



4

April 2014

der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung und  
der Zahnärztekammer

[www.sylterwoche.de](http://www.sylterwoche.de)

**Sichern Sie sich  
die letzten Plätze!**



**56. Sylter Woche:  
„Schöne Zähne“**

Editorial	3
<i>Kammerversammlung:</i>	
Bekanntnis zur Freiberuflichkeit	4/8
Eröffnungsvortrag Dr. Drabinski	6
Landesversammlung des FVDZ	12
<i>GOZ 2012:</i>	
Korrekte Berechnung des adhäsiven Befestigung	13
<i>ZFA Marlies Frank:</i>	
Ein halbes Jahrhundert im Beruf	15
<i>Vortragsreihe:</i>	
»Zahnersatz auf Implantaten«	16
Neue Gesichter in der Kammerversammlung	18
<i>GKV:</i>	
Gröhe bringt Finanzreform ins Rollen	20
Steuerzuschuss an die GKV gekürzt	22
Zentrale Prüfstelle zertifiziert Präventionskurse	24
<i>Studie zu deutschem Gesundheitswesen:</i>	
Hohe Ausgaben und mittelmäßige Resultate	26
Wer prüft die KPMG?	27
Euro Health Consumer Index	29
Kein Maulkorb für das ULD	30
<b>Rundschreiben der KZV SH</b>	<b>31</b>
<b>Mitteilungsblatt der ZÄK SH</b>	<b>32</b>
Meldungen	34

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Redaktion: Zahnärztekammer:

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung:

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

verantwortlich für diese Ausgabe:

Dr. Joachim Hüttmann

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.

## Deutsche Ärztegolfmeisterschaft

Zur 41. Ausgabe der Deutschen Ärztegolfmeisterschaft treffen sich Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 20. bis 22. Juni im Golfclub Bad Kissingen an der Fränkischen Saale.

1974 wurde die erste Deutsche Ärzte-Golfmeisterschaft ausgetragen, damals noch in Freudenstadt. In Bad Kissingen fand die Meisterschaft erstmals 1979 statt. Seit 1982 ist Bad Kissingen ständiger Austragungsort der Deutschen Meisterschaft für Ärztegolfer. 2014 wird es erstmals auch eine separate Bruttowertung für Damen geben. Die beste Golferin erwartet ein attraktiver Preis.

Bereits am Freitag wird mit einem lockeren „Vierer“ in zwei Varianten gestartet: Beim Ärzte-Vierer spielen zwei Mediziner bzw. Apotheker zusammen, beim „Kissinger Vierer“ muss einer der Spieler Arzt oder Apotheker sein. Die beiden Runden für den Deutschen Ärztegolfmeister werden am Samstag und Sonntag als „Einzel Zählspiel“ ausgetragen.

Unter dem Motto „Kunst im Golfclub Bad Kissingen“ findet zeitgleich die Kunstausstellung „JANOSCH – Tigerente, Bär und Freunde in Bad Kissingen“ statt. In den Räumen des Golfclubs sind zwischen dem 12. April und dem 30. September Original Radierungen sowie selten gezeigte Aquarelle und Ölgemälde des Künstlers zu sehen.

Kontakt über:

Golfclub Bad Kissingen e.V. – Tel. 0971 3608 oder [www.aerztegolf.de](http://www.aerztegolf.de)

## Erste „Gemeindepraxis“ an der Westküste

Wie die Ärztezeitung meldet, sollen an der Westküste zur Behebung des Ärztemangels erstmals Ärzthäuser als kommunale Eigenbetriebe gegründet werden. Möglich ist das, wenn nach SGB V ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wird.

Know-how für das Praxismanagement soll die Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein als Dienstleister einbringen. Sie will dabei auf vorhandenes Personal der Praxen zurückgreifen. Die Ärzte vor Ort sollen aufgeschlossen für das Modell und zum Teil auch zur Anstellung bereit sein. Möglich ist aber auch, dass Ärzte mit eigenem Kassensitz in die kommunalen Eigenbetriebe einziehen. Außerdem hofft man, dass Weiterbildungsassistenten ambulante Abschnitte in einem dieser ländlichen Zentren absolvieren und sich dort später anstellen lassen.

Die Lage an der Westküste wird ohne neue Initiativen in absehbarer Zeit prekär. So beträgt das mittlere Alter der fünf Hausärzte in Büsum schon jetzt 62 Jahre. Vor einigen Jahren waren es noch neun Hausärzte. Die Bürgermeister von Büsum, St. Michaelisdonn und Lunden hatten sich an die KV gewandt. Dort betonte man, dass entsprechende Unterstützung nur für Regionen denkbar ist, in denen die Versorgungslage vergleichbar bedrohlich ist.

JH

## Quod licet Jovi, non licet bovi

„Was Jupiter darf, steht dem Ochsen nicht zu!“ oder umgangssprachlich:  
„Was dem Herrn geziemt, geziemt noch lange nicht dem Knecht.“

*Liebe Kolleginnen und Kollegen!*

Wir sind ein freier Beruf, aber man behandelt uns wie Knechte. Erinnern wir uns: 1965 löste die BuGo-Z die bis dato gültige PreuGo mit dem Ziel ab, dem Zahnarzt im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein angemessenes Einkommen zu sichern. „Kostenneutral“ wurde dann 1988 die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erlassen. Seitdem soll dem Punktwert die Aufgabe zukommen, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen.

„Es war einmal!“ So fangen die meisten Märchen an. Der Punktwert fristet einen Dornröschenschlaf, 26 Jahre sind seitdem vergangen. 2011 wurde die bis dahin älteste Gebührenordnung, die GOZ, novelliert, aber eine Auseinandersetzung mit betriebswirtschaftlichen und fachlichen Fragen wurde trotz dringender Notwendigkeit gar nicht erst versucht. Zwischenzeitlich wurden die Zahnärzte in der Einkommensstatistik nach hinten durchgereicht. Dem Ordnungsgeber ging es bei der überfälligen Novellierung ausschließlich um monetäre Aspekte. Bei der GOZ – das kam in den gebetsmühlenartig wiederholten Forderungen der Zahnärzte nach Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung zum Ausdruck – muss es um sachgerechte Vergütung jeder einzelnen Leistung gehen, sonst erfüllt die GOZ als staatliche Gebührenordnung ihre Aufgabe nicht. Das kann angesichts der Koalitionsvereinbarung der so genannten GroKo mit ihrem Bekenntnis zur Freiberuflichkeit doch nicht das Ziel sein?

Unsere Gebührenordnung wird erlassen. Alle Bestrebungen, den Gleichheitsgrundsatz zu berücksichtigen und die Honorare nach 49 Jahren der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen,

wurden von den jeweils zuständigen Herren mit der Bemerkung abgebügelt, es sei dem Wahlvolk nicht zu verkaufen. So behandelt man Knechte, aber keinen freien Berufsstand.

Wie sieht es nun bei den Herren Volksvertretern selbst aus? Gleich nach der Wahl des neuen Bundestages forderte Bundestagspräsident Lammert in der *Rheinischen Post*, dass der neue Bundestag eine Reform der Abgeordnetendiäten beschließen solle. Die Bezüge müssten nach der tatsächlichen vom statistischen Bundesamt festgestellten Entwicklung der durchschnittlichen Erwerbseinkommen angepasst werden. Gleichzeitig forderte er in der neuen Legislaturperiode eine Verschärfung des Gesetzes gegen Abgeordnetenbestechung. Auf *Süddeutsche.de* wurde das unter der Überschrift „Bezahlt uns besser, dann sind wir weniger korrupt“ zusammengefasst. Das hört sich hart an, hat aber, wenn man sich den kürzlich veröffentlichten OECD-Bericht zur Korruption in Deutschland ansieht, einen realen Hintergrund. Der Sozialdemokrat Sigmar Gabriel betonte, dass der Koalitionsvertrag für den kleinen Mann geschrieben worden sei. Da wirkt der kleine selbstgenehmigte Schluck aus der „Diätenpulle“ wie reinster Hohn.

Unsere Abgeordneten bestimmen ihre Einkommen selbst. Still und leise unter dem medialen Getöse von Aufregungsthemen, wie dem Wulff Prozess oder der Demontage des ADAC, also nach bewährtem Muster den Blick des Wahlvolks damit ablenkend, wurde die Diätenerhöhung zügig durchgewunken. Die Show geht weiter. Die Diäten werden bis 2016 in zwei Schritten um jeweils 415 EUR auf das Niveau von Bundesrichtern aufgestockt. Das sind 10,1 Prozent Zuwachs. Neu ist die



Kopplung an die Inflationsentwicklung. Die Bezüge sollen an die durchschnittliche Entwicklung der Bruttolöhne angepasst werden. Dazu kommen natürlich noch andere diverse Vergünstigungen und intransparente Verdienstmöglichkeiten.

Diese Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung wird uns seit Jahrzehnten versagt. Von solcherlei Herren können wir nichts erwarten.

Der Aphoristiker Eduard Blanck schrieb: „Lohnverzicht für Arbeiter und Angestellte? Warum nicht Diätenverzicht für Abgeordnete?“ Die Abgeordnetendiäten sind künftig an die vom statistischen Bundesamt ermittelte Erhöhung des Nominallohnindex gekoppelt. Damit sollen die Abgeordneten an der Einkommensentwicklung teilhaben. Wir fordern eine Dynamisierungsklausel für unsere privatärztlichen Honorare nach den Kriterien der Abgeordnetendiäten!

Dr. Roland Kaden  
Vorstand Gebührenrecht  
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Kammerversammlung

## Bekanntnis zur Freiberuflichkeit



Fotos: Jörg Wohlfrohm

„Wir müssen uns positionieren!“, diese Aussage von Zahnärztekammerpräsident Dr. Michael Brandt war geradezu Motto der Kammerversammlung der Zahnärztekammer in Kiel im März. Ein Jahr nach der Neuzusammensetzung der Selbstverwaltung sehen sich Schleswig-Holsteins Zahnärzte mehr denn je gefordert, der Aushöhlung der Freiberuflichkeit die Stirn zu bieten.

Das Eröffnungsreferat von Dr. Thomas Drabinski macht die notwendige Zielrichtung der Standespolitik zugespitzt sichtbar (siehe Seiten 6 und 7). Dr. Michael Brandt schließt unmittelbar an mit einer Einordnung, was sich national und international im Gesundheitswesen gerade abspielt. Ob „Obama Care“ in den USA, die eine schnelle Neuorganisation der Versorgungsstruktur nach Effizienz erfordert, oder das mehr elektronische Vernetzung fordernde Zusammenrücken Europas oder aber das vom neuen Gesundheitsminister propagierte „Qualitätsmanagement“ – alles läuft auf mehr Kontrolle und Beschneidung der Freiberuflichkeit hinaus. Dass es durchaus Widerstand gegen den alles regelnden und alles kontrollierenden Staat gibt, zeigt er kurz

am Beispiel Schweiz auf: Eine GKV ist für deren Bürger so gut wie keine akzeptable Option. Dass die Delegierte Ruth Schröder daraufhin später auffordert, sich an der Europawahl zu beteiligen, ist konsequent.

Sich also nicht im Ritual erschöpfen, indem man den Ist-Zustand beklagt und sich zugleich gegenseitig auf die Schulter klopft, fordert mit spitzen Worten der KZV-Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Kriett in seinem Grußwort. Für den Satz „Das Gesagte darf nicht verplätschern“ gibt es viel Beifall. In seiner Eigenschaft als Landesvorsitzender des Freien Verbandes legt Dr. Joachim Hüttmann nach: „Bei Bestrebungen, unsere Positionen in Gremien einzubringen, reicht es nicht zu betonen, dass wir Freiberufler sind.

Die ambulante zahnärztliche Versorgung ist auf die Leistungsbereitschaft Selbstständiger angewiesen.“

Ein Antrag gegen Eingriffe in den Freien Beruf ist ein Selbstgänger. Die Bestrebungen, Pflegeberufe durch Schaffung einer Pflegeberufekammer aufzuwerten, erkennen die Delegierten an – aber bitte nicht im Heilberufekammergesetz, sondern in einem eigenständigen Pflegeberufekammergesetz.

Der **Vorstandsauftrag**, einen Verhaltenskodex für Zahnärzte zu erarbeiten, wird zwar durchaus kontrovers diskutiert (was dem einen zu weit geht, geht dem anderen nicht weit genug), aber anschließend ohne Gegenstimmen auf den Weg gebracht. Dr. Hans-Hartwig Cleve betont die



Der Kammervorstand stand Rede und Antwort (v. l. n. r.): Dr. Michael Brandt (Präsident), Dr. Joachim Hüttmann (Vorstand Öffentlichkeitsarbeit), Dr. Martina Walther (Vorstand Prävention), Dr. Kai Voss (Vizepräsident, Vorstand Praxisführung), Dr. Roland Kaden (Vorstand Gebührenrecht), Dr. Andreas Sporbeck (Vorstand Fortbildung) und Dr. Gunnar Schoepke (Vorstand Praxispersonal).

„Signalwirkung“ einer solchen Selbstverpflichtung. Dr. Uwe Engelsmann hat dagegen Bedenken, ob man schwarze Schafe überhaupt erreicht „und nur Zeit verplempert“. Dr. Martina Walther, Vorstand Prävention, hält dagegen, „dass die Selbstverpflichtung im Raum Lübeck den kollegialen Zusammenhalt gestärkt hat“.

Ihre anschließende Bilanz im Vorstandsamt zeigt, dass es bei der Versorgung Pflegebedürftiger noch eine ganze Reihe ungeklärter Fragen gibt. Abstriche bei der Hygiene am Krankenbett hätten die Vertreter der Nordkammern kritisch diskutiert. „Da sitzen wir in der Falle zwischen Menschlichkeit und hygienischer Ver-

antwortung“, sagt sie. Rechnung trägt dem ein Beschluss der Versammlung: Am Hygienestandard werden keine Abstriche gemacht. Bei der Früherkennung der Karies bei Kleinkindern ist Walther auf Bundesebene am Ball.

Bitte lesen Sie weiter auf Seite 8



## BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

### Freie Berufe:

#### Garant für Qualität und Verbraucherschutz

*Antragsteller:* Vorstand

Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein lehnt Eingriffe der Europäischen Kommission in das bewährte System der verkammerten Berufe ab.

#### *Begründung:*

Unter dem Stichwort „Deregulierung“ stellt die Europäische Kommission die Errungenschaften der „Freien Berufe“ zur Disposition. Das in Deutschland gewachsene System der Freien Berufe garantiert mit seinem berufsständischen Selbstverständnis die fachlich unabhängige und eigenverantwortliche Erbringung von Dienstleistungen höherer Art. Ethischer Anspruch und Selbstkontrolle der

Freiberufler gewährleisten Qualität und dienen damit dem Verbraucherschutz.

