die Politik den Zahnärzten bereiten werde, bleibe noch abzuwarten.

Reich an digitaler Erfahrung ...

Prof. Dr. Sven Reich von der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomaterialien, Zentrum für Implantologie am Universitätsklinikum Aachen, wandte sich als erster Referent und offensichtlich überzeugter Anwender der optischen intraoralen Abformung zu. Er wies auf Tücken hin, wenn nicht ganz sorgfältig gearbeitet wird. „Ist im Mund nicht alles hundertprozentig trocken während der optischen Abformung, macht Ihnen die Lichtbrechung, die das Bild verzerrt, einen Strich durch die Rechnung“, führte er aus. „Man erhält Ungenauigkeiten von rund 15 Prozent durch den Lichtbrechungseffekt.“ Mit Geräten, die jetzt bereits im Einsatz seien, ließen sich Einzelzähne sowie kleinere Brücken problemlos abformen und sogleich „chairside“ anfertigen. Der Patient bekommt seinen Zahnersatz also sofort. „Einen ganzen Kiefer auf diese Weise zu sanieren, ist allerdings noch problematisch“, betonte Reich. „Aber konventionelle Abformung in Kombination mit CAD-Technik bei der Herstellung von Zahnersatz funktioniert gut.“ Neuester Trend: Abformung mit Ultraschall statt Licht.

Einen anderen wichtigen Faktor hob er auch heraus. Das technische System und die Materialien müssten unbedingt zusammenpassen.



Fotos: Volker Rebehn

Kündigte spannende Themen und spannende Referenten an: Kammerpräsident Dr. Michael Brandt

„Da ist man als Anwender noch ein bisschen der Tester.“ Die Empfehlung für die Praxis: sich mit den Möglichkeiten der Systeme zu beschäftigen und auch die immer umfassenderen Diagnosemöglichkeiten in Betracht zu ziehen. „Die optischen Systeme können alle noch nicht fliegen. Aber mit vielen kann man schon sehr gut arbeiten“, bilanzierte er. „Diese Technologie wird kommen.“ Wer solch ein Gerät erstmals in die Hand nehmen wollte, hatte in den Pausen dazu Gelegenheit. In der Dentalausstellung im Foyer war eines aufgebaut.

Planung am PC

Eindrucksvolle Beispiele der computer-gestützten ästhetischen Planung zeigte

Reichs Aachener Kollege **Prof. Dr. Stefan Wolfart** im Detail. Der betreffende Patient konnte sich vor der Umsetzung der gewünschten Korrektur das digital errechnete Ergebnis dreidimensional auf dem Bildschirm ansehen. Wolfart hatte unter anderem auch das Programm Photoshop eingesetzt. „Dabei sollte man aber dafür sorgen, dass bei dieser Methode das Original immer besser aussieht als die Computersimulation“, machte er Mut. Allerdings erfordere diese Art der Planung schon Begeisterung fürs Arbeiten am Computer und recht fortgeschrittene Kenntnisse. Der komplette Face Scan als Teil des digitalen Workflows ist nach Wolfarts Worten aber noch Zukunftstechnologie. „Das ist heute alles noch experimentell“, stellte er klar.

Diagnostik am PC

Wie Digitalisierung die Implantologie verändert, thematisierte **Privatdozent Dr. Wael Att** vom Uniklinikum Freiburg. „Früher hatten wir keine ausreichende präoperative Diagnostik. Das führte immer wieder zu unvorhersagbaren Ergebnissen“, erläuterte er. Wenn beispielsweise die vestibuläre Wand fehlt, kann man kein Implantat setzen. Mit Hilfe der digitalen Diagnostik können wir das vorher erkennen und die notwendigen Maßnahmen ergreifen.“ Digitale Diagnostik bedeutet in diesem Fall Digitale Volumetomographie (DVT). Am außergewöhnlichen Beispiel einer Klinikpatientin, die eine Vollsanierung des gesamten Gebisses auch aus ästheti-

schen Gründe wünschte, zeigte er auf, wie mit Hilfe der DVT sicher dreidimensional geplant werden konnte, obwohl die vorgefundene Situation kompliziert war. Das allerdings nicht nur um einen erheblichen finanziellen Preis, sondern auch um den Preis einer höheren Röntgenstrahlenbelastung. Att: „Ich halte das dennoch für verantwortbar. Jeder Langstreckenflug bringt eine Strahlenbelastung mit sich. Einmal New York und zurück bringt dem Fluggast 75 Mikrosievert Strahlung. Das wird in den Diskussionen immer vergessen.“



Freude bei gleich zwei Preisträgern: **Prof. Dr. Matthias Kern** verlieh im Namen der SHGZMK **Dr. Niklas Sievers** und **Ali Arthur D. Afrouz** den Wissenschaftspreis 2013. „Wir haben die auf 750 Euro dotierte Auszeichnung auf zweimal 500 Euro aufgestockt, denn beide Arbeiten verdienen nach einhelliger Meinung den Preis“, sagte Kern. Beide hatten unabhängig voneinander über zahnmedizinisch relevante Komplikationen am Kieferknochen geforscht. „Auswirkung von Bisphosphonaten auf die Expression von Osteoprotegerin (OPG) und Receptor activator of nuclear factor kappaB ligand (RANKL) in Osteoblastenkulturen aus Unterkiefer und Becken“ heißt Sievers' Pilotstudie am Hauschwein. Er stellte fest, dass Osteoblastenvorläuferzellen des Unterkiefers unter Bisphosphonatbelastung im Vergleich zu Zellen des Beckens vermehrt den Knochenregulationsfaktor OPG abgeben. Afrouz untersuchte ebenfalls im Tierversuch den „Einfluss von mechanischer Belastung bei Kronenabnahme auf die Osseointegration von dentalen Implantaten“.

Sein Fazit: Vertikal, koronal gerichtete Belastungen beim Kronenabnahmeversuch verursachen eine erhöhte Knochenaktivität, scheinen aber keine klinische Relevanz auf die Stabilität des Implantats zu haben. Bei Implantaten mit fortgeschrittener Periimplantitis und einer eingeschränkten Osseointegration sollte nur unter besonderer Vorsicht eine Abnahme der Restauration versucht werden, hier ist es sicherer, die Suprakonstruktion aufzutrennen und das Implantat vor unphysiologischen Belastungen zu schützen.

Wissenschaftliche Tagung der SHGZMK

KFO: Dreidimensionale Diagnostik bleibt die Ausnahme

Caterina Schulz von der Klinik für Kieferorthopädie des Uniklinikums Kiel ging auf den DVT-Einsatz in der Differentialdiagnostik ein. Die erhöhte Strahlenbelastung sei unbedingt abzuwägen bei Kindern, hob sie hervor. Bei Fällen, in denen schon äußere Anzeichen in der Gesichtsgeometrie für eine mögliche Erkrankung an Juveniler Idiopathischer Arthritis sprechen, habe sich die dreidimensionale DVT als sehr hilfreich für die interdisziplinäre Behandlung der jungen Patienten erwiesen. Dr. Christian Scheifele vom Universitätsklinikum Freiburg ging weiter ins Detail und beleuchtete Dosis wie Indikationen für den DVT-Einsatz. Er arbeitete heraus, dass es eine lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung gibt – also keine Grenzdosis für

Strahlung, unterhalb deren „nichts passiert“. Daher sind immer Risiken und Nutzen abzuwägen.

Licht oder Röntgen?

Die derzeitigen Möglichkeiten der digitalen Kariesdiagnostik leuchtete Privatdozent Dr. Jan Kühnisch von der Uniklinik München im Wortsinn aus. Sein Favorit ist die Transillumination mit Bildaufzeichnung. „Erstaunlicherweise haben wir es nach dem Rückgang der Karies bei Kindern und Jugendlichen jetzt immer mehr mit Karies bei Erwachsenen zu tun“, sagte er. „Dieses Problem ist ungelöst. Die taktile Diagnostik mit der – bitte! – stumpfen Sonde erfasst nicht den Dentinverlust unter dem Zahnschmelz.“ Er stellte Möglichkei-



Begeistert von digitaler Technik: Prof. Dr. Sven Reich

ten und Grenzen verschiedener lichtoptischer Verfahren im Verhältnis zu Röntgenmethoden ausführlich dar. Sein Fazit: Visuelle Kariesdiagnostik und Röntgen sind zwar die aktuellen Diagnoseverfahren, „aber die digitale Befunderfassung wird sich weiter durchsetzen“.



Bei der Mitgliederversammlung der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Anschluss an die Jahrestagung gab es eine Nachwahl zum Vorstand: Dr. Andreas Sporbeck wurde als Beisitzer neu in den Vorstand gewählt und nimmt dabei die bisherige Position von Dr. Michael Brandt ein, der zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt wurde. (v. l. n. r.: Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Peter Oleownik, Dr. Michael Brandt, Prof. Dr. Matthias Kern, Dr. Kai Voss, Dr. Andreas Sporbeck, Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang)



„Photoshopen“ für Fortgeschrittene:
Prof. Dr. Stefan Wolfart

Software Korrekturen während der Zahnreinigung simultan auf dem Tablet oder Smartphone ab. Eine andere Gruppe von Versuchsteilnehmern hatte die gleiche Putzschulung bekommen, erhielt aber keine digitale Rückkoppelung während der nächsten sechs Wochen. Graetz: „Wir stellen am Ende wirklich signifikante Unterschiede in der Putzsystematik fest.“

Also doch mehr als ein innovativer Gag? „Jun-

ge Leute lassen sich durch so etwas begeistern, insofern ist die Methode wirksam. Allein fehlt uns jemand, der das marktreife System herstellt und vertreibt. Weil man damit nicht mehr Zahnbürsten verkauft, hat die Industrie bisher noch nicht angebissen.“

■ CORNELIA MÜLLER

Bitte vormerken:

64. Wissenschaftliche Tagung mit ZFA-Samstag der SHGZMK:

Endodontie –

Aus der Wissenschaft für die Praxis

1. November 2014

Audimax der CAU Kiel

ZFA-Tag

Parallel zu den Vorträgen und Diskussionen im großen Hörsaal fand der ZFA-Tag mit ZFM-Meeting statt, erstmals unter Leitung von Dr. Gunnar Schoepke, dem neuen Kammervorstand Praxispersonal.