Eine Deregulierung im Sinne einer Gleichschaltung in Europa würde die funktionierenden Strukturen zum Nachteil von Kunden, Klienten und Patienten zerstören.

### Ehrenkodex

*Antragsteller:* Dr. Kaden, Dr. Kammer, Dr. Männel, Dr. Rafail, Schrader, Dr. Sporbeck

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein bekräftigt ihren Beschluss vom November 2009 und fordert den Vorstand auf, in Zusammenarbeit mit den zahnärztlichen Kreisvereinen bis zur nächsten Kammerversammlung einen frei-

willigen, selbst verpflichtenden Verhaltenskodex zum kollegialen Verhalten im öffentlichen Auftritt bei der Werbung und der Außendarstellung von Schleswig-Holsteiner Zahnarztpraxen zu entwickeln.

#### *Begründung:*

Der Zeitverlauf hat gezeigt, dass sich die Mentalität vieler Zahnärzte zunehmend in Richtung Merkantilisierung entwickelt hat. Es dominiert zusehends mehr Konkurrenzdenken statt Kollegialität.

Eine liberale Rechtsprechung lässt inzwischen Werbemaßnahmen zu, die in vielen Fällen sowohl von Zahnärzten als auch von der Öffentlichkeit als unärztlich empfunden werden. Eine entsprechende Selbstverpflichtung soll diesem Trend entgegenwirken.

Koalitionsvertrag:

## Alles unter Kontrolle?

Kontrolle unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung, um das Gesundheitswesen beizeiten rigoros zurückzuschneiden? Nicht nur Zahnärzten kann bei dem Szenario angst und bange werden, das Dr. Thomas Drabinski vom Kieler Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) zur Eröffnung der Kammerversammlung zeichnete.



Der Gesundheitsforscher analysierte, was der Koalitionsvertrag der Bundesregierung im Klartext bedeutet und worauf er für die Zahnärzteschaft hinausläuft. Entsprechend reagierten Delegierte und Vorstand entsetzt und doch dankbar, „dass Sie uns die Augen geöffnet haben“, wie Präsident Dr. Michael Brandt nach der lebhaften Diskussion sagte.

„Obwohl die Zahnärzte explizit so gut wie nicht genannt werden im Koalitionsvertrag, gibt es genügend Ansatzpunkte, die Schlüsse zulassen“, hatte Drabinski betont. Zwei große Baustellen diagnostiziert er: Die aktuellen Änderungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens und die In-

stallierung der neuen Qualitätsbehörde in Berlin, die bei SPD und CDU „absolut Konsens ist“. Dieses Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG, § 137a SGB V neu) wird gerade unter Federführung des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgebaut.

Die finanzielle Steuerung des Systems über das Zusatzbeitragsgesetz sieht Zusatzbeiträge der Versicherten an die gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von durchschnittlich 1,25 Prozent (bis 2018 2,91 Prozent) vor. De facto, so Drabinski, „sind davon einkommenschwache Versicherte viel stärker betroffen“. Grund: höhere Beitragsanteile, die etwa den Ortskran-

### BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

**Eigenständiges Pflegeberufekammergesetz**  
*Antragsteller: Vorstand*

Die Zahnärztekammer stellt fest: Den spezifischen Anforderungen der Pflegeberufe kann nur in einem eigenständigen Pflegeberufekammergesetz Rechnung getragen werden. Eine Integration in das Heilberufekammergesetz wird abgelehnt.

*Begründung:*

Die Zahnärztekammer erkennt die Bemühungen der Landesregierung zur Sicherstellung bedarfsgerechter Angebote für pflegebedürftige Menschen als eine wichtige Aufgabe sozialstaatlicher Daseinsvorsorge an. Auch die Krankenpflege und die Kinderkrankenpflege stehen vor vielschichtigen Herausforderungen.

Landesregierung und Landtag sehen in der Errichtung einer Pflegeberufekammer einen wichtigen Baustein zur Lösung der drängenden Probleme. Das bedeutet auch ein Bekenntnis zum Nutzen einer Kammer zum Wohle der Gesellschaft und eines Berufsstandes und damit eine Anerkennung der Arbeit der bisher bestehenden Kammern. Wenn also jetzt als Lösungsansatz die Errichtung einer Pflegeberufekammer gewählt wird, dann sollte dies über ein eigenständiges Pflegeberufekammergesetz geschehen. Ein eigenständiges Gesetz wird den fachspezifischen Anforderungen gerecht und entspricht der gesellschaftspolitisch gewünschten Aufwertung der Pflegeberufe. Es bedarf nicht der Abstimmung mit anderen Berufen,

hier der Heilberufe.

Wie auch immer es gelingen wird, die Altenpflege, die Gesundheits- und Krankenpflege und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammenzuführen: Die Anliegen dieser Berufe und der jeweiligen Pflegehilfsberufe in einem Gesetz mit den Anliegen der Ärztinnen und Ärzte, der Apothekerinnen und Apotheker, der psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, den Tierärztinnen und Tierärzten sowie den Zahnärztinnen und Zahnärzten zu regeln, ist weder in der Sache noch gesetzestechnisch geboten.

## Vortrag von Dr. Thomas Drabinski anlässlich der diesjährigen Frühjahrs-Kammerversammlung

kenkassen im Verhältnis zu anderen Kassen aufgebürdet würden. Diese Ungerechtigkeit allein beunruhigt. „Für Zahnärzte hat dieses Finanzierungsmodell kurzfristig keine Auswirkungen“, ist er überzeugt. „Mittel- und langfristig kann ich es noch nicht einschätzen.“

Weit einschneidender müsse sich das IQTiG auswirken, das vordergründig als Innovation verkauft werde. „Hier wird echtes Online-Ranking angestrebt, auch für den ambulanten Bereich. Jeder Patient kann es dann einsehen. Ärzte und Zahnärzte werden einem Bonus/Malus-System unterworfen, das sich mit Abschlägen auf die Vergütung auswirkt. Das hat unmittelbar Auswirkung auf die Zahnmedizin.“ Festgestellt werden solle „Ergebnisqualität“ nach dem Motto: „Erreichen Zahnärzte staatlich definierte Ziele?“ Zusätzlich solle nach wirtschaftlicher Effizienz gemessen werden. Akteure seien neben der Politik und dem Bundesausschuss

die Versicherten selbst, die Leistungsanbieter und Institutionen, GKV, PKV, Beihilfe. Einer der vielen Mitspieler „ganz vorn“ werde das IQWiG (Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) sein, das Modell für das IQTiG gestanden habe. Drabinski: „Wenn sich die Zahnärzteschaft jetzt nicht klar mit einbringt, wird sie übergangen.“

Völlig offen lässt der Koalitionsvertrag nach dieser Analyse die Finanzierung des Gesundheitssystems insgesamt. „Es wird seit Jahrzehnten versäumt, Rücklagen zu bilden. Der demografische Wandel erfordert, dass mindestens 14 Milliarden, besser aber 25 bis 40 Milliarden Euro jährlich zurückgelegt werden, um das Niveau der Versorgung noch in 20 bis 30 Jahren zu halten. Die Politik aber macht nichts. Der Koalitionsvertrag wäre die letzte Chance zum Umsteuern gewesen. So aber ist das Gesundheitswesen nicht mehr heilbar“, lautet das Fazit. „Wer gründet endlich das IQTiP, ein

Institut für Qualität und Transparenz in der Politik?“, stellte Dr. Joachim Hüttmann, Vorstand Öffentlichkeitsarbeit, in den Raum. „Und wie erklärt sich der Widerspruch, dass die Politik im pädagogischen Bereich Leistungsmessung auf Null setzt, im Gesundheitswesen aber auf die Spitze treibt?“ Brandts Amtsvorgänger Dr. K. Ulrich Rubehn warf ein, das aufgezeigte Szenario laufe „am Ende auf die Einheitsversicherung hinaus, weil man Beitragssätze nicht unendlich steigern kann“. Ernüchternde Antwort des Referenten: „Darum versucht man ja über das Institut die entsprechende Steuerungseinheit zu schaffen.“ Für Brandt, den gesamten Vorstand und die Delegierten stand danach fest: „Wir müssen dafür sorgen, dass wir in diesem Prozess auf Bundesebene schnellstens mitreden. Die Selbstverwaltung ist jetzt gefordert.“

*Cornelia Müller*

## BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

Ein einheitliches „Heil- und Pflegeberufekammergesetz (HuPFBKG)“ würde durch die erforderlichen spezifischen Regelungen für die jeweiligen Berufe zu einem gesetzestechnischen Moloch führen. Es wäre wegen berufsspezifischer Sonderregelungen bei

- Mitgliedschaft,
- Aufgaben,
- sozialen Einrichtungen,
- Fortbildung und Qualitätssicherung,
- Ethik-Kommissionen,
- Schlichtung,
- Meldepflicht und Erhebung und Verarbeitung von Daten,
- Erhebung von Beiträgen und Gebühren,
- Integration der Staatsangehörigen ande-

rer Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates, dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben,

- Aufbau und Aufgaben der Organe der jeweiligen Kammer einschließlich des Wahlrechtes,
- Grundsätzen zur Berufsausübung,
- Berufspflichten und Berufsordnung,
- Weiterbildung
- und in der Berufgerichtsbarkeit

kaum noch lesbar, geschweige denn sinnvoll handhabbar.

Schon im bestehenden Heilberufekammergesetz ist der Bogen von der Praxis einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin über die Apotheke bis zur Großtierpraxis weit gespannt. Das einigende Band ist die Heilung von erkrankten Menschen (oder Tieren) durch Angehörige Freier Berufe. Diese sind in der Ausgestaltung ihrer Berufsausübung anderen Spielregeln unterworfen als vorwiegend lohnabhängig Beschäftigte oder Selbstständige (Gewerbetreibende) in Pflegeberufen.

Fortsetzung von Seite 5



Randgespräche fördern den Erkenntnisgewinn: Dr. Peer Levering (links) im Gespräch mit Dr. Peter Kriett, Ruth Schröder und Harald Schrader.



Nimmt seine Aufgabe als Delegierter engagiert wahr: Dr. K. Ulrich Rubehn

Vizepräsident Dr. Kai Voss berichtet über die besondere Situation im Kreis Ostholstein. Dort hat das Gesundheitsamt flächendeckende Praxisbegehungen zur Prüfung der Hygiene angekündigt. „Das Gesundheitsamt ist zwar nicht verpflichtet, nach dem Infektionsschutzgesetz aber berechtigt, sol-

che Begehungen durchzuführen. Die Kammer konnte immerhin erreichen, dass diese Begehungen, anders als in der Presse gemeldet, nun angekündigt erfolgen.“ Und er bedauert, dass die vom Gesundheitsamt gestellten Anforderungen teilweise deutlich über die Forderungen des Robert-Koch-Instituts

hinausgingen. „Das Ressort Praxisführung unterstützt die Kollegen mit Rat und Tat. Außerdem wird die Kammer Anforderungen ohne eindeutige Rechtsgrundlage nicht hinnehmen.“ Leider stelle das Gesundheitsamt den Kolleginnen und Kollegen die Begehungen auch noch in Rechnung.

## BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

### GOZ

Antragsteller: Vorstand

Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein fordert den Ordnungsgeber dazu auf,

- den GOZ-Punktwert nach 26 Jahren Stillstand der allgemeinen Preissteigerung anzupassen und auf 9,08 Cent anzuheben. In Zukunft ist der Punktwert fortlaufend der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen.
- Anlage 2 zu Paragraph 10 GOZ als Fälligkeitsvoraussetzung der Vergütung ersatzlos zu streichen.
- Paragraph 12 GOZ ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Keinem anderen Berufsstand wird seit 26 Jahren eine Anpassung der Honorare an die wirtschaftliche Entwicklung verweigert. Die

Punktwertanpassung ist nach Angaben des statistischen Bundesamtes zur allgemeinen Preissteigerung zwischen 1988 und 2013 berechnet.

Keinem anderen Berufsstand wird neben der Gebührenordnung ein zu verwendendes Rechnungsformular vorgeschrieben.

Es ist ein eklatanter Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung, dass die Gebührenordnungen anderer Freier Berufe in der vergangenen Legislaturperiode deutliche Honorarerhöhungen erfahren haben, der GOZ-Punktwert aber seit 26 Jahren der wirtschaftlichen Entwicklung nicht angepasst wurde.

§ 12 GOZ nimmt die Zahnärzteschaft mit seiner virtuellen Budgetierung privatärztlicher Leistungen in Geiselnhaft, richtet

sich gegen die Versorgungsinteressen der Patienten, negiert das Gebot für einen Interessenausgleich nach § 15 ZHKG und muss deshalb ersatzlos entfallen.

### Freiberufliche Anwendung der GOZ

Antragsteller: Dr. Rubehn

Die Kammerversammlung empfiehlt der Kollegenschaft, sich bei der Anwendung der GOZ nicht ordnungswidrig selbst zu beschränken, sondern die Gestaltungsspielräume auch im Sinne angemessener Honorarbemessung und betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit zu nutzen.

Begründung:

Eine durch nichts gerechtfertigte Selbstbeschränkung bei der Anwendung der GOZ führt de facto zu einer Budgetierung der pri-





Immer gut für kritische Zwischenbemerkungen: Dr. Uwe Engelsmann



Feinabstimmung: Der Vorsitzende des Satzungsausschusses, Dr. Dierk Brüller (rechts) mit Dr. Nils Tollhagen und Kammervorstand Dr. Andreas Sporbeck

Die Forderung eines höheren Punktwertes in der GOZ an die Adresse der Verordnungsgeber und die Ablehnung der PKV-Kommentierung zur GOZ gehen unumwunden durch. Kammervorstand **Dr. Roland Kaden**, der das GOZ-Ressort leitet, mahnt auch den Einzelnen: „Alle Gestal-

tungsspielräume, die die GOZ bietet, müssen genutzt werden.“ Individuelle Gebührenanpassungen würden weiter nicht ausgeschöpft. „Steigern Sie die Positionen mit Augenmaß. Machen Sie Abrechnung zur Chefsache, denn Softwareprogramme füllen nach Schema F aus.“

**Dr. Andreas Sporbeck**, der das Ressort Fort- und Weiterbildung leitet, zeigt mit seinem Bericht, dass die Veranstaltungen im Heinrich-Hammer-Institut (HHI) den Nerv treffen.

Künftig wird ein wissenschaftlicher Beirat mit den Hochschullehrern Prof. Dörfer, Prof.

## BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

vatzahnärztlichen Leistungen. Wenn der Verordnungsgeber die Anpassung des GOZ-Punktwertes mehr als ein Vierteljahrhundert verweigert, müssen die Zahnärzte selbst Fakten schaffen.

### Auslegung der GOZ

*Antragsteller: Vorstand*

Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nimmt die im September 2013 erschienene Kommentierung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen (PKV-Verband) zum Leistungsteil der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als interessengesteuerte Auslegung der Kostenerstatter zur Kenntnis. Sie fordert die Zahnärzte dazu auf, bei der Liquidation zahnärztlicher Leistungen die Kommentierungen der zuständigen Stellen –

hier der Zahnärztekammern – anzuwenden.

*Begründung:*

Die GOZ-Kommentierung des PKV-Verbandes betrifft den Rechtskreis zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen.

Sie kann nur wirksam sein zur Erklärung von Erstattungsregelungen und orientiert sich an den pekuniären Interessen der Verbandsmitglieder.

Sie dient damit nicht einem angeblichen Interessenausgleich zwischen Patienten und Zahnärzten. Das Gebührenrecht wird nicht fachlich und neutral ausgelegt, sondern einseitig nach betriebswirtschaftlichen Interessen der PKV-Verbandsmitglieder.

Zur fachlichen und gebührenrechtlichen Auslegung der Gebührenordnung sind nach

geltender Rechtslage ausschließlich die Zahnärztekammern zuständig.

### Aufsuchende Betreuung und Behandlung

*Antragsteller: Dr. Kaden, Dr. Kammer, Dr. Männel, Dr. Rafail, Schrader, Dr. Sporbeck*

Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein unterstützt alle Maßnahmen zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen und Personen, die der Pflege in häuslicher Gemeinschaft oder in stationären Pflegeeinrichtungen bedürfen. Die Zahnärztekammer hält es (auch in Anbetracht der ausgeweiteten Dokumentations- und Haftungserfordernisse nach dem Patientenrechtgesetz) für unabdingbar, dass bei der zahnärztlichen Be-

Fischer-Brandies, Prof. Kern, Prof. Wenz und Prof. Wiltfang die Programmplanung für das HHI unterstützen.

Dem wichtigen Thema Alterszahnheilkunde wird ein neues Curriculum Rechnung tragen, das im Herbst startet. Mit Blick auf die Kammerfinanzen betont er, dass die Sylter Woche 2014 derzeit bereits wieder gut gebucht sei und damit hoffentlich wirtschaftlich erneut erfolgreich abgeschlossen werden könne.

Vorstand Praxispersonal Dr. Gunnar Schoepke erläutert Anträge zur Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes der ZFA und zur Streichung der Gebühr für Praxen, die einen Ausbildungsvertrag eintragen lassen. „Ausbildung kommt allen zugute, sie soll



Drei von der Westküste: Gerd Meyer-Truelsen, Dr. Michael Schweikert, Andreas Mieke – hinten sitzt Herr Sender

auch von allen getragen werden.“ Und er klärt auf, dass die schon einmal diskutierte zeitweilige Trennung schulischer Ausbildung von der Zeit in der Praxis während einer Schwangerschaft „ausbildungsrechtlich nicht zu-

lässig ist“. Bei einigen Delegierten stößt das auf Unverständnis.

Dr. Joachim Hüttmann, Vorstand Öffentlichkeit, ergänzt seinen schriftlichen Bericht um aktuelle Informa-

## BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

handlung dieses Personenkreises die gleichen Voraussetzungen und Standards eingehalten werden, wie sie bei Behandlungen in zahnärztlichen Praxen gefordert sind. Sollten diese Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen nicht gegeben sein, so hat grundsätzlich der Transport in entsprechend ausgerüstete Praxen stattzufinden.

### *Begründung:*

Zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung des genannten Personenkreises wurden neue Regelungen im Pflegeeneuausrichtungsgesetz und im SGB V geschaffen. Teilweise besteht die Vorstellung, auch die zahnmedizinische Behandlung in den Einrichtungen (z. B. mit mobilen Behandlungseinheiten und mobilen Röntgengeräten) durchzuführen.

Eine solche Behandlung setzt aber voraus, dass in den Pflegeeinrichtungen die entspre-

chenden instrumentellen und materiellen Voraussetzungen geschaffen werden.

Keinesfalls ist es vertretbar, in Anbetracht des deutlich erhöhten Infektionsrisikos mit Problemkeimen (i. e. MRSA), unterschiedliche Standards bei Behandlungen in der Zahnarztpraxis oder der Pflegeeinrichtung zuzulassen.

### **Attraktivität des ZFA-Berufsbildes**

*Antragsteller: Dr. Kaden, Dr. Kammer, Dr. Männel, Dr. Rafail, Schrader, Dr. Sporbeck, Dr. Schoepke*

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein begrüßt und unterstützt die Initiative des Vorstandes zur Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes der ZFA.

Sie fordert den Kammervorstand auf, die in der Kammerversammlung diskutierten Mo-

delle zu konkretisieren, deren Kosten zu ermitteln und in den Haushalt einzustellen.

### *Begründung:*

In Schleswig-Holstein ist in den vergangenen Jahren ein deutlicher Rückgang im Bereich der Ausbildung junger Menschen zum/zur ZFA zu verzeichnen.

Gleichzeitig mit diesem Rückgang melden die ausbildungswilligen Zahnarztpraxen in Schleswig-Holstein einen deutlichen Rückgang von Bewerbern/innen mit höherem Schulabschluss.

Dies wird zu einem kritisch zu betrachtenden Einbruch in der Qualität der zahnärztlichen Leistungen führen und kann Praxen in existenzielle Schwierigkeiten bringen.

Aus diesem Grunde ist es notwendig, das Berufsbild der ZFA in Schulen und Öffentlichkeit entsprechend zu bewerben.



Offenbar versteht man sich in Segeberg und Stormarn: Dr. Hartwig Cleve mit Frank Großmann und Dr. Thomas Kriens.

tionen aus der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH). Die hat sich zu Jahresbeginn nach dem Ausscheiden der Kassenärzte eine neue Satzung gegeben. „Die Gremien arbeiten wieder“, so Hüttmann. So wird

auch in diesem Jahr wieder der Medienpreis für besondere journalistische Leistungen vergeben.

**Festzubeißen droht sich die** Versammlung an der Novellierung der Haupt-

satzung, für deren Änderung der Satzungsausschuss erste Vorschläge hat. Bis zur nächsten Sitzung soll eine abstimmungsfähige Vorlage auf dem Tisch sein.

Kontrovers diskutiert wird immer noch, wie mit dem Votum der Kammerversammlung aus der letzten Amtsperiode umgegangen werden soll, zumindest einen Delegierten zur Bundesversammlung wählen zu lassen. Der Ausschussvorsitzende Dr. Dierk Brüller stellt klar: „Dies hier ist nur Meinungsbildung. Sie können Anregungen auch nach der Versammlung einbringen.“ Damit kann das Plenum offenkundig leben. Nach sechs Stunden konstruktiver Arbeit geht man friedlich auseinander.

■ CORNELIA MÜLLER

## BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

### ZFA-Ausbildung – Aufgabe für alle

*Antragsteller: Dr. Kaden, Dr. Kammer, Dr. Männel, Dr. Rafail, Schrader, Dr. Sporbeck, Dr. Schoepke*

Die Kosten- und Gebührenordnung der Zahnärztekammer wird zum 01.01.2015 so geändert, dass die Gebühr für die Eintragung eines Ausbildungsvertrages zur/zum ZFA auf Null Euro gesenkt wird.

*Begründung:*

Während alle Praxen von gut ausgebildetem Personal profitieren, ist die Zahl der ausbildenden Praxen rückläufig. Die Finanzierung der Verwaltungskosten für Ausbildungsverträge aus dem Kammerbeitrag ist ein Beitrag zur gleichmäßigeren Lastenverteilung. Auswirkung auf den Haushalt: ca. 40.000 EUR.

### Kosten bei der Bundeszahnärztekammer

*Antragsteller: Dr. Rubehn*

Die Bundesversammlung der BZÄK wird aufgefordert, dem Grundsatz der Kostentragung durch die veranlassende Organisation Rechnung zu tragen

Insbesondere die Arbeit der Ausschüsse der BZÄK sowie die Leitung der Bundesversammlung sind originäre Aufgaben der BZÄK und insoweit durch sie zu finanzieren. Da die Zahlungen der BZÄK der Umsatzsteuer unterliegen, müssen die Ordnungen so angepasst werden, dass die Sitzungsgelder zuzüglich einer Umsatzsteuer ausgezahlt werden, wenn der Empfänger nicht von der Umsatzsteuer befreit ist.

*Begründung:*

Eine systemgerechte Finanzierung von Aufgaben der BZÄK erfolgt über den Beitragschlüssel. Andere Finanzierungsmodelle sind

ungerecht, weil sie kleinere Kammern benachteiligen oder ihre Mitarbeit in den BZÄK-Gremien erschweren.

### Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung

*Antragsteller: Einfalt*

Der Vorstand der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein wird aufgefordert, die Möglichkeiten des neuen Partnerschaftsgesellschafts-Gesetzes für die Zahnärzteschaft zu erarbeiten und die Voraussetzung für eine Umsetzung zu erarbeiten.

*Begründung:*

Die neue Gesetzeslage seit Juli 2013 soll Freiberuflern diesen Weg eröffnen, wird aber derzeit aufgrund der Rahmenbedingungen überwiegend von Rechtsanwälten und Steuerberatern genutzt.

Landesversammlung des FVDZ in Bad Bramstedt

## Kurswechsel – Wohin?

Auf der Landesversammlung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte am 15. März in Bad Bramstedt war eines schnell klar: Im Norden sieht man die Veränderungen auf Bundesebene mit kritischem Interesse. Das hat vielleicht auch damit zu tun, dass man hier manches Problem im Umgang miteinander gar nicht hat.

„Wir reden nicht nur miteinander statt übereinander – wir finden meistens auch noch Lösungen“, so der Landesvorsitzende Dr. Joachim Hüttmann.

Hüttmann, seit mehr als zehn Jahren an der Spitze des Landesverbandes, informierte die Delegierten gewohnt ausführlich über die aktuellen Entwicklungen in Politik und Ge-

fest, dass der auf der letzten FVDZ-Hauptversammlung neu gewählte Bundesvorstand nun zeigen müsse, was er unter dem angekündigten Richtungswechsel verstehe.

Zuvor hatte Versammlungsleiter Harald Schrader als Ehrengäste und Delegierte Kammerpräsident Dr. Michael Brandt und KZV-Vorstandschef

finiert werden. Bührens widersprach heftig und warnte vor einer „Kuschelpolitik“ mit den Körperschaften. Es sei nicht Aufgabe des Verbandes, die Freiberuflichkeit neu zu definieren, sondern die Interessen der freiberuflich Selbstständigen gegen Ausbeutung durch Krankenkassen, Drangsalierung durch Behörden und Missachtung der



oben: Interessierter Zuhörer: Der stellvertretende Bundesvorsitzende Joachim Hoffmann (ganz links). Rechts: Formulierte seine Erwartungen an den neuen Bundesvorstand: Landesvorsitzender Dr. Joachim Hüttmann

sundheitspolitik; über die Veränderungen auf der Bundesebene des Verbandes und im Bereich der KZBV. Hier beleuchtete er besonders die gescheiterte Satzungsänderung der KZBV. In der KZBV-Vertreterversammlung hatten nur die Delegierten aus Schleswig-Holstein gegen die geplanten umfangreichen Datensammlungen gestimmt. Auch das BMG als Aufsichtsbehörde sah das offenbar so und hat die ursprünglich vorgesehenen Satzungsänderungen als unrechtmäßig nicht genehmigt. Verbandsintern stellte der Landesvorsitzende

Dr. Peter Kriett begrüßt. Angereist waren auch der stellvertretende FVDZ-Bundesvorsitzende Joachim Hoffmann und der Landesvorsitzende aus Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Peter Bührens. Hoffmann erläuterte in seinem Grußwort die Ziele des neuen Bundesvorstandes: Zugehen auf die Generation Y, Zusammenführung neuer Arbeitsmodelle mit der niedergelassenen Einzelpraxis, Agieren im Einklang mit den Körperschaften. „Freiberuflichkeit“ müsse in Anbetracht der sich ändernden Rahmenbedingungen und neuer Berufsausübungsformen neu de-



Politik zu verteidigen. Der FVDZ müsse die Vordenkerrolle für Forderungen an die Körperschaften und die Politik behalten und die Speerspitze des Berufsstandes bleiben. In der Diskussion wurde klar, dass die Delegierten dem zustimmten. Als brennende Themen, denen sich der Bundesvorstand annehmen müsse, wurden u. a. der unzureichende ZE-Punktwert, die Datensammelwut und die Kompetenzerweiterung der Zahntechniker im neuen BEL genannt. Bislang sei auch nicht klar, wie sich der Verband zur Umset-

Fotos: Dr. Roland Kaden, Peter Oleownik

# Korrekte Berechnung der adhäsiven Befestigung



zung von Kooperationsverträgen im AuB-Konzept und zu den geforderten neuen Fehlermeldesystemen in den QM-Richtlinien positioniere.

Die politischen Anträge des Vorstandes wurden sämtlich einstimmig verabschiedet. So forderte die Versammlung u. a. den Bundesgesundheitsminister auf, die Ankündigung zur Stärkung der freiberuflichen Niederlassung im Koalitionsvertrag umzusetzen und sich auch auf europäischer Ebene für den Erhalt der Freiberuflichkeit einzusetzen. Die Verbandsspitze des FVDZ wurde aufgefordert, im kritischen Dialog mit den Körperschaften für die Umsetzung der Beschlüsse der Hauptversammlung einzutreten. Die Delegierten wiederholten aus aktuellem Anlass ihre Forderung nach einer Ausweitung der Mehrkostenregelung (analog § 28.2 SGB V auch für bspw. Endodontie) und zur Weiterentwicklung des Prämienmodells Zahnmedizin mit Einführung des Kostenerstattungssystems mit Direktabrechnung. Außerdem wurden alle KZVen aufgefordert, nur diejenigen Daten an die KZBV zu liefern, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein erhielt zudem den Auftrag, die Initiative zur Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes der ZFA voranzutreiben.

■ DR. SUSANNE KAMMER

Eines der ersten Urteile zur Gebührenordnung für Zahnärzte 2012 (GOZ) hat sich mit der neu in den Gebührenkatalog aufgenommen „Adhäsiven Befestigung“ nach GOZ-Nr. 2197 (siehe *Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein März 2014, S. 18*) befasst. Mit einem Anteil von ungefähr fünf Prozent gehört diese Position zu den Hauptbeanstandungen der Erstattungsstellen. Ein Grund, auf die Abrechnung dieser Position noch einmal speziell einzugehen.