Kühnisch, Reich und Wolfart referierten hier ebenfalls und gingen dabei gezielt auf die täglichen Anforderungen in den Arbeitsbereichen der Praxisteams ein. Launig brachte Zahnarzt Jens-Christian Katzschner aus Hamburg die Vorteile der digitalen Möglichkeiten in Hand der ZFA auf den Punkt und erntete dafür Lachsalven und viel Beifall.

Jetzt auch noch die App fürs Zähneputzen

Den Mitarbeiterinnen hätte da sicher auch der Vortrag von Dr. Christian Graetz von der Klinik für Zahnerhaltung und Parodontologie an der Uni Kiel gefallen, den er im großen Saal hielt. Er stellte das Forschungsprojekt Zahnputz-App vor. Die App sollte die zuvor „analog“ gelernte Putzsystematik bei den Probanden einschleifen. Über einen Sensorgriffaufsatz an der Zahnbürste bildete die ausgeklügelte

Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde/DGÄZ

DGÄZ schreibt 7. Young Esthetics-Preis aus

„Für uns in der DGÄZ ist der Young Esthetics-Preis auch ein Baustein der Qualitätssicherung“, sagt Zahnarzt und DGÄZ-Pressesprecher Wolfgang M. Boer, Initiator dieser Auszeichnung.

„Wir machen Bewerbern und Bewerberinnen, die nur ‚schöne‘ Ergebnisse einreichen, deutlich, dass unser Fokus auf einer perfekten Funktion liegt, die mit einem ästhetischen und nachhaltigen Gesamtergebnis einhergeht. Für uns als wissenschaftliche Fachgesellschaft steht die Medizin im Vordergrund. Wir zeichnen Arbeiten aus, die den Patienten eine bessere Mundgesundheit verschaffen – mit dem besonderen Aspekt, dass Planung, Vorgehen und Ergebnis auf der Grundlage ästhetischer Konzepte entstanden.“ Damit wolle die DGÄZ frühzeitig für den Unterschied zu rein kosmetischen Verfahren sensibilisieren.

„Der Preisträger des Jahres darf bei unserer INTERNA seinen eingereichten Fall vorstellen“, sagt Boer.

Bewerbungsdetails: Der Förderpreis ist mit 2500 EUR dotiert, der Preisträger erhält eine einjährige kostenfreie Mitgliedschaft in der DGÄZ. Eingereicht werden muss ein mit Fotos durchdokumentierter Fall, sowie die diagnostischen Unterlagen, Diagnosen und die Begründung zur Therapieentscheidung. Modelle sind nicht zwingend erforderlich, aber erwünscht. Bewerben können sich Zahnärztinnen/Zahnärzte bis fünf Jahre nach Erlangung der Approbation und Zahntechniker/innen bis fünf Jahre nach Erlangen des Gesellenbriefes. Eingereicht wird die Bewerbung an das Büro der DGÄZ, Graf-Konrad-Straße, 56457 Westerburg bzw. per eMail an info@dgaez.de, Stichwort: Young Esthetics.

Einsendeschluss für den Preis 2014: 31. März 2014.

Die Verleihung findet statt im Rahmen der INTERNA am 9. und 10. Mai 2014 in Westerburg.

DGÄZ

Zahnmedizin im Wandel

„Nichts ist so beständig wie der Wandel“. Dieser Satz erscheint seltsam fremd in einem Fach, in dem die häufigsten Erkrankungen Jahre oder gar Jahrzehnte bestehen, bevor sie klinisch relevant werden, und in dem sowohl Zahnärztinnen und Zahnärzte als auch Patientinnen und Patienten wie selbstverständlich davon ausgehen, dass die Versorgung der Defekte viele Jahre oder in manchen Fällen Jahrzehnte halten.

Zwar hat in der Restaurativen Zahnheilkunde die Entwicklung der Adhäsivtechnik die Herangehensweise bei der Defektversorgung revolutioniert, allerdings haben wir uns längst an deren Potential gewöhnt und arbeiten mit Kompositen und Keramiken so routiniert wie zuvor mit Amalgam und Goldlegierungen. Nun trifft uns quasi als Spätfolge dieser Veränderung eine Diskussion, die etwas radikal in Frage stellt, was seit Generationen gelehrt, befolgt und täglich umgesetzt wurde: das Ausmaß der Kariesexkavation. Jahrzehnte lang galt der ‚Cri dentaire‘ als das Maß aller Dinge und belassene Karies als Kunstfehler. Lieber wurde die Pulpa eröffnet und eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt als nicht sondenhartes Dentin belassen. Heute gibt es in der Literatur höchstgradige Evidenz, dass es für die Prognose des Zahnes günstiger ist, unter Umständen in Pulpanähe Restkaries zu belassen als sie in jedem Fall vollständig zu entfernen. War alles falsch, was wir gelernt und gelehrt haben?

Hintergrund ist wie so oft eine relativ kleine Veränderung in der Einschätzung der Risiken, die mit den Vorzügen der Adhäsivtechnik einhergehen. Genau so, wie wir heute selbstverständlich bei Kompositrestaurationen rein defektorientiert präparieren und keine präventive Extensionspräparation ausführen, genau so gehen wir davon aus, dass bei gutem adhäsivem Verbund eine größere Anzahl am Kavitätenboden verblei-

bender Bakterien toleriert werden kann als bei einer Amalgamfüllung. Demzufolge sinkt das Risiko für eine bakterieninduzierte Pulpitis beim Belassen eines kleinen kariösen Rests und ist geringer als das Risiko für eine Pulpitis, die durch eine zu pulpanahe Exkavation induziert wird – eine kleine Verschiebung der Risiken und eine kleine Variation im Praxisalltag, aber der Sturz eines Dogmas, zumindest bei der Anwendung der Adhäsivtechnik.

Der Wandel birgt Risiken. Solange der wissenschaftliche Diskurs über eine modifizierte Regel zum Thema „Kariesentfernung“ nicht beendet ist, gibt es keine neue Regel. Es gibt aber auch kein richtig oder falsch. Erfahrene Kollegen wissen dies und wissen auch, dass auch gültige Regeln uns in der konkreten Situation letztlich nicht aus der Unsicherheit unseres Handelns befreien.

Der Wandel birgt aber auch Chancen und er erlaubt es uns vor allem, auf die geänderten Rahmenbedingungen unserer Gesellschaft zu reagieren. Im weitesten Sinne ist es der Wandel der Gesellschaft, der wissenschaftliche Fragestellungen aufwirft, die dann zunächst in veränderten Vorstellungen resultieren und sich dann in einem teilweise kontroversen Prozess des Wissenszuwachses zu neuen Erkenntnissen verdichten. Diskussionen über Wandel brauchen daher einen geschützten Raum, in dem Ergebnisse präsentiert werden können, die Tradiertes in Frage stellen. Je-



Foto: Uni Kiel

der, der dies tut, muss es aber in dem Bewusstsein tun, dass zur Regelfindung verdichtetes Wissen nötig ist – Wissen, das über Einzelergebnisse hinaus reicht. Wer diesen geschützten Raum nicht respektiert, setzt viel aufs Spiel, nämlich die Handlungssicherheit derer, die Versorgung leisten müssen.

Bestandsaufnahmen der Entscheidungen im Praxisalltag, wie die nebenstehend vorgestellten Ergebnisse einer Befragung von Zahnärzten aus Schleswig-Holstein, werten daher nicht! Sie erlauben einen Einblick in den Erfahrungsschatz einer Profession, die in der Lage ist, mit dem Spannungsfeld zwischen Regel und durch die individuelle Situation geprägtem Handeln verantwortungsvoll umzugehen. Vielfalt in den Antworten ist daher kein Makel. Sie zeigt vielmehr das von den Erfahrungen der täglichen zahnärztlichen Versorgung getragene Gespür, dass ein Wandel im Gange ist und Handlungsrouninen neu beurteilt werden sollten.

■ PROF. DR. CHRISTOF DÖRFER

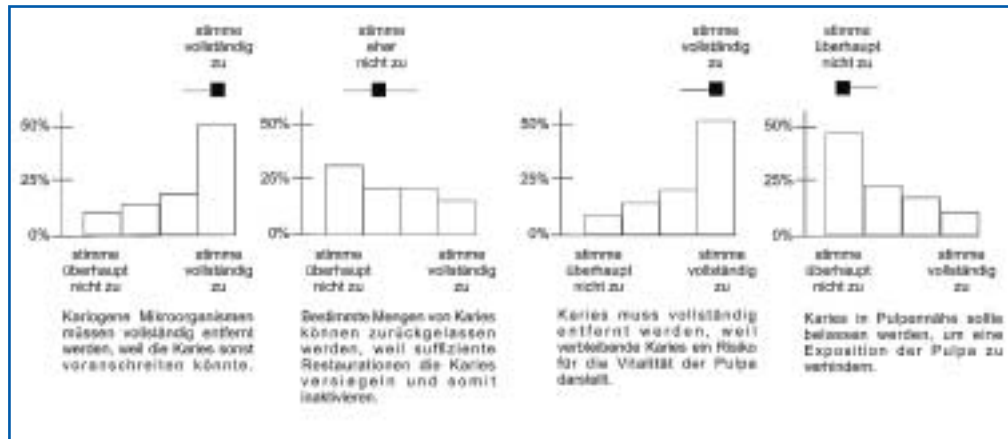
Diagnostik- und Therapieverhalten bei tiefer Dentinkaries

Zeichnet sich ein Wandel ab?

Im Herbst vergangenen Jahres hat die Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein allen aktiven zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen einen Fragebogen zugesandt. Über 800 Zahnärzte haben geantwortet, dafür möchten wir uns herzlich bedanken!

Die Publikation der Studie in einem internationalen Journal steht kurz bevor (siehe unten). An dieser Stelle sollen kurz die Ergebnisse der Befragung dargestellt werden.