Diese Position ist im Abschnitt C. der konservierenden Leistungen beschrieben, aber zusammen mit Gebührenziffern aus allen Bereichen der GOZ anzusetzen. Die adhäsive Befestigung umfasst ein Konglomerat verschiedener Behandlungsschritte, die Konditionierung der Zahnhartsubstanz- und von Werkstoffoberflächen (Metall, Keramik). Das Ziel ist eine Oberflächenvergrößerung durch Ätzen mit anschließendem Auftragen von Haftvermittlern, also eine physikalisch-chemische Konditionierung an den zu befestigenden Oberflächen. Dadurch werden eine mikroretentive und eine chemische Anbindung der Materialien und Werkstoffe ermöglicht. Voraussetzung ist natürlich die Verwendung adhäsiv verankerbarer Materialien, also von Füllungs- und Befestigungskunststoffen, die mit den konditionierten Oberflächen einen adhäsiven Verbund eingehen. Je nach verwendetem Material erfolgt die Konditionierung auf unterschiedlichen Wegen. Die adhäsive Befestigung kann auf direkte Weise durch Konditionierung der Zahnhartsubstanz und Einbringen von Füllmaterial, das sich dann mikromechanisch und chemisch mit der konditionierten Zahnhartsubstanz verbindet, erfolgen oder durch indirekte Restauration.

Dabei wird auch zusätzlich die indirekte Restauration konditioniert. Die Berechnung der Konditionierung von zahntechnischen Werkstücken kann nicht nach der GOZ-Nr. 2197 erfolgen, sondern wird als zahntechnische Leistung z. B. nach BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) oder nach einer selbst kalkulierten Preisliste zusätzlich berechnet.

Die adhäsive Befestigung ist keine eigenständige zahnärztliche Leistung, sondern wird zusätzlich zu einer Hauptleistung für jeden selbstständigen Arbeitsgang einer adhäsiven Befestigung berechnet. Das heißt, sie kann sowohl je Sitzung als auch je Zahn mehrfach zum Ansatz kommen, wie aus der Leistungsbeschreibung hervorgeht (keine einschränkende Bestimmungen bzw. eine nicht abschließende Aufzählung in der Leistungsbeschreibung bezüglich der Mehrfachberechnung):

„Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkronen, Veneer, etc.)“

Der zusätzliche Ansatz der GOZ-Nr. 2197 zu den Füllungspositionen 2060 ff. ist nach dem Kommentar der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zur GOZ nicht möglich, weil mit diesen Positionen die Restauration in Adhäsivtechnik beschrieben wird. Das wird zurzeit kontrovers diskutiert. So legt die Zahnärztekammer Nordrhein die GOZ so aus, dass der zusätzliche Ansatz der GOZ-Nr. 2197 neben den adhäsiv verankerten Compositefüllungen möglich ist. Dabei stützt sich die Zahnärztekammer Nordrhein darauf, dass in der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 2060 ff. die Versorgung in Adhäsivtechnik beschrieben wird, jedoch nicht die eigentliche





Fortsetzung von Seite 13

adhäsive Befestigung in einem wie oben beschriebenen separaten Arbeitsschritt. Unter anderem bezieht sich die Zahnärztekammer Nordrhein darauf, dass auch eine zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben den GOZ-Nrn. 2020 und 2180 möglich ist, bei denen auch kein „Element“, sondern ein Composite adhäsiv befestigt werden würde.

Die Bundeszahnärztekammer vertritt die Auffassung, dass der Leistungstext dieser GOZ-Nrn. nicht den Begriff in „Adhäsivtechnik“ enthält. Der GOZ-Ausschuss der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein hat sich der Auffassung des bundeseinheitlichen BZÄK-Kommentars zur GOZ angeschlossen. Im Endeffekt werden aber wohl die Gerichte diese Auslegungsfrage klären müssen.

Die nicht abschließende Aufzählung in der Leistungsbeschreibung ermöglicht den zusätzlichen Ansatz der GOZ-Nr. 2197 für die adhäsive Befestigung in verschiedenen zahnmedizinischen Bereichen.

**1. Konservierende Leistungen:**

Bei adhäsiver Befestigung von Inlays (GOZ-Nrn. 2150 bis 2170), GOZ-Nr. 2020 (temporärer speicheldichter Verschluss) – wenn auf anderem Weg keine Retention einer temporären Füllung möglich ist, GOZ-Nr. 2180 (Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial), GOZ-Nr. 2190 f. (gegossener oder konfektionierter Stiftaufbau, je Zahn), GOZ-Nr. 2200 ff. (Einzelkronen, auch Veneer), ggf. bei GOZ-Nr. 2260 f. (Provisorien mit oder ohne Abdruck), GOZ-Nr. 2310 f. (Wiedereingliederung, ggf. nach Wiederherstellung, GOZ-Nr. 2440 (adhäsiv befestigte Wurzelfüllung).

**2. Prothetische Leistungen:**

Bei Eingliedern bzw. Wiedereingliedern von Brückenpfeilern, Ankerkronen (GOZ-Nrn. 5000 ff., 5110) und ggf. Provisorischen Versorgungen (GOZ-Nr. 5120).

**3. Kieferorthopädische Leistungen:**

Bei adhäsiver Befestigung eines Klebebrackets (GOZ-Nr. 6100), adhäsive Eingliederung von Lückenhaltern (GOZ-Nr. 6240).

**4. Eingliederung von Aufbissbehelfen:**

GOZ-Nr. 7070 (semipermanente Schiene in Ätztechnik, je Interdentalraum), ggf. GOZ-Nr. 7080 (laborgefertigtes Langzeitprovisorium).

**5. Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen:**

GOZ-Nr. 8090 (diagnostischer intraoraler Aufbau von Funktionsflächen, je Sitzung)

Der Steigerungsfaktor ist sowohl bei der adhäsiven Befestigung als auch der entsprechenden Grundleistung nach § 5 Abs. 2 der GOZ nach dem erforderlichen Zeitaufwand und anhand der individuellen Behandlungssituation entsprechend zu bemessen und gegebenenfalls nach § 2 Abs. 1 und 2 abweichend zu vereinbaren. Die verwendeten Materialien sind mit den Leistungspositionen abgegolten.

■ DR. ROLAND KADEN



ZFA Marlies Frank

Ein halbes Jahrhun

Neumünster. „Auf keinen Fall!“, hat Der Reporter des Zahnärzteblattes ha auch zum 50. Dienstjubiläum hier an geirrt. Am 1. April 2014 hat die Praxi gebührend gefeiert – als dienstälteste



ZFA Marlies Frank beging ihr 50-jähriges Berufsjubiläum in der Praxis von Dr. Georg-Wilhelm Möhl, Neumünster „Fünf Jahrzehnte in einer Praxis, da ist man ein seltenes Exemplar“, sagt die 65-jährige. Sie lacht, die Augen strahlen. Hier begann sie 1964 bei Dr. Woitschek ihre Ausbildung zur Zahnarzt-helferin, wie ihr Traumberuf damals noch hieß. Extrem zielstrebig war sie da. Man hatte ihr deshalb sogar die Sondergenehmigung erteilt, mit 15 Jahren statt erst mit 16 in die Lehre zu gehen.

Dr. Georg Möhl lächelt ver-schmitzt und hält sich erst einmal im Hintergrund. Dabei ist auch er, dank Marlies Frank, eine Art Einzelfall. „Ich habe diese Praxis erst seit 1985. Aber ich hätte sie nie im Leben bekommen, wenn Frau Frank nicht darauf bestanden hätte“, klärt der 66-Jährige auf. „Nun gehen wir natürlich auch zur gleichen Zeit in den Ruhestand. Mir

Foto: Cornelia Müller

## dert im Beruf

vor zehn Jahren geantwortet.  
 er vermutet, er werde sie wohl  
 offen. Marlies Frank hat sich  
 Dr. Georg Möhl in Neumünster sie  
 ZFA im Lande.

fehlt aber noch der Praxisnachfolger...“  
 „...und ich bleibe deshalb immer  
 noch“, ergänzt sie augenzwinkernd.  
 Der Beruf war von Beginn an ihre Sa-  
 che: „Mit Menschen zu arbeiten, ihnen  
 Mut zu machen, die Vielfalt, das tolle  
 Klima im Team machen jeden Tag  
 Spaß.“ Nur kurz hat sie halbtags gear-  
 beitet, als die Tochter auf das Gymna-  
 sium wechselte. „Sie hatte sich schnell  
 an die neue Schule gewöhnt. Sollte ich  
 da herumsitzen? Mein Mann war Poli-  
 zist und arbeitete genauso gern. Er  
 unterstützt mich darin bis heute.“ Die-  
 se Energie strahlt Marlies Frank immer  
 noch aus, wenn sie Patienten im Emp-  
 fang nimmt, die teils schon in dritter  
 Generation in die Praxis am Kuhberg  
 kommen. Oder wenn sie die Termine  
 macht, Verwaltungsaufgaben erledigt,  
 wenn sie selbstbewusst mit der  
 Schreibmaschine die Kartei vervoll-  
 ständig. „Ja. Wir haben zusätzlich zur  
 EDV noch Karten. Das ist praktischer  
 als alles andere.“ Wer wollte ihr bei all  
 der Erfahrung widersprechen.

Auch der heutige Chef wagte  
 nur kurz Widerspruch, als 1984 bei Fa-  
 milie Möhl in Köln kurz vor Heilig-  
 abend das Telefon klingelte und Mar-  
 lies Frank an der Strippe war. „Sie müs-  
 sen kommen, Herr Dr. Möhl, Neu-  
 münster braucht Sie. Meinem Chef  
 geht es gesundheitlich schlecht. Er  
 braucht einen Nachfolger. Am besten  
 gleich!“, klang es aus dem Hörer.

Möhl ist gebürtiger Kieler,  
 wuchs in Brasilien auf und studierte in  
 seiner Geburtsstadt. Danach war er in  
 der Chirurgischen Abteilung der Kieler



*Eike Snoyek, Vorsitzender des Kreisvereins der Zahnärzte Neumünsters, überbrachte die Glückwünsche der Zahnärztekammer.*

Uni-Zahnklinik tätig, bis er 1978–80  
 seine Praxiszeit in Neumünster absol-  
 vierte, wo Marlies Frank arbeitete. Die  
 Praxis wurde inzwischen von Woit-  
 scheks Nachfolger Dr. Harald Wilms  
 geführt. Möhl: „Ich wäre gern in Neu-  
 münster geblieben. Doch ich wollte  
 mich selbstständig machen. So konnte  
 ich meine Ehefrau aus Kiel davon über-  
 zeugen, nach Köln zu ziehen, um dort  
 mit einem Kollegen eine Praxis aufzu-  
 bauen. Die plötzliche Aussicht, nach so  
 wenigen Jahren in Neumünster selbst-  
 ständig zu arbeiten, war verlockend.  
 Aber konnte ich den Kollegen sitzen  
 lassen?“

Am 17. Januar 1985 klingelte  
 Marlies Franks Telefon: „Möhl hier. Ich  
 komme zurück.“ Am 1. Juli übernahm  
 er die Praxis. „Mein Partner in Köln  
 schüttelte nur den Kopf“, räumt er ein.  
 „Er hat mir zum Glück verziehen und  
 wir sind Freunde.“ Marlies Frank spürt  
 noch ihre Erleichterung, wenn sie dar-  
 an zurückdenkt. „Ich hatte das Gefühl,  
 dass alles auf der Kippe steht. Wenn  
 Dr. Möhl nicht zugestimmt hätte, hätte

ich gekündigt.“ Dass danach alles lo-  
 cker war, will ihr Chef nicht im Raum  
 stehen lassen: „Wir stellten auf EDV  
 um, es gab neue Behandlungsabläufe  
 durch Implantologie und Vollnarko-  
 sen. Frau Frank hat alles mit Elan ge-  
 meistert, auch wenn sie ab und zu  
 schlaflose Nächte hatte.“

Ihr unerschütterlicher Opti-  
 mismus hat die gute Zusammenarbeit  
 mit insgesamt 30 Kolleginnen, 23 As-  
 sistenten, drei Chefs getragen. Das ak-  
 tuelle Praxisteam ist schon lange mit-  
 einander vertraut. Zahntechniker Hen-  
 ning Müller-Jagow ist seit 1989 dabei,  
 PZR-Facharbeiterin Stefanie Jahnsen  
 kam 2001 dazu, ZMF Sabrina Schnorr  
 ist der Praxis seit Ausbildungsbeginn  
 2002 treu. Vor zwei Jahren flog die  
 Crew sogar zusammen in den Urlaub.  
 „Wir sind wie eine Familie“, bekräftigt  
 Marlies Frank. „Ich habe zwar viele  
 Ideen für mein Leben ohne Kollegen  
 und Patienten. Aber vermissen werde  
 ich sie alle – vor allem den Chef.“ Dem  
 geht es genauso.

■ CORNELIA MÜLLER

Foto: ZTM Andreas Schreiber

Vortragsreihe 2014

## Zahnersatz auf Implantaten – auch etwas für mich?

Die zweite Runde der Vortragsreihe »Zahnersatz auf Implantaten – auch etwas für mich?«, die von der Patientenberatungsstelle der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zusammen mit der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein im Februar und März veranstaltet wurde, war erneut ein Selbstgänger.

Fünf ausgebuchte Abendveranstaltungen im Land beweisen: Mit der wachsenden Zahl von Implantatträgern ist der Aufklärungsbedarf heute höher denn je.

Wie kann es sein, dass der Kieferknochen weiß, dass er gebraucht wird? Im Plenum ist es still, als Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, Direktor der Klinik für

Tatsächlich ist die Schraube des Implantats eine künstliche Zahnwurzel, auf die der Knochen reagiert, wenn sie durch die Kaubewegung belastet wird. Und diese Schraube heilt fast immer problemlos ein, wenn der Knochen dafür die Zeit bekommt“, erläutert er. Bewunderndes Kopfnicken geht durch die Reihen im Vortragsraum der Verbraucherberatungsstelle

show“, wie er scherzhaft sagt, schafft es spielend, der vollgepackten Zusammenfassung über Aufbau, Funktion und Einsatzmöglichkeiten von Implantaten ein sicheres Gerüst zu geben. Auf dem kann jeder Zuhörer ihm 60 Minuten lang sicher und spielend folgen. Zwischenfragen sind erlaubt und erwünscht.



*Das Interesse an der Veranstaltung war groß, der Veranstaltungsraum in Kiel bis auf den letzten Platz gefüllt. Viele Teilnehmer nutzten die Gelegenheit, im Anschluss an die Vorträge persönliche Fragen an die Referenten zu stellen.*

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Kiel, erklärt, wie sich Knochen zurückbildet, wenn er nicht mehr adäquat beansprucht wird. „Wer keine Zähne mehr hat, auch wenn er eine Prothese trägt, leidet bald unter verstärktem Knochenrückgang. Knochen braucht das Signal der Zahnwurzel, um zu wissen, dass er als Halteapparat stark sein muss.

in Kiel. „Wahnsinn“, entfährt es einer Teilnehmerin. „Der Körper ist doch ein Wunderwerk.“

Die Klarheit, mit der Wiltfang und Dr. Michael Diercks, stellvertretener KZV-Vorsitzender komplexe Vorgänge und Sachverhalte auf den Punkt bringen, ist etwas Besonderes. Wiltfang als Hauptredner dieser „zweiten Road-

Es stellt sich heraus, dass noch mehr Patienten als in der ersten Auflage der Reihe Ende 2012 entweder dank ihres Zahnarztes – weil sie Implantatträger sind – oder durch Gespräche mit Bekannten beziehungsweise Internetrecherchen Vorkenntnisse mitbringen. Dass sie lückenhaft sind, ist hier kein Makel. Deshalb gibt es ja den Aufklärungsabend. Fragen





Fotos: Cornelia Müller

Gestalteten den Informationsabend in der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein (v.l.n.r.):  
Dr. Michael Diercks, Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang und Dorothee Kremer  
(Verbraucherberatungsstelle)

wie „Gibt es Bedenken, sich Implantate einsetzen zu lassen, wenn man unter Osteoporose leidet?“ oder „Ist eine zurückliegende Krebserkrankung ein Hinderungsgrund?“ zeigen, dass die Interessierten qualifizierte Antworten erwarten, die im Einzelfall tiefer ins Detail gehen. Vielen ist immer noch neu, dass die Zahl der Kontra-Indikationen, die das Einsetzen künstlicher Zahnwurzeln nicht ratsam erscheinen lassen, heute als sehr gering eingestuft wird.

Schnell ist deutlich, dass heute auch herausnehmbarer Zahnersatz dank Implantologie zu einer den Kauapparat erhaltenden Möglichkeit gehört. Mit Hilfe von „Pfeilern“, die vier bis sechs künstliche Wurzeln im Kiefer darstellen, sitzt eine Prothese fest und sicher im Mund. „Die Prothese wird Tag und Nacht getragen und nur zur Reinigung herausgenommen“, erläutert Diercks, „welche Verbindungsvorrichtung dann am besten geeignet ist, ob Stege, druckknopfartige oder teleskopierende Verbindungselemente, hängt immer vom Einzelfall ab und kann nicht allgemein beantwortet werden.“

**Ganz oben** steht eine Aussage: „Lassen Sie sich zuerst fachlich gut beraten. Jede Lösung ist anders, Zahnersatz ist individuell. Vergleiche mit anderen Patienten, die in einer anderen Lage sind, sind oft verwirrend.“ Erster Ansprechpartner sollte immer der eigene Zahnarzt sein. Er kennt den Patienten und die Gegebenheiten im Mund bereits, betont Diercks mehrfach. Eine zweite Meinung kann hilfreich sein, ein „Ärztchopping“ aber sicher nicht. Für den Behandlungserfolg sei auch eine eingespielte Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Labor wichtig, die mit Auslandszahnersatz oder Internetanbietern nur schwer zu erreichen sei. „Tun Sie sich das nicht an“, rät er. Gut zu wissen ist für viele Zuhörer, dass die Krankenkassen zumindest den prothetischen Teil auf einem Implantat bezuschussen. Auch die zunächst höheren Kosten, die der Patient für eine Implantatlösung im Vergleich zum herkömmlichen Zahnersatz selbst tragen muss, relativieren sich – sie hält ja viele Jahre länger.

Der Abend könnte noch Stunden weitergehen. Doch viele der Fragen,

die nach dem offiziellen Ende in Einzelgesprächen mit Wiltfang und Diercks gestellt werden, wären nur nach einer Untersuchung fachlich korrekt zu beantworten. Die beiden Referenten und Dorothee Kremer, Leiterin der Verbraucherberatungsstelle, verweisen dabei zusätzlich auf die Patientenberatungsstelle von Kammer und KZV sowie die zahnärztlichen Beratungsstunden in den Verbraucherzentren in Kiel, Flensburg, Norderstedt, Heide, Lübeck und Bad Oldesloe.

Alles in allem sind die Akteure einig: Der Abend war für viele Besucher eine echte Entscheidungshilfe und hat Angst abgebaut. Der große Beifall am Ende und manches persönliche Dankeschön sprechen Bände.

■ CORNELIA MÜLLER

64. Wissenschaftliche Tagung  
1. November 2014

Endodontie –  
aus der Wissenschaft für die Praxis

64. Wissenschaftliche Tagung  
der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft  
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
und zfa-samstag®  
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

SAVE THE DATE  
1. November 2014  
Audimax der CAU Kiel

www.zahnkammer.de

www.zfa-samstag.de

Im Kurzporträt

## Neue Gesichter in der Kammerversammlung

### Dr. Ole Christian Dietrich

Ganz nah dran sein am Patienten, eine Behandlung, bei der das Persönliche Stellenwert hat, ist für Dr. Ole Christian Dietrich aus Sereetz ein hohes Gut.

Der 36 Jahre alte Zahnarzt sitzt seit März 2013 als Delegierter in der Kammerversammlung der Zahnärztekammer und ist „hochmotiviert“, wie er selbst sagt. „Ein Fokus wird sicher darauf liegen, den Fortbestand der Einzelpraxen zu sichern“, sagt er. „Ich möchte dabei jedoch völlig unvoreingenommen an die Aufgabe herangehen und die Kammerversammlung erst noch besser kennenlernen, bevor ich mich gezielter engagiere. Ich bringe kein fertiges standespolitisches Konzept mit.“ Sorge bereiten ihm Fälle mangelnder Solidarität in der Kollegenschaft, „die beispielsweise Ausdruck im rücksichtslosen Werbeverhalten Einzelner findet“.

Dietrich arbeitet seit sechs Jahren zusammen mit seinem Vater Dr. Ingo Dietrich und neuerdings auch einer angestellten Zahnärztin in einer Berufsausübungsgemeinschaft. In der väterlichen Praxis, die seit 1976 besteht, absolvierte er auch schon die Assistenzzeit. „Wir sind ein tolles Team“, sagt er. Das manchmal fast familiäre Verhältnis zu Patienten sei aus einer Praxis, die schon so lange besteht und über die 5000-Einwohner-Gemeinde hinaus einen großen Einzugsbereich hat, nicht wegzudenken. „Manche Familie lässt sich jetzt schon in vierter Generation bei uns behandeln.“ Seit 36 Jahren betreut die Praxis auch die beiden Kindergärten im Ort nach dem Patenschaftskonzept.

„Schon in meiner Schulzeit stand für mich fest, dass ich wie mein Vater Zahnarzt werden wollte“, bekennt Dietrich. Er wuchs in Sereetz auf und besuchte später das Gymnasium im benachbarten Bad Schwartau. Dort leistete er auch seinen Ersatzdienst in einer Behinderten-einrichtung. Nach dem Studium in Kiel und Rostock bildete er sich intensiv weiter mit chirurgischem Schwerpunkt (Curriculum Implantologie DGI) und promovierte. „Die ersten Berufsjahre waren erst einmal ausgefüllt mit der Einarbeitung in alle Bereiche selbstständiger Praxis-tätigkeit.“

Den Weg in die Zahnärztekammer fand er durch den langjährigen Delegierten Dr. Ernst-August Stegemann, der 2013 verstorben ist. Er hatte den jungen Kollegen wiederholt angesprochen und ihm eine Kandidatur nahegelegt.

Verwurzelt in der Region macht ihm das Arbeiten „sehr große Freude“. Mit seiner Ehefrau und dem fünf Monate alten Töchterchen wohnt Dietrich jetzt in Bad Schwartau. Ein Ausgleich zum Beruf sind die Gartenarbeit, „die ich auch bei Wind und Wetter über alles liebe“, und das Windsurfen. „Ohne Wasser und körperliche Betätigung ginge gar nichts“ bekennt er.



„Das ist mein Gegenpol.“ So verbringt die junge Familie ihre Urlaube bevorzugt „in meiner zweiten Heimat in Schweden am oder auf dem Wasser“. Was nicht erstaunt – die Ehefrau ist eine gebürtige Schwedin.

■ CORNELIA MÜLLER

## Dr. Ralf Henke

„Viele Kollegen in meinem Umfeld sind ehrenamtlich für unseren Berufsstand engagiert. Ich bewundere das. Jetzt möchte auch ich mich aktiv in die Kammer einbringen und ein bisschen von dem zurückgeben“, sagt Dr. Ralf Henke.

Der Elmshorner Zahnarzt ist als Delegierter Nachfolger des Kollegen Volker Hesebeck aus Elmshorn, der zur Wahl 2013 nicht mehr kandidiert hatte. In vorderster Reihe zu stehen, sei zwar nicht seine Sache, räumt Henke ein. Ihm sei aber wichtig, „dass die Zahnärzteschaft, bei aller Individualität des Einzelnen, nach außen geschlossen auftritt. Dafür mache ich mich stark. Für mich fällt auch der Verzicht auf Werbekampagnen für die eigene Praxis darunter. Damit arbeiten wir nicht füreinander und miteinander, sondern als Konkurrenten gegeneinander.“

Ein weiterer Beweggrund – wenn nicht sogar der wichtigste – für Henkes Mitarbeit in der Delegiertenversammlung ist das Thema Freiberuflichkeit. „Der Freie Beruf sollte nicht unterlaufen werden durch klinikartige Zusammenschlüsse, wo der Einzelne fremdbestimmt wird durch Kapitalgesellschaften. Das passt für mich nicht zum Berufsbild Zahnarzt/Zahnärztin“, bekennt er. Sein Interesse findet auch der Bereich Kammerhaushalt. „Vielleicht ergibt sich hier im Laufe der Zeit eine Mitarbeit.“

Im Kreis Pinneberg ist der 50-Jährige Mitglied im Kreisverein. Mit weiteren Kollegen ist er für die Notdiensteinteilung zuständig. „Auf Ortsebene bin ich zusätzlich seit zwölf Jahren Mitglied in einem kleinen Qualitätszirkel der Zahnärzte. Wir organisieren über das Kreisvereinsangebot hinaus Fortbil-

dungen und pflegen den kollegialen Austausch.“ Einer weiteren Aufgabe hat er sich vor einem Jahr angenommen: Für die KZV ist er als Gutachter tätig, wenn es um die Planung von Zahnersatz oder um Mängel geht. „Das ist eine sehr interessante Zusatzaufgabe, die mir Spaß macht“, sagt er. Kein Wunder: Er ist dafür auch aufgrund seiner ersten Ausbildung prädestiniert.

Ralf Henke stammt ursprünglich auch aus Elmshorn. Hier erlernte er den Beruf des Zahntechnikers. „Mir hat da auf Dauer aber der unmittelbare Kontakt zu den Menschen gefehlt. Ich wollte das Werkstück gern auch selbst am Patienten beurteilen können. Deshalb habe ich mich nach meiner Zeit bei der Bundeswehr für das Studium der Zahnmedizin in Hamburg entschieden.“ 1998 ließ er sich als Zahnarzt in der Hansestadt nieder. Als in Elmshorn zum 1. Januar 2000 die Möglichkeit bestand, eine Praxis allein zu übernehmen, ergriff er die Chance, „denn ich wollte sehr gern wieder zurück.“

In Henkes Praxis sind heute ein Kollege und eine weitere Kollegin im Vorbereitungsdienst angestellt. „Ich verstehe mich als Generalist, bin aber von Haus aus auch der Prothetik zugewandt“, beschreibt er die Ausrichtung. „Sehr wichtig ist mir, dass zwischen Zahnarzt und Patient Vertrauen besteht. Es stellt sehr zufrieden, wenn Patienten jetzt schon 15 Jahre lang zu uns in die Behandlung



kommen.“ Gemeinsam mit anderen Kollegen aus Elmshorn betreibt Henke außerdem ein eigenes zahntechnisches Labor.

Privat entspannt sich der Elmshorner, der seit 22 Jahren mit seiner Partnerin zusammenlebt und keine Kinder hat, gern auf der Alster in Hamburg auf einem kleinen Segelboot. „Und ich liebe Motorradtouren“, verrät er. „Meine Partnerin kommt gern mit auf die kleineren Fahrten. Die großen Motorradreisen, zum Beispiel durch Amerika, mache ich mit einer Bikercrew.“

■ CORNELIA MÜLLER

GKV:

## Gröhe bringt Finanzreform ins Rollen

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat sich zügig daran gemacht, die Koalitionspläne zur Neugestaltung der GKV-Finanzierung auf den Weg zu bringen. Nach genau 100 Tagen im Amt beschloss das Bundeskabinett am 26. März einen 75 Seiten umfassenden Entwurf des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG).

Änderungen sind im weiteren parlamentarischen Verfahren, das nach dem Willen der Bundesregierung „zügig“ abgeschlossen werden soll, noch möglich. Das Gesetz wird nach derzeitiger Planung zum 1. Januar 2015 in Kraft treten – einzelne Regelungen, wie etwa zum geplanten „Qualitätsinstitut“, auch schon früher.

Bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung hatten Union und SPD Handlungsbedarf bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung signalisiert. „Trotz der derzeit guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass perspektivisch die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen werden“, heißt es ganz ähnlich nun auch im Gesetzentwurf. Namentlich eine „wettbewerbliche Ausrichtung“ des Gesundheitswesens, eine „umsichtige Ausgabenpolitik“ inklusive „beschäftigungsfreundlicher Ausgestaltung“ und natürlich „Qualität“ sollen durch das neue Gesetz gewährleistet werden – das Ganze selbstverständlich „nachhaltig“ und „solide“.

Die bisherige Situation, dass einige gesetzliche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, andere dagegen darauf verzichten konnten, hat nach Ansicht der GroKo zu einer „ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in

der Versorgung und Bemühungen um eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens“ in den Hintergrund rücken lassen. Bei einer Neugestaltung der Finanzierungsgrundlagen sei sicherzustellen, dass die Beitragsautonomie der Krankenkassen „weiter“ [sic!] gestärkt werde und der Wettbewerb zwischen den Kassen „mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ stattfinde: „Hieraus resultierende Anreize für Risikoselektion und damit einhergehende Wettbewerbsverzerrungen sind auszuschließen“, heißt es im Gesetzentwurf. Es sei notwendig, „dass Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind“. Und um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erhalten, müssten die Zusatzbeiträge auch „tatsächlich“ erhoben werden.