Die Studie befasste sich mit der Frage, wie Zahnärzte in Schleswig-Holstein tiefe Karies behandeln, und warum sie bestimmte Behandlungen oder Vorgehen bevorzugen oder ablehnen. Von 2346 befragten Zahnärzten haben 821 (35 %) geantwortet. Während der Exkavation beurteilen 98 % der Zahnärzte die Härte des Dentins um zu entscheiden, wann ausreichend exkaviert wurde, und 76 % würden exkavieren bis nur „hartes“ Dentin verbleibt. 88 % der Zahnärzte richten sich bei der Exkavation auch nach der Feuchtigkeit des Kavitätenbodens, und 76 % exkavieren bis das Dentin „trocken“ erscheint. Zur Behandlung einer tiefen Karies in einem vitalen, asymptomatischen Zahn würden 50 – 80 % der Zahnärzte vollständig exkavieren, auch wenn dabei die Pulpaeröffnung droht. Nur 20 – 50 % würden schrittweise exkavieren oder bewusst Karies unter der Restauration belassen. Dies begründen 72 % der Zahnärzte mit der Sorge, zurückgelassene Karies könnte voranschreiten oder die Pulpa schädigen. Zahnärzte, denen eine lange Überlebensdauer der durchgeführten Restaurationen wichtig ist, würden häufiger vollständig exkavieren, auch wenn dabei die Pulpa



eröffnet würde. Zahnärzte, die möglichst minimal-invasiv vorgehen wollen, nehmen auch eventuelle Nachbehandlungen eher in Kauf. Die Antworten zeigten keine starke Assoziation mit dem Alter oder dem Geschlecht des Zahnarztes.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Zahnärzte in Schleswig-Holstein ganz überwiegend die vollständige Entfernungen von Karies anstreben. Zurückgelassenes kariöses Dentin wird als Risikofaktor u.a. für das Überleben der Restauration wahrgenommen.

Derzeit wird in der Wissenschaft das „Dogma der vollständigen Kariesexkavation“ zunehmend hinterfragt. Während es kaum Evidenz für die Notwendigkeit einer vollständigen Kariesexkavation vor dem Legen einer (adhäsiven) Füllung gibt, mehren sich die Hinweise darauf, dass gerade bei tiefer Karies eine zweizeitige oder unvollständige Entfernung der Karies zu besseren klinischen Ergebnissen führt. Bei beiden Methoden wird weniger häufig die Pulpa eröffnet, zudem treten wahrscheinlich weniger postoperative Komplikationen als bei der einzeitig vollständigen Kariesexkavation auf (Ricketts et al., 2013; Schwendicke et al., 2013).

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass die Methoden der zwei-

zeitigen Kariesexkavation wie auch der unvollständigen Kariesexkavation bisher noch wenig Eingang in die klinische Praxis gefunden hat.

Die vollständigen Ergebnisse der Studie können Sie demnächst nachlesen:

Schwendicke, F, Meyer-Lueckel, H, Dörfer, C.E, Paris, S:

Attitudes and behaviour towards deep dentin caries removal – a survey among German dentists,

Caries Research, DOI: 10.1159/000351662

Wir danken allen teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen sowie der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein für die Kooperation!

■ DR. FALK SCHWENDICKE

Literatur:

Ricketts D, Lamont T, Innes NP, Kidd E, Clarkson JE (2013). Operative caries management in adults and children. Cochrane Database Syst Rev 28(3).

Schwendicke F, Dörfer CE, Paris S (2013). Incomplete Caries Removal: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Dental Research 92(4):306-314.

„Gemeinsam gegen Mundkrebs in Schleswig-Holstein“

Präventionskampagne wird von Bevölkerung wahrgenommen

Seit über einem Jahr läuft die regionale Kampagne mit bundesweitem Modellcharakter mit dem Ziel, die Bevölkerung über den Tumor in der Mundhöhle und über seine Präventionsmöglichkeiten aufzuklären.

Die Idee zur Kampagne entstand vor dem ernsten Hintergrund, dass sich die Mehrheit der betroffenen Patienten nach wie vor erst im fortgeschrittenen Tumorstadium vorstellt, obwohl sich die Standards in Diagnostik und Therapie bei diesem Tumor kontinuierlich verbessert haben. Die dreiköpfige Kieler Projektgruppe mit PD Dr. Katrin Hertrampf, MPH, Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang und Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, MME hat daher im April 2012 diese Kampagne gestartet.

Die Aufklärungs-Kampagne besteht aus einer Kombination von diversen Massenmedien, so zum Beispiel Postern in Bussen und Bahnen. In etwa 15 Filialen einer Supermarktkette wird auf der Werbefläche von Einkaufswagen auf die Kampagne hingewiesen. Faltblätter liegen bei Ärzten, Zahnärzten und Apotheken aus, verschiedene In-

stitutionen wie Stadtmissionen, Verbraucherzentralen, Gesundheitsämter und Wohlfahrtsverbände sind eingebunden, es erfolgt aber auch eine direkte Ansprache von Ärzten und Zahnärzten.

Begleitet wird die Kampagne durch ein PR- und medizinjournalistisches Netz mit entsprechenden Veröffentlichungen und eine eigens für die Kampagne konzipierte Website (www.mundkrebs.info).

In Einkaufspassagen, Rathäusern und Kreisverwaltungen in verschiedenen Orten Schleswig-Holsteins kommt eine aufblasbare begehbare Mundhöhle zum Einsatz, die regelmäßig große Aufmerksamkeit erregt.

Auch bei der diesjährigen NORLA wurde diese Mundhöhle am gemeinsamen Messestand der Ärzte und Zahnärzte präsentiert. Flankiert



wird die Präventionskampagne durch Berichterstattungen in Zeitungen und Fernsehen.

Alle diese Medien werden genutzt, um auf verschiedensten Wegen auf die Kernaussagen der Kampagne aufmerksam zu machen:

Anzeichen, Symptome und Risikofaktoren für Mundkrebs sowie die visuelle klinische Untersuchung der Mundschleimhäute im Rahmen der zahnärztlichen jährlichen Kontrolluntersuchung.

Die Resonanz der Projektgruppe fällt nach der ungefähren Halbzeit des Projektes positiv aus. Die Unterstützung durch verschiedene Institutionen Schleswig-Holsteins ist kontinuierlich gewachsen.

Diese subjektive Einschätzung wird durch die wissenschaftlichen Ergebnisse bestätigt, die deutlich zeigen, dass der erste wichtige Schritt einer Kampagne gelungen ist, nämlich



Wenig Aufwand – großer Nutzen:
Inspektion auf Mundschleimhautveränderungen

mmen.

„die Wahrnehmung“ des Themas. Gegenüber der Nullmessung vor dem Start der Kampagne ist die Wahrnehmung des Themas Mundkrebs erfreulich gestiegen.

Dies bestätigt auch, dass die Projektleitung mit ihrer Arbeitsgruppe in ihrer inhaltlichen und zeitlichen Gestaltung der Kampagne auf dem richtigen Weg ist. Die Projektleitung hofft natürlich, dass sich dieser erste positive Trend in der nächsten großen Befragungswelle Ende dieses Jahres weiter fortsetzen wird.

Diese positiven Ergebnisse haben zu der Entscheidung geführt, die Präventions-Kampagne bis 2014 innerhalb Schleswig-Holsteins weiterzuführen, natürlich auch ferner unter Einbindung der zahnärztlichen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen.

Sie haben weiterhin die Möglichkeit, die bereitgestellten Flyer und Poster zur Kampagne kostenlos per E-Mail anzufordern:
hertrampf@mkg.uni-kiel.de.

Weitere Informationen zur Kampagne finden Sie auf der Homepage der Zahnärztekammer:
www.zaek-sh.de,
Rubrik Praxisservice – Aktionen.

■ PD DR. KATRIN HERTRAMPF, MPH



Mit Faltblättern, Roll-up-Displays (o. re.) und Werbung an Einkaufswagen auf die Kampagne „Mundkrebs ist heilbar“ aufmerksam machen

Mund auf gegen Blutkrebs

Alle 16 Minuten erhält ein Patient in Deutschland die Diagnose „Blutkrebs“, unter den Erkrankten sind viele Kinder und Jugendliche. Zahlreichen betroffenen Patienten kann nur durch eine Stammzelltransplantation geholfen werden. Da höchstens 30 Prozent der Patienten einen geeigneten Spender innerhalb der Familie finden, ist der Großteil auf einen Fremdspender angewiesen.

Die Deutsche Knochenmarkspenderdatei (DKMS) hat es sich zur Aufgabe gemacht, Spender zu registrieren und zu vermitteln; sie hat seit Jahresbeginn auch die Bundeszahnärztekammer als Kooperationspartner gewonnen (siehe *Zahnärzteblatt*, Ausgabe Dezember 2012).

Unter dem Motto „Mund auf gegen Blutkrebs“ sind deutschlandweit Zahnärztinnen und Zahnärzte aufgerufen, ihre Patienten

über die einfache Registrierung und die Wichtigkeit der Stammzellspende zu informieren – und zwar beim Besuch in der Praxis.

Informationsmaterial zur Auslage in der Praxis – wie Flyer, das Magazin „leben“, ein Plakat – sowie Registrierungssets für den Wangenabstrich beim potentiellen Spender können Sie bestellen.

Das Informationsmaterial wird kostenlos zur Verfügung gestellt, für jede Registrierung erwartet die DKMS eine Spende in Höhe von 50 EUR zur Abdeckung der Laborkosten.

Informationen zur Aktion finden Sie auf der Homepage der Zahnärztekammer unter www.zaek-sh.de, Rubrik Praxisservice – Aktionen oder unter www.dkms.de.

DKMS/BZÄK



PKV-Kommentierung, was heißt das für uns?

Nach 24 Jahren wurde zum 1. Januar 2012 die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) novelliert. Statt einer wissenschaftlichen Beschreibung der Zahnheilkunde und adäquater Bewertung jeder einzelnen Leistung fand lediglich eine notdürftige Kaschierung der in die Jahre gekommenen GOZ 88 statt.

Diese Kompromisslösung ist Ursache vieler gebührenrechtlicher Streitpunkte zwischen Erstatterstellen und Zahnärzten. So unterblieb der große Wurf infolge einer Kompromisslösung. Einzelne gebührenrechtliche Streitpunkte wurden beigelegt, andere entstanden. Es gibt weiterhin Abrechnungsprobleme, weil Leistungen nicht in der GOZ beschrieben bzw. interpretationsbedürftig sind.