### Die Maßnahmen im Einzelnen:

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird unverändert bei 14,6 Prozent belassen. Der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom Dezember 2010 erfolgte Entkoppelung der Lohnzusatzkosten von den Gesundheitsausgaben bleibe demnach bestehen, betont die Bundesregierung in ihrem Entwurf.

Der Beitragssatzanteil von 0,9 Prozent, der bislang allein von den

Versicherten zu tragen ist – 2005 eingeführt unter der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt – wird abgeschafft. Die daraus resultierende Unterdeckung des GKV-Haushalts beziffert die Bundesregierung auf rund 11 Milliarden Euro. Diese Lücke soll durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge geschlossen werden. Dadurch werde der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt gestärkt, hofft die GroKo.

Der im Zusammenhang mit dem bisherigen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag stehende steuerfinanzierte Sozialausgleich wird ebenfalls gestrichen: Der 2009 eingeführte Ausgleich – „und damit verbundene Mehrbelastungen des Bundes“ – seien aufgrund der geplanten Neuregelungen beim Zusatzbeitrag nicht mehr erforderlich, beschloss die Große Koalition.

Wenn eine Krankenkasse künftig einen Zusatzbeitrag erhebt, werden Versicherte ein Sonderkündigungsrecht haben. „Durch das Gesetz erhöhen wir den Anreiz der Kassen im Wettbewerb um Versicherte eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten und effizient zu wirtschaften, um so die Zusatzbeiträge möglichst gering zu halten. Außerdem wird es den Kassen erleichtert, ihre teilweise erheblichen finanziellen Reserven an ihre Mitglieder weiterzugeben“, erklärt der Bundesgesundheitsminister in einer Pressemitteilung.

Nun werden die Kassen den neuen Zusatzbeitrag künftig aller-

dings nicht mehr direkt von ihren Versicherten einfordern, sondern er wird wie der „normale“ Beitrag auch von der Gehaltsabrechnung abgezogen – das bisherige „bürokratische Einzugsverfahren“, wie Gröhe es umschreibt, entfällt. Ob die Auswirkungen auf den Wettbewerb da tatsächlich genauso groß sein werden wie bei „Direktüberweisungen“ durch die Versicherten, wird sich zeigen.

Wegen der „stark unterschiedlichen Höhe“ der durchschnittlichen Einkommen der versicherten Mitglieder der Krankenkassen will die Bundesregierung künftig einen „unbürokratischen und vollständigen Einkommensausgleich“ durchführen. Andernfalls müssten Krankenkassen mit „überdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern“ bei gleichem Finanzierungsbedarf einen geringeren Zusatzbeitrag erheben als Krankenkassen mit „unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern“. Die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen soll aber gerade nicht zu „Risikoselektionsanreizen“ und „Wettbewerbsverzerrungen“ führen: „Damit wird sichergestellt, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und sich die Krankenkassen um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung bemühen.“

Ob die Rechnung der Bundesregierung da tatsächlich aufgehen wird, darf bezweifelt werden. Denn die im Hintergrund ablaufenden Mechanismen zum Einkommensausgleich bei den Krankenkassen sind keineswegs so „unbürokratisch“ wie behauptet. Zwar könnten Krankenkassen grundsätzlich auch einen Zusatzbeitrag in Höhe von null Prozent festsetzen. Das jedoch wird sich jede Kasse gut

überlegen. Der individuelle Zusatzbeitrag soll letztendlich nämlich nicht nach den Einkünften der eigenen Mitglieder berechnet werden, sondern nach den voraussichtlichen durchschnittlichen Einnahmen aller GKV-Mitglieder. Und schon ist es mit der angeblichen Beitragsautonomie der Krankenkassen nicht mehr so weit her.

Immerhin soll die „Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen“ für viele Beitragszahler im Jahr 2015 zu „Entlastungen“ führen: Bundesgesundheitsminister Gröhe glaubt, rund 20 Millionen Menschen seien bei Kassen versichert, die mit einem Zusatzbeitrag von unter 0,9 Prozent auskommen werden. Wie die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Dr. Doris Pfeiffer, der *Neuen Passauer Presse* mitteilte, wird sich allerdings erst im Herbst, wenn die Krankenkassen ihre Haushalte für das nächste Jahr aufstellen, entscheiden, ob die Berechnungen der Bundesregierung tatsächlich realistisch sind. Erst dann wird feststehen, welche Kassen einen Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent nehmen werden – und damit unterm Strich wie heute auf 15,5 Prozent kommen, – welche mehr und welche möglicherweise weniger verlangen.

Der Essener Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem vermutet, die Kassen-Finanzreform werde die gesetzlich Versicherten nur vorübergehend finanziell entlasten – wenn überhaupt. Zumindest mittelfristig werde die Reform zu steigenden Beiträgen führen. Die Bundesregierung dagegen meint, die Verwendung von Finanzreserven seitens der Krankenkassen werde dazu beitragen, den Anstieg der Zusatzbeiträge zu begrenzen.

Wasem erwartet zwar, dass der Zusatzbeitrag nach dem Reformstart

2015 im Schnitt zunächst unter 0,9 Prozent liegen wird. Es werde jedoch auch Kassen geben, bei denen es zu einer Nettobelastung komme, sagte er der Nachrichtenagentur *dpa*. Ab 2016 werde der Zusatzbeitrag dann im Schnitt jedes Jahr um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte steigen. Für 2017 rechnet Wasem mit Zusatzbeiträgen von 1,3 bis 1,5 Prozent. Das Bundesversicherungsamt ist in seiner Prognose sogar noch pessimistischer und schätzt den Zusatzbeitrag 2017 auf 1,6 bis 1,7 Prozent.

Neben der Finanzreform plant die Bundesregierung auch, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in den Bereichen Auslandsversicherte und Krankengeld weiterzuentwickeln. Grundlage dafür sollen Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2011 sein.

Der Regierungsentwurf sieht zudem den Aufbau eines „fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vor. „Weil wir Qualitätswettbewerb wollen, brauchen wir auch verlässliche Kriterien, an denen wir Qualität festmachen können. Deshalb beginnen wir noch in diesem Jahr mit dem Aufbau eines neuen Qualitätsinstituts. Es soll wissenschaftlich abgesicherte Qualitätskriterien entwickeln und Qualitätsvergleiche veröffentlichen“, kommentiert Gröhe das Vorhaben.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass beim Gemeinsamen Bundesausschuss durch die Stiftungsgründung und den Institutsaufbau einmalige Kosten in Höhe von 215.000 Euro anfallen. Die jährlichen Kosten für dieses Institut werden auf bis zu 14 Millionen Euro geschätzt.

■ KIRSTEN BEHRENDT

# Bundesregierung kürzt Steuerzuschuss an die GKV

Die Bundesregierung beschloss am 12. März den zweiten Regierungsentwurf zum Bundeshaushalt 2014, die Eckwerte des Bundeshaushalts 2015 und des Finanzplans bis zum Jahr 2018. Ein neuer Regierungsentwurf für dieses Jahr war notwendig, weil das Haushaltsverfahren im letzten Jahr aufgrund der Bundestagswahl nicht abgeschlossen werden konnte.

Erstmals seit 1969 soll der Bund 2015 mit dem Geld auskommen, das er einnimmt. Den Etatausgleich schafft Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble dank guter Konjunktur, Rekordsteuereinnahmen und Minizinsen – aber auch durch einen erneuten Griff in die Sozialkassen.

Wie bereits im ersten Regierungsentwurf vorgesehen wird der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben in diesem Jahr gegenüber der geltenden Rechtslage um 3,5 Milliarden Euro auf nun 10,5 Milliarden Euro abgesenkt. Die Absenkung des GKV-Zuschusses sei „abgesichert“ und „angemessen“, befindet die Bundesregierung in ihrem Haushaltsentwurf. Schließlich verfügten Gesundheitsfonds und Krankenkassen Ende 2013 über Finanzreserven in Höhe von gut 30 Milliarden Euro, davon rund 17 Milliarden Euro bei den Krankenkassen und etwa 13,5 Milliarden Euro beim Gesundheitsfonds. Angesichts der Rücklagen sei zu erwarten, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2014 ausreichen, um die Ausgaben der Krankenkassen zu decken, meint der Bundesfinanzminister.

Und aufgrund der soliden Basis sei auch davon auszugehen, dass die Krankenkassen 2014 keine Zusatzbeiträge erheben. Die Absenkung des Bundeszuschusses könne somit aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds „vollständig ausgeglichen werden“, rechnet Schäuble vor. Die Höhe der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen bleibe damit von der Absenkung des Bundeszuschusses unberührt. Außerdem werde das Niveau der Liquiditätsreserve zum Jahresende 2014 die Höhe der gesetzlichen Mindestreserve trotz allem noch „deutlich“ übersteigen.

Doch damit nicht genug: Die „günstige Entwicklung des Gesundheitsfonds“ erlaube 2015 eine nochmalige Absenkung des Bundeszuschusses – dann um 2,5 Milliarden auf 11,5 Milliarden Euro. Angesichts der Rücklagen des Gesundheitsfonds seien diese Anpassungen möglich, ohne dass zusätzliche Belastungen der GKV-Versicherten zu erwarten seien, erklärt die Große Koalition. – Allerdings werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums bereits 2015 wieder über den Einnahmen liegen – nachzulesen im Koalitionsvertrag. Durch die Kürzung des Bundeszuschusses schmelzen also die Reserven der GKV schneller.

Im Jahr 2016 soll der Bundeszuschuss daher wieder auf 14 Milliarden Euro angehoben werden. 2017

und 2018 wird sich der Zuschuss nach derzeitiger Planung auf jeweils 14,5 Milliarden Euro belaufen – 500 Millionen Euro mehr als im bislang geltenden Finanzplan vorgesehen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe deklarierte das als Erfolg. Er habe in den Etatverhandlungen klar gemacht, dass das Geld, das 2015 zur Entlastung des Haushalts zur Verfügung gestellt wird, wieder in den Gesundheitsfonds zurückfließen müsse: „Da bin ich mir mit dem Finanzminister einig.“ Über 30 Milliarden Euro seien ein „sehr hohes Polster“, „wir können es uns deshalb leisten, im Jahr 2015 vorübergehend Geld zur Haushaltskonsolidierung zur Verfügung zu stellen“, meinte er.

Die Kürzung des Bundeszuschusses als eine Art Darlehen an den Bundeshaushalt? Wie verlässlich diese Zusagen auf zukünftige Zahlungen sind, wird sich zeigen. Eine gehörige Portion Misstrauen ist da sicherlich angebracht. Denn gut gefüllte Sozialkassen haben sich bereits mehrfach als „Notgroschen“ der gerade amtierenden Regierung erwiesen: der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds wird nicht zum ersten Mal gekürzt (2013 von 14 auf 11,5 Milliarden Euro), und auch die unlängst beschlossenen Verbesserungen bei der Mütterrente von sechs Milliarden Euro im Jahr werden aus Beiträgen statt aus Steuern finanziert. – Schließlich hat die GroKo Steuererhöhungen ausgeschlossen, zugleich aber höhere Ausgaben vereinbart ... Der



Foto: Iija C. Hende/BFM

FDP-Bundesvorsitzende Christian Lindner nannte Schäuble denn auch „feige“, weil er die Kosten der schwarz-roten Wahlgeschenke in den Sozialkassen verstecke.

Die Krankenkassen erhalten den Bundeszuschuss, weil sie Aufgaben finanzieren, die streng betrachtet nichts mit einer Krankenversicherung zu tun haben. Dazu gehören vor allem die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen sowie Ehegatten der Mitglieder, aber auch Haushaltshilfe bei Schwangerschaft oder Krankengeld für Eltern, wenn sie wegen der Betreuung eines Kindes nicht arbeiten können. Im Jahr 2011 betrug das Gesamtvolumen, das die gesetzlichen Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen ausgaben, nach Aussage des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ca. 33,9 Milliarden Euro. Gedeckt sind die Ausgaben durch den Bundeszuschuss also ohnehin nicht.

Entsprechend wehren sich die Kassen dagegen, die sozialpolitisch motivierten versicherungsfremden Leistungen zu einem noch höheren Anteil aus den Beitragsgeldern ihrer Versicherten zu finanzieren. Allein die diesjährige Kürzung um 3,5 Milliarden Euro mache 11,5 Prozent der GKV-Finanzreserven aus, verdeutlichte Ralf Langjürgen, Leiter der Landesvertretung Bayern des Verbandes der Ersatzkassen in einer Pressemitteilung: „Das ist das Geld der Versicherten und keine Spielmasse für Haushaltspolitiker.“

Als ein „Beschleunigungsprogramm für Beitragserhöhungen“, kritisierte Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, die Kürzung des Bundeszuschusses. „Die aktuelle Finanzsituation darf nicht darüber hinwegtäu-

schen, dass die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben spätestens 2015 wieder aufgeht“, mahnte sie. „Die Politik hatte den Bundeszuschuss eingeführt, um die versicherungsfremden Leistungen stärker über Steuermittel zu finanzieren. Statt ständiger politischer Eingriffe brauchen wir eine verbindliche Kopplung der Höhe des Bundeszuschusses an die Entwicklung der versicherungsfremden Ausgaben.“

Für die Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, Ulrike Elsner, zeigen die Kürzungspläne, „wie beliebig der Gesetzgeber mit versprochenen Steuerzuschüssen umgeht“,

und auch AOK-Chef Jürgen Graalmann bemerkte: „Eine erneute Kürzung widerspricht dem Grundsatz der Verlässlichkeit.“

Der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn findet die Kürzung zwar in Ordnung. Er verstehe jedoch nicht, warum Schäuble – wie auch bei der Rente – Haushaltsversprechungen für die Jahre ab 2017 mache: „Als ob wir da in Geld schwimmen würden.“ – Dem ist wohl nichts mehr hinzuzufügen!

■ KIRSTEN BEHRENDT

## Erfolgreicher Schleswig-Holsteinischer ZahnÄrztetag

**897 Zahnärzte und ihre Praxisteam – insgesamt 2.170 Personen – nahmen am 29. März am Schleswig-Holsteinischen ZahnÄrztetag in den Holstenhallen teil: Das ist ein neuer Rekord!**

„Kontroversen in der Zahnmedizin – Wege zur Entscheidungsfindung“ lautete das Thema des ZahnÄrztetages in diesem Jahr.