Bereits kurz nach der GOZ-Novellierung veröffentlichte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) einen bundeseinheitlichen GOZ-Kommentar. Dieser soll als Standardwerk des zahnärztlichen Gebührenrechts Krankenversicherungen, Beihilfestellen und Zahnärzten zur Bewertung gebührenrechtlicher Fragen dienen. Die Zahl der Zugriffe auf diesen Kommentar zeigt, dass das Ziel einer Zusammenstellung aller Fragen des zahnärztlichen Gebührenrechts mit der Veröffentlichung und ständigen Aktualisierung dieses Kommentars erreicht wurde. So entstand eine Leitlinie für die Auslegung der GOZ und damit eine Basis für gebührenrechtliche Gutachten, die in Gerichtsentscheidungen einfließen werden. Der GOZ-Kommentar entstand unter Mitwirkung der Länderzahnärztekammern und Einbeziehung wissenschaftlicher Gesellschaften. In ihn ist der gesamte Sachverstand der Zahnärzteschaft eingeflossen, deshalb hat er die Qualität einer sachverständigen Verlautbarung.

Seit Erscheinen des BZÄK-Kommentars bezog der Verband der Privaten

Krankenversicherungen (PKV) in der Beilage seiner Verbandszeitschrift „PKV Publik“ mehrfach Stellung zu verschiedenen Positionen des GOZ-Kommentars.

Der Verband ist der Ansicht, der GOZ-Kommentar der BZÄK habe keine Rechtsverbindlichkeit, sondern stelle lediglich eine Meinungsäußerung dar. Maßgeblich ist die im Rang einer Rechtsverordnung stehende GOZ.

Die GOZ ist aber – wie jeder Rechtssatz – grundsätzlich interpretationsfähig. An dieser Auslegung können sich einzelne PKV-Unternehmen, die BZÄK als Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V., aber auch der PKV-Verband e.V. beteiligen. Eine Deutungshoheit käme hierbei keinem zu. Letztlich werden die Gerichte, die GOZ rechtsverbindlich auslegen – bis hin zu höchstrichterlichen Entscheidungen.

Bis zu einer gerichtlichen Entscheidung gelten für den Zahnarzt die Auslegungen der zuständigen Fachaufsicht, also der jeweiligen Zahnärztekammer. Von der Kammer bestellte zahnärztliche Sachverständige sind gerichtlich akzeptierte objektive Gutachter bei fachlichen und gebührenrechtlichen Fragen. Die Zahnärztekammern sind als Körperschaften öffentlichen Rechts der Neutralität verpflichtet. Die BZÄK-Kommentierung der GOZ stellt deren konsenterte Rechtsauffassung dar.

Der PKV-Verband begründet das restriktive Erstattungsverhalten seiner Mitglieder bei unklaren Formulierungen oftmals mit Formulierungen in der amtlichen Begründung zur GOZ. Begründungen aber sind als bloße Absichtserklärungen nicht verbindlich, wenn sie sich nicht im Verordnungstext wiederfinden.

Erstattungskürzungen auf Grund von Interpretationsmöglichkeiten be-

treffen vorwiegend die Auslegung des Paragraphenteils der GOZ. Das bezieht sich auf die Analogberechnung nach § 6 Abs. 1, die medizinische Notwendigkeit nach § 1, die Steigerungsfaktorbegründungen nach § 5 und die Erstattung von Laborkosten nach § 9. Sowohl bei der Berechenbarkeit einzelner Leistungen, als auch bei der analogen Berechnung und der Wahl des Steigerungsfaktors sind einzig die Regelungen im allgemeinen Teil und im Leistungsverzeichnis der Verordnung relevant. Nur bei Unklarheiten sind andere Auslegungskriterien heranzuziehen. Das heißt die amtliche Begründung des Verordnungsgebers hat, sofern sie nicht in den Text der Verordnung aufgenommen wurde, keine Rechtsrelevanz.

Der PKV hat aktuell ebenfalls eine umfangreiche „Kommentierung der PKV zur Gebührenordnung für Zahnärzte“ herausgegeben. Zunächst beschränkt sich die Kommentierung auf den Leistungsteil, eine Kommentierung des Paragraphenteils soll folgen. Im Zahnheilkundengesetz wird in § 15 festgelegt, dass in der Gebührenordnung Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen sind. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen. Dieses Ziel des fairen Ausgleichs verfolgt, so Dr. Volker Leienbach in der Präambel, die PKV-Kommentierung. Inwiefern ausgerechnet der PKV-Verband mit seinen an Gewinnoptimierung orientierten Mitgliedern diesen Interessenausgleich erreichen will, erschließt sich nicht. Privatpatienten, Beihilfeberechtigte und Patienten mit Zusatzversicherungen werden benachteiligt, wenn vertragswidrige Erstattungskürzungen vorgenommen werden.

Der PKV-Kommentar beinhaltet eine synoptische Gegenüberstellung



Größte Studie zur Mundgesundheit in Deutschland gestartet

der GOZ 1988 zur GOZ 2012. In der Rubrik Leistungsinhalt wird versucht, die Leistungsinhalte für Laien anschaulich darzustellen, während im Anschlusskatalog die Nebeneinanderberechnungsfähigkeit verschiedener Gebührenpositionen dargestellt wird. Die abschließende Bewertung erfolgt unter dem Punkt Erläuterungen. Dort heißt es: „Hier wird dargelegt, wie mit den einzelnen Gebührenpositionen bei der Rechnungsstellung umzugehen ist. ... Besondere Berücksichtigung findet auch die Amtliche Begründung, die den Willen des Verordnungsgebers widerspiegelt.“ Die Analogliste der BZÄK oder der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie entwickelte Katalog zum Knochenmanagement finden im PKV-Kommentar keine Berücksichtigung.

In einem hat der PKV recht: Eine endgültige Klärung einzelner Auslegungsmöglichkeiten werden in vielen Fällen leider nur Gerichte herbeiführen können. Erinnerung sei hier an das Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes zur Abrechnung von Materialkosten aus dem Jahre 2004 (27. 5. 2004-III/RZ264/03).

Das für die Zahnärzteschaft verhängnisvolle Urteil hätte bei besserer Vorbereitung und rechtlicher Unterstützung unter Umständen vermieden werden können. Insofern bitten wir Sie, bevor Sie im Alleingang eine gerichtliche Entscheidung anstreben, sich vorher mit dem GOZ-Ressort in Verbindung zu setzen. Wir werden Sie beraten und bei Fällen von allgemeinem Interesse unterstützen.

■ DR. ROLAND KADEN
Vorstand Gebührenrecht

Wie gesund sind die Zähne der Deutschen und welche Faktoren beeinflussen die Mundgesundheit? Auf Fragen wie diese wird die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse bringen. Die Daten werden vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung erhoben.

Die 5. Mundgesundheitsstudie ist Ende Oktober gestartet; bis voraussichtlich Juni 2014 werden 4.000 repräsentativ ausgewählte Personen aus 90 über ganz Deutschland verteilten Gemeinden ausführlich befragt und zahnmedizinisch untersucht. Für Schleswig-Holstein wurden zunächst Großhansdorf und Norderstedt ausgewählt, die Untersuchungstermine in 2014 stehen noch nicht fest. Die Testpersonen stammen aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen. Alle Untersuchungen und Befragungen werden von speziell geschulten Zahnärzten und Interviewern vor Ort durchgeführt.

Die Daten der DMS V werden anonymisiert, durch das IDZ wissenschaftlich aufbereitet und im Rahmen eines Forschungsberichts voraussichtlich 2016 veröffentlicht.

Die Ergebnisse sollen helfen, den aktuellen Mundgesundheitszustand in Deutschland zu dokumentieren und Anhaltspunkte für mögliche Verbesserungen der zahnmedizinischen Vorsorge und Behandlung zu finden. Die Ergebnisse der letzten, im Jahr 2006 veröffentlichten Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigten, dass sich die Mundgesundheit in Deutschland dank erfolgreicher Prävention und



guter zahnärztlicher Versorgung deutlich verbessert hat.

„Als Wiederholungsuntersuchung gibt die DMS einen langfristigen Überblick über Zunahme oder Rückgang der oralen Erkrankungen. Sie liefert zentrale Daten für die Gesundheitsberichterstattung und die Versorgungsforschung. Damit ein wirklich repräsentatives Bild für Deutschland entsteht, ist eine hohe Beteiligung an der Studie bedeutend“, erklärt Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

„Die DMS V hilft uns, Versorgungsdefizite frühzeitig zu erkennen und im System der gesetzlichen Krankenversicherung gegenzusteuern“, verdeutlicht Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

Die letzte DMS hatte beispielsweise Herausforderungen im Bereich der Alters- und Behindertenzahnmedizin aufgezeigt. Die Zahnärzteschaft hat hierzu ein umfassendes Versorgungskonzept vorgelegt, das der Gesetzgeber in einem ersten Aufschlag aufgenommen hat. Ein wichtiges Thema bleibt die Prävention von Parodontalerkrankungen, deren Häufigkeit wird ein Schwerpunkt der DMS V sein.

Die Studie wird rund 2 Millionen Euro kosten, die sich BZÄK und KZBV teilen.

Bei Rückfragen zur Studie:
IDZ-Koeln, www.idz-koeln.de,
Tel. 0221/4001-146

BZÄK/ZÄK SH

Im Kurzporträt

Neue Gesichter in der Kammerversammlung

Arne Döhring

Mit 32 Jahren ist Arne Döhring der jüngste Delegierte der Kammerversammlung in Kiel. Der Zahnarzt aus Heiligenhafen wurde mit 14 weiteren Neuen in das Ehrenamt gewählt.

„Die Idee wurde im Kreisverein geboren. Der Kollege Levering sprach mich darauf an. Da ich es für wichtig halte, dass wir Zahnärzte unser Berufsbild und die Bedingungen aktiv mitgestalten, habe ich kandidiert. Ich freue mich, dass ich gleich gewählt wurde“, sagt er.

In einem Ausschuss wird Döhring noch nicht mitarbeiten. „Das ist aus meiner Sicht gut so. Ich bin noch nicht so lange im Beruf, dass ich viele Erfahrungen einbringen könnte. Ich kann mich jetzt erst einmal einfinden in diese Tätigkeit. Dennoch sehe ich Schwerpunkte, für die ich mich besonders engagieren möchte.“ Zum Beispiel für den Bereich der zahnmedizinischen Prävention. „Wir müssen schon im Kindergarten damit beginnen. Aber ich sehe auch die Defizite im Bereich der Pflegebedürftigen. Da wir zu dritt in unserer Praxis sind, können wir es leisten, auch Hausbesuche bei einigen Patienten im Altenheim zu machen. Das Pflegepersonal braucht mehr Schulung und Unterstützung für eine altersgerechte Zahnpflege. Aber ich sehe auch, dass die Mitarbeiter der Einrichtungen unter hohem Zeitdruck stehen.“

Aus den Erfahrungen in der Praxis ist auch dieser Schwerpunkt geboren: sich einzusetzen für eine bessere Werbung um qualifizierten Nachwuchs an Praxismitarbeiterinnen. „Wir brauchen ein gut funktionierendes Team. Besonders in ländlicheren Gebieten ist es heute nicht leicht, ge-

eignete Kräfte zu finden. Wir müssen klar machen, dass das Berufsfeld interessant ist, Vielfalt und Aufstiegsmöglichkeiten bietet. Man lernt, eigenständig zu arbeiten und Verantwortung zu übernehmen. Viele der jungen Frauen wissen nicht, dass auch die Position der Verwaltungsassistentin für sie interessant sein könnte und ihnen später auch der Weg in andere Berufe offen steht.“ Sein Augenmerk möchte Döhring auch auf die Hygieneverordnung richten. „Es ist so wichtig, dass die Kammer die Vorschriften unter Dr. Kai Voss so gut aufbereitet hat mit Leitlinien und Checklisten. Die Verordnung ist eine Mammutaufgabe für Praxen. Wir müssen uns da gegenseitig unterstützen.“

Döhring, der in Hamburg geboren wurde, wuchs in Heiligenhafen auf und arbeitet jetzt dort zusammen mit einem Kollegen und seinem Vater, der die Praxis aufgebaut hat. Vater und Sohn als Kollegen – geht das so reibungslos? „Ja“, antwortet er spontan. Nach dem Studium in Kiel und der Assistenzzeit ab 2008 in Nortorf habe er zunächst angestellt in der väterlichen Praxis mitgearbeitet und sich dann 2012 als dritter Partner selbstständig gemacht.

„Wir sind ein sehr gutes Team. Und auch wenn unsere Gemeinschaftspraxis bewusst alle Behandlungsbereiche abdeckt und wir uns alle als Generalisten verstehen, kann jeder von uns doch noch zusätz-



lich Schwerpunkte setzen. Für mich ist es bisher die Endodontie, in der ich mich bereits besonders fortgebildet habe.“

Privat hat bei Arne Döhring jetzt erst einmal die Familie absoluten Vorrang. Mit seiner Ehefrau hat er zwei kleine Kinder, die ein Jahr und vier Jahre alt sind. Dass da kaum noch Zeit für Hobbies ist, bedauert er nicht. „Es ist sehr erfüllend, für den Nachwuchs da zu sein“, unterstreicht er. „Ich freue mich immer, wenn ich es schaffe, die Kinder abends ins Bett zu bringen. Entsprechend versuche ich mir die Arbeitszeit einzuteilen.“

■ CORNELIA MÜLLER

Thorsten-Jörg Sender

„Die Politik hat die zahnärztliche Versorgung älterer Menschen, die pflegebedürftig sind, zu wenig im Blick“, sagt Thorsten-Jörg Sender. Der Zahnarzt aus Flensburg, der erstmals in die Kammerversammlung gewählt wurde, will dieses Thema mehr in den Fokus gerückt sehen.

Sender besitzt seit 2005 in Flensburg eine Praxis, die er allein betreibt. Mit seinen drei Mitarbeiterinnen – „eigentlich sind es sogar vier, denn die Dame, die unsere Räume sauber macht, trägt mit dazu bei, dass der Ablauf gut funktioniert“ – versteht sich der 47-Jährige ganz klar als Team. „In einer so kleinen Praxis ist man natürlich Generalist und kann sich nicht völlig spezialisieren. Die Prophylaxe liegt mir dabei sehr am Herzen. Das gilt für alle Altersgruppen. Ich habe mir auf die Fahnen geschrieben, mich auch um Pflegebedürftige zu kümmern. Ich betreue eine Pflegeeinrichtung zahnärztlich und mache dort auch Hausbesuche, wenn es nötig ist“, sagt er. Die Zahnärzteschaft habe das Problem, dass sich mangelnde Zahnpflege im Alter zu schwerwiegenden Komplikationen auswachsen kann, erkannt. „Wir müssen hier nicht nur noch mehr Überzeugungsarbeit etwa beim Pflegepersonal in den Einrichtungen leisten. Die notwendige und aufwändigere Betreuung durch Zahnärzte muss auch von der Politik gesehen werden. Das sollte sich aus meiner Sicht auch in der Liquidation niederschlagen. Hier gibt es Handlungsbedarf.“

Sender stammt aus Nordrhein-Westfalen. Durch das Studium in Kiel lernte er den Norden zu schätzen: „Ich habe Schleswig-Holstein nach dem Studienabschluss auch durch meine mehrjährige Zeit als angestellter Zahnarzt und durch Vertre-

tungen in verschiedenen Praxen näher kennengelernt. Ich habe beispielsweise in Plön, Elmshorn und Eutin gearbeitet. Es gefällt mir sehr gut hier oben. Als ich die Praxis in Flensburg übernehmen konnte, war ich glücklich. Die Stadt ist einfach schön.“ Hier hat er auch die Arbeit des Kreisvereins schätzen gelernt und besucht fast alle Fortbildungen. „Das ist für mich auch ein sehr wichtiges Gremium, in dem man sich austauscht und Zusammenarbeit organisiert, wie etwa bei beim Notdienst“, betont er.

Im Kreisverein wurde Sender angesprochen, sich als Kammerdelegierter zur Verfügung zu stellen. „Ich hatte mir darüber bisher keine konkreten Gedanken gemacht“, räumt er ein. „Doch ich halte es für wichtig, dass wir uns für unsere Freiberuflichkeit stark machen und die Selbstverwaltung unterstützen. Also habe ich spontan Ja gesagt und bin auch gewählt worden. Ich freue mich auf die Aufgabe, wenngleich ich mich erst einmal einarbeiten muss.“ In einem Ausschuss wird er zunächst noch nicht mitarbeiten. „Aber mir ist sehr wichtig, dass Bürokratie und Verwaltungsarbeit nicht überhand nehmen. Dafür möchte ich mich einsetzen. Gerade für eine kleine Praxis sind man-



che Kontrollmechanismen und Dokumentationsvorschriften völlig unrealistisch. Der Aufwand ist viel zu hoch und kostet enorm viel Zeit.“

Die Praxis allein zu führen, ist arbeitsintensiv. Sender: „Da ist es prima, wenn man hier oben am Wasser lebt. Wir haben eine wunderbare Umgebung. Ich finde immer den Ausgleich zur Tätigkeit in der Praxis. Ich fahre viel mit dem Rad, ich gehe gern spazieren. Da ich ledig bin und keine Kinder habe, habe ich auch die Zeit, in unserer schönen Stadt viel zu unternehmen.“

■ CORNELIA MÜLLER

Informationen zur App „Zahnarztsuche“

Seit Juli 2013 können sich alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte für die neue KZBV-App „Zahnarztsuche“ eintragen. In den ersten 12 Wochen haben sich rund 10.000 Zahnärzte registriert.

Mit der App sollen Patienten bundesweit an jedem Standort schnell und unkompliziert über ihr Smartphone einen Zahnarzt suchen und finden können.

Zahnärzte können sich in der App über eine webbasierte Datenmaske registrieren, die wenige Pflichtfelder enthält und weitere freiwillige Angaben ermöglicht. Nach der Eingabe kann der Zahnarzt seine Daten mithilfe

einer elektronischen Signatur (ZOD – Zahnärzte Online Deutschland) bestätigen oder das Dokument mit seinen Daten ausdrucken und unterschrieben an die KZBV senden. Erst wenn der Datensatz erfolgreich signiert bzw. das unterschriebene Dokument bei der KZBV eingegangen ist, werden die Daten für die App freigeschaltet. Die App wird veröffentlicht und zum kostenlo-

sen Download bereitgestellt, wenn sich eine ausreichende Zahl von Zahnärzten eingetragen hat.

Link zur Datenerfassung
<https://appdaten.kzbv.de>
Zugangsdaten
 Benutzername: appdaten
 Passwort: kzbvapp

Fragen und Antworten

Kostet der Eintrag für die App etwas?
 Nein, der Eintrag ist kostenlos. Auch die App wird später gratis angeboten.
Wer kann seine Daten für die App eintragen?

Es können sich alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus dem Bundesgebiet eintragen.

Welche Spezialgebiete dürfen angegeben werden?

Bei der Angabe der Spezialgebiete handelt es sich um eine Selbsteinschätzung. Sie müssen der KZBV keine Nachweise über Fortbildungen schicken. Es können maximal drei Spezialgebiete pro Zahnarzt angegeben werden. Bietet eine Praxis alles an, ist keine Auswahl nötig.

Wie werden die Daten übertragen?

Die eingetragenen Daten werden über eine gesicherte Verbindung an die KZBV übermittelt.

Wo werden die Daten gespeichert?

Die eingegebenen Daten werden in den geschützten Datenbanken der KZBV gespeichert.

Wie lange bleiben die Daten gespeichert?

Die Daten bleiben so lange gespeichert, bis die Einwilligung dazu schriftlich widerrufen wird. Das ist jederzeit möglich. KZBV

Zahnarzt und Gelontologe:

Dr. Günter Willumeit (1941–2013)

Im Alter von 71 Jahren verstarb unser Kollege Dr. Günter Willumeit aus Bad Segeberg nach schwerer Krankheit. Willumeit war bundesweit bekannt als Humorist „Bauer Piepenbrink“.