Die Zahnmedizin entwickelt sich kontinuierlich weiter. Zahlreiche Referenten aus ganz Deutschland gaben anlässlich des ZahnÄrztetags einen Überblick über neue Erkenntnisse der Forschung, neue Verfahren, neue Materialien und Technologien. Minimalinvasive Behandlungsmethoden, parodontale Therapiekonzepte und Implantatversorgungen waren nur einige der Themen, die dabei zur Sprache kamen. Umfassende Fortbildungen wie der Schleswig-Holsteinische ZahnÄrztetag

helfen dem Zahnarzt in seiner Praxis, mit den aktuellen Entwicklungen Schritt zu halten, damit er für seine Patienten immer auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand ist.

Der Schleswig-Holsteinische ZahnÄrztetag fand in diesem Jahr bereits zum 21. Mal statt. Ergänzend zum wissenschaftlichen Programm wurde den Teilnehmern eine Dentalausstellung mit über 120 Ausstellern geboten, auf der sich die Besucher über Neues und Bewährtes aus Dentalindustrie und -handel informieren konnten. Das Angebot umfasste Praxiseinrichtungen und -verwaltungssysteme sowie Behandlungsgeräte, aber beispielsweise auch Implantatsysteme und Prophylaxeartikel zur Verbesserung der Mundgesundheit. Ein ausführlicher Bericht über den Schleswig-Holsteinischen ZahnÄrztetag folgt in der Mai-Ausgabe des Zahnärzteblattes.

Be

Qualitätssicherung?

# Zentrale Prüfstelle zertifiziert Präventionskurse

Die finanzielle Beteiligung von gesetzlichen Krankenkassen an Präventionskursen ist seit langem ein kontrovers diskutiertes Thema. Nun soll endlich Schluss sein mit ärgerlichen Schlagzeilen à la „Krankenkassen bezuschussen Bauchtanzkurse“: Eine „Zentrale Prüfstelle Prävention“ will künftig in diesem Bereich für „mehr Qualität, weniger Prüfaufwand und bessere Übersicht über 360.000 Kursangebote“ sorgen.

Eingerichtet wurde das neue Gremium zum 1. Januar 2014 vom Verband der Ersatzkassen (vdek), dem BKK Dachverband e.V., der IKK classic, der Knappschaft, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der BIG direkt Gesundheit und der IKK Brandenburg und Berlin. Inzwischen sind auch die AOK Rheinland/Hamburg, die AOK Nordwest und die IKK Südwest der Initiative beigetreten.

„Qualität“ ist zu einer festen Größe geworden, an der im Gesundheitswesen niemand mehr vorbeikommt. Sie wird eingefordert, überwacht und gelegentlich in Frage gestellt; Institute werden gegründet, um sie zu untersuchen, zu kontrollieren und zu verwalten; Arzt- und Zahnarztpraxen wurden gesetzlich ver-

pflichtet, Qualitätsmanagement-Systeme zu unterhalten. Auch Präventionsleistungen von Krankenkassen müssen bestimmte Vorgaben im Hinblick auf die Qualität erfüllen. Laut § 20 SGB V sollen Leistungen zur „Primärprävention“ den „allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen erbringen“.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hatte zudem die gesetzliche Auflage, einen Präventionsleitfaden zu erstellen. Dieser Leitfaden ist nun eine der Grundlagen, auf der die „Zentrale Prüfstelle Prävention“ eine Zertifizierung von Kursen aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum vornimmt.

Und so funktioniert es: Auf dem „Qualitätsportal“ [www.zentrale-pruefstelle-praevention.de](http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de) können Anbieter ihre Kurskonzepte kostenlos hochladen. Innerhalb von zehn Tagen sollen sie eine Nachricht erhalten, ob der Kurs den qualitativen Anforderungen der Krankenkassen entspricht. Nur Kurse, die die Zertifizierung mit dem Siegel „Deutscher Standard Prävention“ erhalten haben, werden von den beteiligten Kassen auch bezuschusst. Die Höhe der Bezuschussung regeln die Kassen individuell über ihre Satzung. Die Prüfergebnisse sind bis zu drei Jahre ab dem Zeitpunkt der Zertifizierung gültig. Versicherte der beteiligten Krankenkassen können die qualitätsgeprüften Kurse über die Internetseite ihrer jeweiligen Kasse aufrufen.

Bislang prüfte jede Krankenkasse selbst. Dabei konnte es durchaus zu unterschiedlichen Prüfergebnissen bei ein und demselben Kurs und Anbieter kommen. Auf diese erstaunliche Tatsache wies Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes, anlässlich einer Pressekonferenz zur Vorstellung der Zentralen Prüfstelle freimütig hin. Den Verdacht, dass Krankenkassen Präventionskurse „bisher“ vor allem auch unter Marketing-Gesichtspunkten anboten, bestätigte ebenso unverblümt Ulrike Elsner, Vor-







Krankenkassen müssen bei einer Bezuschussung sicherstellen, dass der Präventionskurs den gesetzlichen Qualitätsanforderungen entspricht. Diese sind im Leitfaden Prävention zusammengefasst.

standsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen: „Wir holen das Thema Prävention auch ein großes Stück aus der ‚Marketing-Ecke‘ heraus“, erklärte sie und ging gleich noch einen Schritt weiter: „Zudem hängt die Frage der Bezuschussung zukünftig allein von dem objektiven Prüfergebnis ab und nicht mehr davon, ob gegebenenfalls eine andere Krankenkasse (Mitbewerber) den Kurs bezahlt.“ Elsner erwartet zudem einen „Qualitätsschub bei den Präventionskursen“. – Heißt das im Umkehrschluss, dass die Krankenkassen in der Vergangenheit auch Kurse bezuschussten, deren Qualität fragwürdig war?

Und sind die Prüfergebnisse jetzt denn tatsächlich „objektiv“? Richtig ist sicherlich, dass eine zentrale Prüfstelle einheitliche Bedingungen schafft und daher unterschiedliche Bewertungen der Kursqualität wie auch Doppelprüfungen bei den verschiedenen Krankenkassen der Vergangenheit angehören werden – zumindest innerhalb der Kooperationsgemeinschaft. Insofern macht es Sinn, die gesetzlich geforderte Qualitätsprüfung kassenintern zu bündeln.

Von den Kursanbietern auszufüllende Online-Formulare sind allerdings möglicherweise genauso gedul-

dig wie Papier. Die Zertifizierung erfolgt anhand von Qualifikationen, Kurskonzepten, Stundenbildern und Unterlagen, die die Teilnehmer im Kurs erhalten. Von 46 Mitarbeitern, die die Prüfstelle beschäftigt, befassen sich 25 mit der Kursprüfung – rund 369.000 Kurse von etwa 116.000 Anbietern enthält die Datenbank aktuell nach Angaben der Prüfstelle. Offizielle Aussagen darüber, wie viele Kurse das Zertifikat nicht erhalten haben, gibt es nicht. Alle positiven und nega-

tiven Prüfergebnisse sollen jedoch in einer zentralen Datenbank bei der Prüfstelle hinterlegt sein. Man kann also sicherlich davon ausgehen, dass mehr Kurse geprüft als zertifiziert wurden – ein immenser Arbeitsaufwand, der da seit Anfang Januar bewältigt wurde. Eine Begutachtung vor Ort findet nicht statt. Ob das tatsächlich Qualitätssicherung genug ist, um den Einsatz von Versichertengeldern zu rechtfertigen?

■ KIRSTEN BEHRENDT

## Über fünf Millionen Beschäftigte arbeiten im Gesundheitswesen

Jeder achte Beschäftigte in Deutschland arbeitet im Gesundheitswesen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) Anfang März mitteilte, waren Ende 2012 rund 5,2 Millionen Menschen in dieser Branche beschäftigt, knapp zwei Prozent (rund 95.000 Beschäftigte) mehr als ein Jahr zuvor.

Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Angaben von Destatis um fast ein Viertel (22,5 Prozent) gestiegen. Die Zahl der Arbeitsplätze wuchs damit im Gesundheitswesen rund dreimal so stark wie in der Gesamtwirtschaft.

Rund drei Viertel (75,8 Prozent) der Beschäftigten im Gesundheitswesen waren 2012 weiblich. Besonders hoch war der Frauenanteil in den ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (87,6 bzw. 85,0 Prozent).

Zusätzliche Arbeitsplätze gab es 2012 in fast allen Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Gesundheitsversorgung. Im ambulanten Bereich nahm die Zahl der Beschäftigten insbesondere in Praxen „sonstiger medizinischer Berufe“ (+ 13.000/+ 3,2 Pro-

zent) – hier arbeiten beispielsweise Physio- und Ergotherapeuten –, in der ambulanten Pflege (+ 12.000/+ 4,1 Prozent), in Arztpraxen (+ 7.000/+ 1,0 Prozent) und auch in Zahnarztpraxen (+ 6.000/+ 1,7 Prozent) zu. Lediglich die Apotheken verzeichneten einen Rückgang um 3.000 Beschäftigte (- 1,1 Prozent).

In den (teil-)stationären Einrichtungen erhöhte sich die Zahl der Beschäftigten vor allem in Krankenhäusern (+ 18.000/+ 1,6 Prozent) und in der (teil-)stationären Pflege (+ 14.000/+ 2,0 Prozent).

Die Statistik erfasst jedoch nicht nur das medizinische Personal, sondern auch die Verwaltung. Dazu gehören beispielsweise Mitarbeiter der medizinischen und zahnmedizinischen Labore, der medizintechnischen und augenoptischen Industrie oder des pharmazeutischen Großhandels. So waren etwa auch in „Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens“ – hier werden zum Beispiel Medikamente hergestellt – mehr Mitarbeiter beschäftigt (+ 19.000/+ 3,6 Prozent).

PM Destatis/Red.

Studie zu deutschem Gesundheitswesen:

## Hohe Ausgaben und mittelmäßige Resultate

Das deutsche Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich sehr teuer, erzielt dabei aber zu wenig „Qualität“. Zu diesem Ergebnis kommt zumindest die Unternehmensberatung KPMG in ihrer Untersuchung „Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem“.

Um diese These zu untermauern, erhob KPMG allerdings keine eigenen Daten, sondern bemühte den Euro Health Consumer Index (EHCI), der von dem schwedischen Privatunternehmen Health Consumer Powerhouse Ltd. veröffentlicht wird. Im Jahr 2006 stand Deutschland auf dem 3. Platz des EHCI-Rankings, 2009 reichte es immerhin noch für den 6., 2012 dagegen nur für den 14. Platz. Eine wesentliche Verschlechterung ergab sich laut KPMG insbesondere bei der Einschätzung der medizinischen Behandlungsqualität.

Der EHCI bewertet die Gesundheitssysteme in derzeit 35 europäischen Staaten aus Sicht der Patienten anhand von Kriterien wie Patientenrechte und -information, Wartezeiten für Behandlungen, Behandlungsergebnisse, Prävention, Behand-

lungsumfang und Medikamentenversorgung. Er ist zusammengesetzt aus öffentlichen Statistiken, „unabhängiger Forschung“ und Patientenumfragen. Nebenbei bemerkt: Die Veröffentlichung des EHCI für 2013 kam für die KPMG-Studie offenbar zu spät: Inzwischen liegt Deutschland schon wieder auf Platz sieben (s. S. 29).

Parallel zur Verschlechterung bei der EHCI-Platzierung seien die Ausgaben im deutschen Gesundheitssystem in den letzten Jahren „deutlich“ gestiegen, führt KPMG weiter aus. Dabei bezieht sich das Unternehmen auf von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) erhobene Daten aus dem Jahr 2010. Demnach lag Deutschland bei den Gesundheitsausgaben gemeinsam mit Frankreich auf dem zweiten Platz. Mehr gaben nur die Niederlande aus, die allerdings auch die letzten EHCI-Rankings 2009, 2012 und 2013 anführten (für 2010 und 2011 liegt kein Index vor).

Bei einer Berechnung der „Ausgabeneffizienz“ der Gesundheitssysteme platziert Deutschland sich im Vergleich von 24 OECD-Staaten sogar nur an drittletzter Stelle zwischen Spanien und Griechenland: Für diesen Wert wurde die im EHCI erreichte Gesamtpunktzahl mit dem Quotienten aus Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt ins Verhältnis gesetzt. Vorderste Plätze in dieser Statistik erreichten Estland, Luxemburg und die Tschechische Republik.

Ein Spitzenplatz bei den Gesundheitsausgaben, jedoch lediglich eine mittlere Position bei der Qualität des Gesundheitssystems: Das ist „unbefriedigend“, urteilten die KPMG-Studienautoren – zumal Deutschland bei der Ausgabeneffizienz des Gesundheitssystems auch noch besonders schlecht abschneidet. Um zu ergründen, was da eigentlich schief läuft, beschäftigt sich die KPMG-Studie exemplarisch mit den deutschen Krankenhäusern. Die nämlich stellten ja schließlich den größten Anbieter im Gesundheitssystem dar – und außerdem seien für die „übrigen Dienstleister“ öffentlich zugängliche Daten in statistisch verwertbarer Qualität kaum vorhanden, führt KPMG als Begründung für diese vielleicht doch etwas einseitig anmutende Betrachtungsweise an. Die Ergebnisse aus dem Krankenhaussektor ließen sich jedoch problemlos auf die übrigen Leistungsbereiche übertragen, zeigen sich die Unternehmensberater überzeugt: „Den Studienautoren ist bewusst, dass Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem nicht nur bei den Krankenhäusern zu vermuten sind“, heißt es pauschal und ohne genauere Angaben.

Datengrundlage für die Untersuchung sind Qualitätsberichte von 284 Krankenhäusern, der Krankenhausführer der Techniker Krankenkasse, der für ungefähr 1.000 Krankenhäuser Daten zur Patientenzufriedenheit erfasst, und die im Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüsse von Krankenhäusern.