Er kam als Flüchtlingskind aus Ostpreußen nach Holstein, machte 1962 sein Abitur an der Dahlmansschule in Bad Segeberg und studierte Zahnmedizin in Kiel, wo er 1970 das Staatsexamen ablegte. Anschließend betrieb er 25 Jahre lang seine Zahnarztpraxis in der Lindenstraße in Bad Segeberg.

Sein komödiantisches Talent zeigte sich früh. Schon als Jugendlicher trat er auf Betriebsfesten auf, um sein Taschengeld aufzubessern. Er perfektionierte seinen schnoddrigen trockenen Humor und hatte regelmäßige Auftritte in Funk und Fernsehen, u. a. als Wirt in der Reihe „Lüders Krug“. Die Stammkneipe des ostpreußischen Holsteiners war übrigens das „Bräustübl“.

Er beherrschte zahllose Dialekte. Mit seinen Parodien auf Heinz Moser, Theodor „Papa“ Heuss und Heinz Rühmann brachte er die Hauptversammlung des Freien Verbandes in Lübeck (2004) zum Lachen. Er war fast 40 Jahre Mitglied des FVDZ und noch länger des Segeberger Zahnärztereins.

Ich lernte ihn kennen und schätzen als Nachbarn und Kollegen. Auch im persönlichen Umgang war er humorvoll und warmherzig – Humor auf Kosten anderer (wie es heute gang und gebe ist) war nicht seine Sache.

Willumeit hatte sich der Gelontologie verschrieben – der Wissenschaft vom Lachen. Darüber dozierte er gerne. Auch sich selbst und seinen Berufsstand nahm er immer wieder humorvoll aufs Korn. Damit leistete er auch einen Beitrag zum Image des Zahnarztes. „Mensch bleiben“, hätte Adolf Tegtmeier gesagt – Piepenbrink wird uns fehlen.

Dr. Joachim Hüttmann

Versorgungsgradzahlen aus dem Bedarfsplan

(Stand: 1. Oktober 2013 · Behandlungsfälle II. Quartal 2013) – Bezugnehmend auf unseren Artikel auf den amtlichen Seiten des Zahnärzteblattes 5/2007, Seite 26, weisen wir nochmals auf den rein informativen Charakter der nachfolgenden Daten hin.

Planungsblatt B – Zahnärztliche Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	132.600	78,9	67	6,25	73,25	0	73,25	92,8
2	Flensburg	83.324	49,6	55	6,25	61,25	0	61,25	123,5
3	Kiel	239.759	187,3	199	23,50	222,50	1	221,50	118,3
4	Kreis Lauenburg	188.108	112,0	92	10,00	102,00	0	102,00	91,1
5	Lübeck	211.993	165,6	160	16,50	176,50	0	176,50	106,6
6	Neumünster	76.917	45,8	49	10,00	59,00	0	59,00	128,8
7	Kreis Nordfriesland	162.085	96,5	83	11,25	94,25	1	93,25	96,6
8	Kreis Ostholstein	197.661	117,7	129	5,75	134,75	1	133,75	113,6
9	Kreis Pinneberg	299.233	178,1	174	19,50	193,50	1	192,50	108,1
10	Kreis Plön	126.559	75,3	69,5	6,50	76,00	0	76,00	100,9
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	268.018	159,5	163	23,25	186,25	1	185,25	116,1
12	Kreis Schleswig-Flensb.	194.808	116,0	110	5,00	115,00	1	114,00	98,3
13	Kreis Segeberg	262.073	156,0	148,5	22,50	171,00	1	170,00	109,0
14	Kreis Steinburg	130.118	77,5	67	12,00	79,00	1	78,00	100,6
15	Kreis Stormarn	233.055	138,7	137,5	16,00	153,50	1	152,50	109,9

Planungsblatt C – Kieferorthopädische Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl (0 – 18 J.)	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte + Ermächt.	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	24.443	6,1	4	1,50	5,50	0	5,50	90,2
2	Flensburg	14.437	3,6	4	0,50	4,50	0	4,50	125,0
3	Kiel	36.505	9,1	13	1,50	14,50	1	15,50	170,3
4	Kreis Lauenburg	35.116	8,8	7	0,00	7,00	0	7,00	79,5
5	Lübeck	34.411	8,6	6	1,25	7,25	0	7,25	84,3
6	Neumünster	14.067	3,5	8	0,00	8,00	0	8,00	228,6
7	Kreis Nordfriesland	29.872	7,5	4	0,50	4,50	1	5,50	73,3
8	Kreis Ostholstein	32.651	8,2	7	0,00	7,00	1	8,00	97,6
9	Kreis Pinneberg	55.289	13,8	13	2,00	15,00	1	16,00	115,9
10	Kreis Plön	22.790	5,7	8	0,00	8,00	0	8,00	140,4
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	51.006	12,8	17	0,50	17,50	1	18,50	144,5
12	Kreis Schleswig-Flensb.	37.252	9,3	4	0,00	4,00	1	5,00	53,8
13	Kreis Segeberg	48.592	12,1	13	0,00	13,00	1	14,00	115,7
14	Kreis Steinburg	24.180	6,0	3	0,00	3,00	1	4,00	66,7
15	Kreis Stormarn	43.428	10,9	10	1,00	11,00	1	12,00	110,1

Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

Bitte beachten Sie zur Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss folgende Termine:

Dezember-Sitzung 2013

Anträge für die Dezember-Sitzung 2013 müssen bis zum 27. 11. 2013 vollständig vorliegen.

März-Sitzung 2014

Anträge für die März-Sitzung 2014 müssen bis zum 26. 2. 2014 vollständig vorliegen.

Juni-Sitzung 2014

Anträge für die Juni-Sitzung 2014 müssen bis zum 28. 5. 2014 vollständig vorliegen.

Verzicht zum 31. 3. 2014

einreichen bis zum 31. 12. 2013.

Verzicht zum 30. 6. 2014

einreichen bis zum 31. 3. 2014.

Veränderungen in der wöchentl. Arbeitszeit von angest. Zahnärzten od. d. Beschäftigungsende müssen dem Zulassungsausschuss umgehend mitgeteilt werden.

EU-Einheitlichkeit im Zahlungsverkehr:

Kammer und Versorgungswerk stellen auf das SEPA-Verfahren um

Den Begriff SEPA hat jeder in den letzten Monaten in der Presse gelesen und zu verschiedensten Gelegenheiten gehört. Möglicherweise sind Ihnen in unterschiedlichsten Zusammenhängen bereits Informationsschreiben zugesandt worden. Teilweise haben die Banken die Darstellung der Kontoauszüge bereits angepasst. Nun stellen auch Zahnärztekammer und Versorgungswerk auf das SEPA-Basislastschriftverfahren um.

Single Euro Payments Area ist dabei nichts anderes als die Abkürzung für den einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraum. Bereits 2008 wurde im Rahmen des SEPA-Verfahrens die EU-Standardüberweisung eingeführt. Dieses Verfahren umfasst auch das Lastschriftverfahren, das nach der Verordnung (EU) Nr. 260/2012 spätestens ab dem 1. Februar 2014 verbindlich ist.

Statt der bislang in Deutschland verwendeten Kontonummer und Bankleitzahl kommen bei der SEPA-Überweisung die IBAN (International Bank Account Number/ Internationale Bankkontonummer) und der BIC (Business Identifier Code/ Internationale Bankleitzahl) zum Einsatz. Damit wird das Konto des Zahlungsempfängers EU-weit (plus EWR, Schweiz, Monaco) eindeutig bestimmt. BIC entspricht dem SWIFT-Code und wird (nur) im grenzüberschreitenden Zahlungsverkehr benötigt.

SEPA-Lastschrift

In den nächsten Wochen schreiben wir alle Mitglieder an, die das bisherige Einzugsverfahren nutzen, um auf die bevorstehende Umstellung auf die SEPA-Lastschrift hinzuweisen und um Überprüfung der von uns ermittelten IBAN und BIC bitten. Sollte Ihnen dabei eine Abweichung auffallen, bitten wir um Ihre Mithilfe.

Selbstverständlich kann auch bei der SEPA-Lastschrift der Abbuchung widersprochen werden und zwar innerhalb von acht Wochen, gerechnet ab dem Buchungsdatum, in besonderen Fällen sogar bis auf 36 Monate.

SEPA-Überweisung

Wer Zahlungen per Einzelüberweisung oder Dauerauftrag leistet, muss meist selbst aktiv werden und jetzt, spätestens bis zum 1. Februar 2014 auf die SEPA-Überweisung mit der neuen Bankverbindung umstellen. Einige Banken machen dies von sich aus als Service-Leistung.

Für Zahlungen an des Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE56 3006 0601 0001 4927 56
BIC DAAEDED

Commerzbank AG
IBAN DE32 2104 0010 0727 2222 00
BIC COBADEFF

Für Zahlungen an die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE42 3006 0601 0001 959093
BIC DAAEDED

Weitere Informationen zum Thema „SEPA“ erhalten Sie bei Ihrer Bank oder z. B. auf www.sepadeutschland.de.

VW, ZÄK

Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

Kurs-Nr.: 13-02-043 **Update Parodontologie**

Dr. Moritz Kebschull, Bonn
Samstag, 30. 11. 2013
9.00 Uhr – 17.00 Uhr
Heinrich-Hammer-Institut
225 Euro für ZÄ
Punktebewertung: 9

Die moderne Parodontaltherapie versucht mit minimal-invasiven Konzepten eine Ausheilung der parodontalen Erkrankung zu erzielen. Hierbei haben sich in vielen Bereichen dieser Disziplin Änderungen zum traditionellen Vorgehen ergeben.

Ziel dieses Updates ist es, die Neuerungen im Bereich der Parodontitistherapie praxisnah aufzubereiten. Dabei werden die aktuellen Konzepte für die antiinfektiöse Therapie, die chirurgische Parodontaltherapie sowie die Schnittstellen zur Prothetik und Implantologie behandelt.

Darüber hinaus werden auch Verbindungen zur Allgemeinmedizin geknüpft und eine Übersicht über die ästhetische Parodontaltherapie gegeben.

Anschließend werden wesentliche Lerninhalte in Übungen am Schweinekiefer praktisch umgesetzt und organisatorische Maßnahmen zur Anwendung des Gelernten in der eigenen Praxis erarbeitet.



Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

Information – Anmeldung:

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein · Heinrich-Hammer-Institut · Westring 496 · 24106 Kiel
Tel. 0431/260926-80 · Fax 0431/260926-15 · E-Mail: hhi@zaek-sh.de · www.zaek-sh.de – Rubrik Fortbildung

Auszubildende:

Berufsschulunterricht und Arbeitszeit

Was ist nach dem Gesetz zum Schutz der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz – JArbSchG) und dem Arbeitszeitgesetz (ArbZG) zu beachten?

- ▶ **Auszubildende sind für die Teilnahme am Berufsschulunterricht freizustellen.**

Auch wenn die Erledigung in der Praxis anfallender Arbeiten noch so dringend ist – die Ausbildungspraxis hat grundsätzlich keinen Rechtsanspruch auf Beurlaubung der Auszubildenden von der Berufsschule.

- ▶ **Der Unterricht beginnt vor 9.00 Uhr:**

Für alle Auszubildenden keine Praxis vor der Schule.

- ▶ **Anrechnung des Berufsschulunterrichts auf die Arbeitszeit:**

Die tatsächliche Unterrichtszeit wird auf die Arbeitszeit angerechnet (mit Pausen und mit Wegezeiten, die in der üblichen Praxisarbeitszeit liegen würden).

Ausnahme:

Auszubildende vor dem 18. Geburtstag (= Jugendliche):

1 Berufsschultag mit mehr als 5 Unterrichtsstunden von mindestens je 45 Minuten wird 1-mal in der Woche mit 8 Stunden auf die Arbeitszeit angerechnet.

- ▶ **Maximal zulässige Arbeitszeit:**

Für Auszubildende vor dem 18. Geburtstag gilt wie für alle Jugendlichen: maximal 8 Stunden pro Tag;

bei Ausgleich in der gleichen Woche auch 8,5 Stunden möglich.

Die wöchentliche Arbeitszeit darf 40 Stunden nicht überschreiten.

Für Auszubildende ab dem 18. Geburtstag gilt wie für alle volljährigen Arbeitnehmer im Regelfall: maximal 8 Stunden pro Tag;

wenn innerhalb von 6 Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wo-

chen im Durchschnitt 8 Stunden werktäglich nicht überschritten werden, auch 10 Stunden möglich.

Bei der Berechnung der zulässigen Arbeitszeit wird auch der Berufsschulunterricht wie erläutert angerechnet.

- ▶ **Pausen:**

Für Auszubildende vor dem 18. Geburtstag gilt wie für alle Jugendlichen:

Arbeitszeit 4,5 bis 6 Stunden: Pause(n) mindestens 30 Minuten

Arbeitszeit über 6 Stunden: Pause(n) mindestens 60 Minuten

Für Auszubildende ab dem 18. Geburtstag gilt wie für alle volljährigen Arbeitnehmer:

Arbeitszeit über 6 bis 9 Stunden: Pause(n) mindestens 30 Minuten

Arbeitszeit über 9 Stunden: Pause(n) mindestens 45 Minuten

Für alle: Mindestdauer 1 Pause 15 Minuten

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

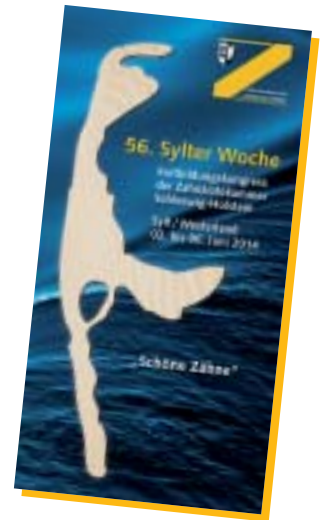
Jobbörse

Endodontie Hamburg

Langj. etabl. Praxis mit TSP Implantologie (zertifiziert) in HH (NW, 25 Min. v. Zentrum) su. angest. ZÄ/ZA (Teilz. ca. 20–25 Std) mit TSP Endodontie/ggf. Curriculum ab Mai/ Juni 2014. Wir sind ein eingespieltes Team, auf allen Gebieten der ZMK (außer KFO) tätig m. eig. Praxislabor. Wir bieten: regelm. Fortb. u. flexible Arbeitsmöglichkeiten.

Bewerbung an:

n.keridis@t-online.de



Personalien

Wir gratulieren:

80. Geburtstag

29. November Dr. Paul-Robert Böhme, Schenefeld

75. Geburtstag

26. November Dr. Helga Schweer, Westensee

19. Dezember Dr. Hans Klinkenberg, Glücksburg

70. Geburtstag

16. November Dr. Gerhard Martschke, Flensburg

1. Dezember Dr. Ingo Dietrich, Sereetz

5. Dezember Dr. Asmus Denks, Aventoft

65. Geburtstag

15. November Bo Richard Lindström, Wilster

Hartmut Tiedtke, Bohnert

22. November Dr. Horst Laube, St. Peter-Ording

26. November Bernd Einfalt, Kiel

7. Dezember Dr. Rüdiger von Fehrenheil, Ahrensburg

15. Dezember Dr. Michael Passow, Norderstedt

In memoriam

Wir betrauern das Ableben unserer Kollegen

Dr. Harry Schütz, Bad Oldesloe

geb. 2. Juli 1921

verst. 26. September 2013

Peter Jordan, Eckernförde

geb. 6. November 1950

verst. 27. September 2013

Dieter Radosch, Hattstedt

geb. 24. Mai 1941

verst. 11. Oktober 2013

Dr. Günter Willumeit, Bad Segeberg

geb. 10. Dezember 1941

verst. 17. Oktober 2013

Dr. Hartmut Conrad, Molfsee

geb. 30. April 1921

verst. 20. Oktober 2013

Knappes Votum für Pflegeberufekammer

In einer im Auftrag des Landes durchgeführten Umfrage unter 1170 Alten- und Pflegekräften in Schleswig-Holstein hat sich eine knappe Mehrheit der Befragten für die Errichtung einer Pflegeberufekammer ausgesprochen.

Demnach stimmten 51 Prozent für die Kammergründung, 24 Prozent dagegen. Ein Viertel der Befragten hat sich noch keine Meinung gebildet. Zwei Drittel sehen in einer Pflegekammer eine Vertretung der beruflich Pflegenden, die der Pflege eine einheitliche Stimme in Politik und Öffentlichkeit geben und deren Position im Gesund-

heitswesen stärken könnte. Zugleich wird bezweifelt, dass eine Kammer die Probleme wie etwa Fachkräftebedarf und niedrige Löhne lösen könne. Die höchsten Zustimmungswerte gab es im Bereich der Krankenpflege.

Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Kristin Alheit (SPD) kündigte an, die Erkenntnisse der Umfrage bei der Errichtung der Kammer nutzen zu wollen. Dazu soll noch in diesem Jahr eine Pflegekammer-Konferenz stattfinden, um Verbände, Organisationen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern und weitere Beteiligte über den

Stand des Verfahrens zu informieren und sich abzustimmen. Ein für 2014 angestrebtes Pflegekammergesetz soll die Voraussetzungen zur Bestellung eines Ausschusses schaffen, der dann eine Kammerwahl vorbereiten kann.

Die sozialpolitische Sprecherin der CDU-Landtagsfraktion, Katja Rathje-Hoffmann, sieht keine Vorteile für die Pflegenden durch eine Kammergründung. Das knappe Votum sei alles andere als ein deutlicher Ruf der Pflegenden nach einer Pflegekammer.

Ärztezeitung

Freie Berufe:

Präsidium zurückgetreten

Das gesamte Präsidium des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB) ist zurückgetreten, darunter auch der bisherige BFB-Präsident, Zahnarzt Dr. Rolf Koschorrek.

Der Rücktritt erfolgte im Rahmen einer Mitgliederversammlung bereits am 15. Oktober. Zur Begründung hieß es seitens des Verbandes: „Um die Voraussetzungen für eine Neuausrich-

tung zu schaffen, hat das amtierende Präsidium auf der Mitgliederversammlung seine Ämter zur Verfügung gestellt.“ Bereits am 10. Dezember 2013 soll ein neues Präsidium gewählt werden, hieß es.

Hintergrund ist eine schon länger schwelende Krise des Verbandes, die zum Austritt der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Ende des Jahres führte. Die BÄK teilte zu den Gründen mit, dass sie die Idee einer Selbstorganisation freier Berufe grundsätzlich für gut halte. „Allerdings waren im BFB die Interessen so vielfältig und mitunter konträr zueinander liegend sowie die Haushaltspolitik des Verbandes so intransparent, dass wir für eine Fortführung der Mitgliedschaft keine Veranlassung mehr gesehen haben“, sagte BÄK-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery.

Dem Verband gehören nach eigenen Angaben rund 50 Organisationen an.

ÄND

BGH: Dokortitel nicht ins Personenstandsregister

Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass akademische Grade nicht in das Personenstandsregister gehören (Az.: XII ZB 526/12). Im konkreten Fall hatte 2011 ein Vater in Bayern verlangt, dass sein Titel „Doktor med.“ zum Namen des Vaters in die Geburtsurkunde seines Sohnes eingetragen wird. Der Standesbeamte trug zwar die Vaterschaft ins Geburtenregister ein, ließ aber den akademischen Titel weg. Seit der Anfang 2009 in Kraft getretenen Reform des Personenstandsgesetzes ist umstritten, ob ein Dokortitel zumindest auf Antrag noch in die Urkunden eingetragen werden kann. Das Oberlandesgericht Nürnberg wies das Standesamt an, den Dokortitel mit einzutragen. Diese Entscheidung hob der BGH nun auf und betonte, dass die Eintragung akademischer Grade schon früher mehr ein Gewohn-

heitsrecht gewesen sei. Der Gesetzgeber sei aber befugt, solches Gewohnheitsrecht außer Kraft zu setzen. Nach geltendem Recht werden Vor- und Familiennamen der Eltern eingetragen, „sowie auf Wunsch eines Elternteils seine rechtliche Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, die Körperschaft des öffentlichen Rechts ist“. Die Reform sei vor dem Hintergrund der Einführung elektronischer Personenstandsregister zu sehen. Laut Gesetzesbegründung sollte eine „Reduzierung der Beurkundungsdaten auf das für die Dokumentation des Personenstandes erforderliche Maß“ erreicht werden. Akademische Titel seien in der neuen Definition des Personenstandes nicht mehr enthalten. Eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsrechte ergebe sich daraus nicht.

Ärztezeitung

Medizinklima-Index:

Ärzte bleiben skeptisch

Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten beurteilen ihre wirtschaftliche Situation zurzeit positiver als je zuvor – bleiben aber skeptisch für die Zukunft.

Der aktuelle Medizinklima-Index (MKI) der Stiftung Gesundheit hat mit einem Index von -2,6 seinen höchsten Wert seit Beginn der Erhebungen im Jahr 2006 erreicht, im Frühjahr lag er bei -6,4.

Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen - vor allem bei den Erwartungen für die Zukunft. So schätzen 28,5 Prozent der niedergelassenen Humanmediziner die aktuelle wirtschaftliche Lage

laut dem Medizinklima-Index als gut ein, 54,5 Prozent sind zufrieden, während 17,1 Prozent die Lage als schlecht empfinden. Die Erwartungen für die kommenden sechs Monate sind bei 9,7 Prozent gut, 50 Prozent erwarten Kontinuität und 40,3 Prozent schauen düster in die Zukunft. Der Medizinklima-Index der Ärzte liegt damit bei -9,6.

Spitzenreiter beim Optimismus sind die Zahnärzte mit einem Medizinklimaindex von +15,6. Sehr viel positiver als noch vor einem halben Jahr blicken die Psychologischen Psychotherapeuten mit einem MKI von +6,3 in die Zukunft. Sie lagen im Frühjahr bei -7,0.

Ärzteblatt

Bachelor

Dentalhygiene und Präventionsmanagement

Im Wintersemester 2013 wird erstmalig an der Hochschule für Gesundheit und Soziales in Köln ein Bachelor of Science in Dentalhygiene und Präventionsmanagement angeboten.

Den neuen Studiengang können Abiturienten und ausgebildete Zahnärztliche Fachangestellte (ZFA) aufnehmen. Letztere können die Studiendauer verkürzen. Abiturienten werden parallel zum Zahnärztlichen Fachangestellten ausgebildet.

Neben der theoretischen Ausbildung lernen die Studenten sowohl in Praxen, die mit der Hochschule kooperieren, als auch an Modellen, also an lebensgroßen Puppenköpfen mit nachgebildetem Gebiss. Zur Ausbildung gehören Konflikt- und Notfallmanagement sowie Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre und des Gesundheitssystems. Die Studiengebühren betragen 600 Euro im Monat. Über die Notwendigkeit eines solchen

Studienganges wird weiterhin gestritten. Befürworter nennen die zunehmende Alterung der Gesellschaft als Argument. Mit dem Bachelor, so wirbt die Hochschule, werde gut ausgebildetes Fachpersonal schneller verfügbar als über den üblichen Weg. Die fertigen Dentalhygieniker seien dann auch qualifiziert, eine ganze Prophylaxe-Abteilung in einer Praxis zu leiten. Beate Gatermann, Vorsitzende des Deutschen Dentalhygienikerinnen Verbands, erklärte, die Unterstützung der Zahnärzte für den Bachelor in Dentalhygiene sei mittlerweile groß.

Die Bundeszahnärztekammer bleibt hingegen skeptisch: „Ich halte den Bachelorstudiengang Dentalhygiene für überflüssig“, sagte der Niedersächsische Kammerpräsident Dr. Michael Sereny. „Damit wird eine höhere Qualifikation suggeriert, in der Praxis wird aber das Gegenteil der Fall sein.“ Von den Praxen erwarte er daher Zurückhaltung.

FAZ

IfW warnt vor Defizit der Sozialkassen

Derzeit schwimmen offenbar alle im Geld und bei den Koalitionsverhandlungen wird eine Milliarde nach der anderen verfrühstückt. Das dicke Ende kommt aber offenbar früher als gedacht.

Nach Berechnungen des Kieler Instituts für Weltwirtschaft (IfW) werden die Sozialkassen nämlich schon nächstes Jahr 4,4 Milliarden Euro mehr ausgeben, als sie einnehmen. Gründe seien unter anderem die gesetzlich vorgesehene Senkung des Rentenbeitrags um 0,6 Punkte (die inzwischen aber schon zur Disposition steht) sowie die Abschaffung der Praxisgebühr und der Wegfall des Zwangsrabatts für Arzneien, erklärte IfW-Finanzexperte Dr. Alfred Boss. Demnach wird 2014 die Bundesagentur für Arbeit (BA) die einzige der großen Sozialkassen sein, die noch leicht schwarze Zahlen schreibt. Ohne Beitragserhöhung rutsche dagegen die Pflegeversicherung leicht ins Minus.

Auch Krankenkassen plus Gesundheitsfonds drohten erstmals seit 2009 wieder rote Zahlen, die allerdings kurzfristig aus vorhandenen Rücklagen leicht gedeckt werden könnten, sagte Boss. Zudem steigen die Kosten für den Arbeitsmarkt trotz hoher Beschäftigungszahlen, denn die Arbeitslosigkeit steigt seit eineinhalb Jahren. Zählte die BA im März 2012 noch saisonbereinigt 2,86 Millionen Arbeitslose, waren es im Oktober 2013 schon 2,98 Millionen. Hinzu kommen steigende Kosten durch höhere Personalausgaben nach den anstehenden Tarifverhandlungen.

Das IfW geht davon aus, dass der Bund 2014 zehn Milliarden Euro Kredit benötigen wird statt der geplanten rund sechs Milliarden Euro neuen Schulden. Dem gegenüber dürften die Kommunen 2014 bereits das dritte Jahr in Folge Milliardenüberschüsse erzielen.

Handelsblatt, JH

21. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

29. März 2014 · Holstenhallen Neumünster

Kontroversen in der Zahnmedizin – Wege zur Entscheidungsfindung

8.30 Uhr *Offizielle Eröffnung der Dentalausstellung*

Programm Zahnärztinnen/Zahnärzte

- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**
Dr. Peter Kriett, Vorsitzender des Vorstandes der KZV Schleswig-Holstein
Dr. Michael Brandt, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
- 9.15 – 9.45 Uhr **Kontroversen im Berufsstand: Ökonomisierung versus Vertrauensbildung**
Prof. Dr. Christoph Hommerich, Bergisch-Gladbach
- 9.45 – 10.30 Uhr **Evidenz in der zahnärztlichen Chirurgie:**
Indikationen und Kontraindikationen von WSR und 8er-Entfernung
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel, Bochum
- 10.30 – 11.00 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 11.00 – 11.30 Uhr **Bisshebung – Ja oder nein? Invasiv oder non-invasiv? Direkt oder indirekt?**
PD Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg
- 11.30 – 12.00 Uhr **Manuell oder maschinell? Konservativ oder chirurgisch? Parodontale Therapiekonzepte**
Prof. Dr. Nicole Arweiler, Marburg
- 12.00 – 13.00 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 13.00 – 13.30 Uhr **Direkte Überkappung oder gleich Vitalexstirpation?**
Neue Materialien, neue Technologien – mehr Erfolg?
Dr. Winfried Zeppenfeld, Flensburg
- 13.30 – 14.00 Uhr **Etch-and-Rinse vs. selbstätzend? Adhäsivsysteme auf dem Prüfstand**
OA Dr. Uwe Blunck, Berlin
- 14.00 – 14.30 Uhr **Infiltrieren – Versiegeln – Exkavieren – Reparieren? Was ist minimal-invasiv?**
Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg
- 14.30 – 15.00 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 15.00 – 15.30 Uhr **Composit-Füllung oder Keramik-Inlay? Entscheidungsfindung in der Füllungstherapie**
Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg
- 15.30 – 16.00 Uhr **Festsitzend, herausnehmbar oder gar nicht? Die Versorgung der verkürzten Zahnreihe**
Prof. Dr. Ralph Luthardt, Ulm
- 16.00 – 16.30 Uhr **Zahnerhalt oder Implantat? Entscheidungshilfen**
Dr. Winfried Zeppenfeld, Flensburg

Programm Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**
Dr. Michael Diercks, stellv. Vorstandsvorsitzender der KZV Schleswig-Holstein
Dr. Gunnar Schoepke, Zahnärztekammer Schl.-Holstein, Vorstand für Praxispersonal
- 9.15 – 9.45 Uhr **Adhäsivsysteme – korrekt anwenden, fachgerecht assistieren**
OA Dr. Uwe Blunck, Berlin
- 9.45 – 10.15 Uhr **Nur professionelle Zahnreinigung oder mehr? Was kann Prophylaxe leisten?**
Prof. Dr. Nicole Arweiler, Marburg
- 10.15 – 10.30 Uhr **Bewegungspause**
- 10.30 – 11.00 Uhr **Fissurenversiegelungen – Ein Update**
Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg
- 11.00 – 11.30 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 11.30 – 12.00 Uhr **Skalpell bitte! Perfekte Assistenz in der Chirurgie und Implantologie**
Prof. Dr. Martin Kunkel, Bochum
- 12.00 – 12.30 Uhr **BEMA-Denken – Geld verschenken? Unterschiede in BEMA und GOZ**
Jana Brandt, Hermerode
- 12.30 – 13.00 Uhr **Formteil oder Eierschale? Perfekte Provisorien.**
Prof. Dr. Ralph Luthardt, Ulm
- 13.00 – 14.00 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 14.00 – 14.30 Uhr **Assistenz bei der Funktionsanalyse – Qualifizierte Unterstützung durch die ZFA**
PD Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg
- 14.30 – 15.00 Uhr **Gift unter der Haut? Tattoos und ihre Folgen**
Prof. Dr. Wolfgang Bäumler, Regensburg
- 15.00 – 15.30 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 15.30 – 16.00 Uhr **Beraten oder verkaufen? Kostenaufklärung über Zahnersatz**
Claudia Huhn, Wilnsdorf
- 16.00 – 16.30 Uhr **Gut aussehen – sich wohl fühlen. Farbe – Stil – Make-Up**
Astrid Fiedler, Hamburg

Informationen:

KZV Schleswig-Holstein, Martina Ludwig, Tel. 04 31 / 38 97-128, martina.ludwig@kzv-sh.de