**Das KPMG-Fazit:** Die Berater fordern eine „öffentliche Qualitätsberichterstattung“, die die „tatsächlichen Leistungen“ deutscher Krankenhäuser widerspiegeln. Und das deutsche Gesundheitswesen benötige ein Vergütungssystem, das nicht Mengenwachstum stimuliere, sondern vielmehr vorrangig die „nachhaltige Qualität der Behandlungsergebnisse“ betone. Beides bedürfe im Übrigen einer „schnellen Konzeptionierung und Umsetzung“: Anderenfalls werde Deutschland im internationalen Vergleich weiter an Boden verlieren. „Das deutsche Gesundheitssystem muss effizienter werden“, sagte Prof. Dr. Volker Penter, Leiter des Gesundheitsbereichs bei KPMG, gegenüber der Zeitung *Die Welt*. „Gelingt es uns, die vorhandenen Mittel wirksamer einzusetzen, dann kann die Versorgungsqualität auch ohne Mehrausgaben deutlich verbessert werden.“

Bei den Ärzten löste die KPMG-Studie „großes Befremden“ aus: „Die Herren Berater in Nadelstreifen verkaufen alten Wein in neuen Schläuchen und reduzieren das deutsche Gesundheitswesen auf eine reine Kosten-Nutzen-Rechnung“, kritisierte der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich. Dabei jonglierten sie seiner Ansicht nach zudem mit falschen Parametern, wenn sie behaupteten, die Gesundheitsausgaben seien im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt gestiegen – KPMG hatte das Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt auf Basis der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für 2010 auf 11,6 Prozent beziffert. „Diese Berechnung enthält alle privaten Gesundheitsausgaben, also beispielsweise auch Wellness und Nahrungsergänzung. Die Wahrheit ist: Der Anteil der GKV-Ausgaben am

BIP ist von 1995 (6,70 Prozent) bis 2011 (6,46 Prozent) sogar gefallen“, erläuterte Heinrich. Trotzdem habe Deutschland heute den umfangreichsten Leistungskatalog – und gemeinsam mit der Schweiz auch die niedrigsten Wartezeiten bei Facharztüberweisungen und Operationsterminen im Krankenhaus.

„Die Absichten der Controller aus den Lackschuhabteilungen sind nur allzu durchsichtig“, meinte Heinrich. „Sie wollen mit ihrer vermeintlichen Expertise das deutsche Gesundheitswesen und seine Beteiligten so lange betriebswirtschaftlich beraten, bis der Patient eine Kostenstelle, der Arzt ein qualitätsgesicherter Effizienzproduzent und die Krankenhäuser private Profit-Center sind, die nur noch dem Shareholder-Value dienen. Die KPMG entwirft ein Gesundheitssystem am neoliberalen Reißbrett, unser Gesundheitswesen sieht anders aus“, erklärte der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes.

Auch die Bundesärztekammer kritisierte die KPMG-Untersuchung: „Wir sollten nicht nur über die Qualität in der Patientenversorgung sprechen, sondern auch über die Qualität teilweise höchst fragwürdiger internationaler Vergleichsstudien“ schrieb sie in einem Leserbrief an die *Welt am Sonntag*, die als erste über die KPMG-Studie berichtet hatte. Verwiesen wird in dem Leserbrief auf die OECD, die im Frühjahr 2013 mit einem Arbeitspapier über aus ihrer Sicht unnötige Operationen für Schlagzeilen gesorgt hatte. Die OECD habe inzwischen eingeräumt, dass Unterschiede in der Klassifizierung und der Datenerhebung die Vergleichbarkeit von Gesundheitssystemen beeinträchtigen könnten, betonte die BÄK – eine Tatsache, die in der KPMG-Studie nicht erwähnt wird. – So bleibt also im Grunde auch bei dieser Untersuchung wieder einmal nur, lieber keiner Statistik zu trauen...

■ KIRSTEN BEHRENDT

## Wer prüft die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der KPMG?

Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG geriet in Deutschland bereits mehrfach ins Kreuzfeuer der Kritik. Nachdem bei Unternehmen im Nachhinein Bilanzierungsfehler aufgrund von Manipulationen durch das Management aufgedeckt wurden, kam es wiederholt zu Vorwürfen, KPMG habe die Abschlussprüfung nicht ordnungsgemäß vorgenommen. KPMG hat derartige Anschuldigungen stets zurückgewiesen.

Im Zusammenhang mit der Beinahe-Pleite des Frankfurter Bauriesen Holmann lief mit der KPMG erstmals ei-

ne renommierte Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Gefahr, sich in Deutschland strafrechtlich verantworten zu müssen. Für die Frankfurter Staatsanwaltschaft gab es Anfang des Jahres 2000 zumindest Anhaltspunkte, dass KPMG-Mitarbeiter Abschlüsse des Baukonzerns testiert hatten, obwohl notwendige Wertberichtigungen und Rückstellungen nicht vorgenommen worden waren. Nach fast vier Jahren wurden die Ermittlungen schließlich eingestellt.



## ▶ ▶ ▶ Wer prüft die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der KPMG?

Auch im FlowTex-Skandal testierte KPMG die Bilanzen des Unternehmens. Im bis dahin größten Wirtschaftsstrafverfahren der Bundesrepublik wurde den ehemaligen FlowTex-Gesellschaftern im Jahr 2001 bandenmäßiger und gemeinschaftlicher Betrug im besonders schweren Fall zur Last gelegt: Sie hatten über mehrere Jahre nur auf dem Papier existierende Horizontalbohrmaschinen an diverse Leasingunternehmen verkauft. KPMG wies den Vorwurf der Leasingfirmen und Banken, die Fälschungen des Bestands an Bohrern fahrlässig übersehen zu haben, zurück. Die Prüfer seien von FlowTex „mit außergewöhnlicher krimineller Energie“ getäuscht worden, betonte KPMG in einer Stellungnahme. Die Staatsanwaltschaft zähle KPMG ebenfalls zu den Geschädigten. Dennoch zahlte KPMG außergerichtlich 100 Millionen DM an die betrogenen Gläubiger – insbesondere wohl vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl der im FlowTex-Pool zusammengeschlossenen 76 Leasinginstitute und Banken ebenfalls Mandanten der KPMG waren. Die Zahlung der Vergleichssumme, die lediglich fünf Prozent der behaupteten Ansprüche ausmache, erfolge ohne Anerkennung einer Rechtspflicht, erklärte KPMG. Der FlowTex-Pool hatte 1,9 Milliarden DM an Schadenersatz gefordert und gedroht, rechtliche Schritte einzuleiten.

Im Jahr 2002 wurde öffentlich, dass die Comroad AG, ein Unternehmen zur Entwicklung und Produktion von Telematik-Systemen und Navigationscomputern für Fahrzeuge, seit 1998 in großem Stil Scheingeschäfte getätigt hatte und 98 Prozent ihrer Umsätze frei erfunden waren. Dabei wurden angebliche Lieferungen von Soft-

und Hardware durch eine Scheinfirma in Hongkong abgewickelt. Die hohen Kursgewinne des börsennotierten Unternehmens führten dazu, dass Comroad in der Spitze mit mehr als einer Milliarde Euro massiv überbewertet war. KPMG hatte die Comroad-Bilanzen seit 1998 abgezeichnet und wurde dafür heftig kritisiert. Erst Anfang 2002 kündigte KPMG den Vertrag mit Comroad wegen Zweifeln an der Geschäftsleitung und der Existenz der Hongkonger Firma.

Im milliardenschweren Korruptionsskandal von Siemens geriet KPMG ebenfalls unter Beschuss. Kritiker warfen den Wirtschaftsprüfern vor, zwar jahrelang die Siemens-Bilanzen geprüft, dabei die schwarzen Kassen jedoch übersehen zu haben. KPMG bestritt diese Vorwürfe. Ex-Manager aus der Siemens-Festnetzsparte hätten sich nach Erkenntnissen von KPMG zusammengetan, um sowohl Betriebs- und Steuerprüfer, als auch die interne Revision des Konzerns zu täuschen und Kontrollmechanismen zu umgehen, sagte ein KPMG-Mitarbeiter 2008 beim Siemens-Prozess vor dem Landgericht München I aus.

Als die Düsseldorfer Mittelstandsbank IKB im Zuge der Kreditkrise wegen hochriskanter Geschäfte am US-Immobilienmarkt 2007 in Schieflage geriet, hatte nur wenig zuvor eine Prüfung durch KPMG stattgefunden. Auch hier wehrten sich die Wirtschaftsprüfer gegen Kritik an ihrer Arbeit. Die vom damaligen KPMG-Vorstand zum Jahresabschluss vorgenommene Risikobewertung „spiegelte die damalige Markteinschätzung 1:1 wider und war daher vom Abschlussprüfer nicht zu beanstanden“, erklärte die Gesellschaft damals auf Anfrage von *Spiegel Online*. Die Pleite

der IKB konnte nur durch ein staatliches Rettungspaket vermieden werden.

Im August 2008 prüfte KPMG den Zwischenbericht des Vorstandes der Hypo Real Estate unter anderem auf zukünftige Risiken und Stressszenarien. Zwar wies KPMG wohl auf einige Risiken hin, bescheinigte der HRE jedoch: „Selbst bei einem Worst-Case-Szenario ist sichergestellt, dass die HRE-Gruppe und ihre Tochterunternehmen jederzeit uneingeschränkt zahlungsfähig sind.“ Bereits Ende September stand die Hypo Real Estate kurz vor der Insolvenz und musste durch einen Staatseingriff gerettet werden. Nach Informationen der *Wirtschaftswoche* verwies KPMG darauf, es habe sich damals nur um eine prüferische Durchsicht, nicht um eine ordentliche Prüfung gehandelt.

Das jüngste Debakel für die KPMG-Wirtschaftsprüfer ereignete sich nicht in Deutschland, sondern in den USA. Ein früherer Partner des Unternehmens gestand 2013 in Los Angeles, einen Freund über mehrere Jahre mit Tipps zu betreuten Unternehmen versorgt zu haben. Im Gegenzug erhielt er Bargeld und Geschenke. Das FBI und die amerikanische Börsenaufsicht SEC nahmen Ermittlungen wegen Insiderhandels auf.

Wirtschaftsprüfungsgesellschaften sollen helfen, Unstimmigkeiten in der Bilanz aufzudecken. Die Tatsache, dass die Wirtschaftsprüfer von eben jenen Unternehmen bezahlt werden, die sie mit der Prüfung beauftragen, mag da manchmal zu Konfliktsituationen führen.

Be

## Euro Health Consumer Index

Deutschland besitze eines der besten Gesundheitssysteme Europas, hieß es im Jahr 2009 anlässlich der Veröffentlichung des Euro Health Consumer Index. Das Land erziele hohe Werte in Kategorien wie „kurze Wartezeiten auf Behandlungen“ oder „Zugang zu Arzneimitteln“ und sei auch „relativ gut“ bei den Behandlungsergebnissen.

E-Health identifizierte das für den Index verantwortlich zeichnende Unternehmen Health Consumer Powerhouse (HCP) dagegen als einen „Bereich mit Schwächen für ein solches Hochtechnologieland“. „Deutschland hat vermutlich das Gesundheitssystem mit den wenigsten Beschränkungen und der größten Verbraucherorientierung in Europa, das den Patienten ermöglicht, nahezu jede Art der Behandlung zu verlangen, wenn sie es wünschen“, stellte Dr. Arne Björnberg, Geschäftsführer von HCP und Leiter des EHCI-Teams, damals fest: Platz 6 für die Bundesrepublik.

**2012 dann der „Sturzflug“:** Nur noch Platz 14 auf der Rangliste des EHCI, zum ersten Mal hinter Großbritannien und ungefähr auf dem gleichen Niveau wie Tschechien und Irland. „Die Ergebnisse zeigen, dass Deutschland 2009 noch ein Gesundheitssystem der Spitzenklasse besaß und inzwischen nur noch ein mittelmäßiges System zu bieten hat“, kommentierte Björnberg. Man bringe so etwas „normalerweise nicht mit diesem Land“ in Verbindung. „Es scheint, als wenn sich die deutsche Gesundheitsreform in die falsche Richtung bewegt!“

„Erstaunlich schlecht“ stehe Deutschland da, wenn es um das Kernstück des Gesundheitswesens gehe: die Diagnose, meinte Björnberg. Hier stoße man im Bereich der Herzversorgung und der Krankenhausinfektion

auf rote Zahlen. Das System scheine seine „Großzügigkeit“ zu verlieren. Die Inanspruchnahme von E-Health erfolge nur langsam – und das könne die Patientensicherheit und -transparenz gefährden. Deutschland sollte, zusammen mit Österreich, Ungarn und Italien, auf die „Überwachungsliste der EU“, gesetzt werden, schlug der HCP-Geschäftsführer vor. Denn der Leistungseinbruch im Gesundheitswesen sei „alarmierend“, und schließlich habe sich die EU die Reduzierung der „Lücken im Gesundheitssystem“ zum Ziel gesetzt.

**Im letzten Jahr dann** Deutschlands „starkes Comeback“: Platz 7 auf dem Euro Health Consumer Index. „Im Großen und Ganzen“ sei das deutsche Gesundheitssystem „großzügig und verbraucherfreundlich“, zeige jedoch Schwächen bei der „Vorsorge“. Dabei handelt es sich um eine neue Gruppe von Indikatoren, die dem letzten EHCI hinzugefügt wurde. Schwachstellen in Deutschland seien beispielsweise der hohe Zuckerkonsum und „der berühmte-berüchtigte Unwillen der Deutschen, das Rauchen aufzugeben.“

Für das Abrutschen auf Platz 14 im Jahr zuvor hat Björnberg gleich mehrere Erklärungen: 2012 seien die Antworten bei den deutschen Patientenorganisationen „überraschenderweise recht negativ“ ausgefallen, was einer Verschlechterung möglicherweise „zu viel Nachdruck“ verliehen habe. Mit dem EHCI 2012 seien zudem einige E-Health-Indikatoren eingeführt worden, die sich negativ auf die deutsche Platzierung ausgewirkt hätten. Zudem scheine nun der „Schock der Wirtschaftskrise“ nachgelassen zu haben und die deutschen Patienten hätten erkannt, dass „die Dinge in Deutschland doch gar nicht so schlecht stehen“.



„Deutschland und schlechte Qualität ist eine ungewöhnliche Kombination“ konstatiert Björnberg. Frühere Indizes hätten auf „vergleichsweise schwache“ medizinische Ergebnisse hingedeutet. Als Beispiel führt Björnberg die Fatalitätsrate bei Herzinfarkten an, was sich zum Teil durch die große Anzahl an kleinen Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland erklären lasse. Dies scheine sich 2013 jedoch verbessert zu haben. „Die deutschen Patienten befinden sich im Allgemeinen in einer besseren Position, haben einen durchaus guten Zugang zur Versorgung (eine nationale Studie hat die Wartezeit bei der Primärversorgung in Minuten angegeben) und auch die Arzneimitteldistribution ist gut“, heißt es in einer Mitteilung zum EHCI 2013.

**Interessant ist eine Randbemerkung** in besagter Veröffentlichung: Health Consumer Powerhouse stellt darin fest, dass Gesundheitssysteme, die von „Versicherungen“ getragen werden („Bismarck-Systeme“) den von Steuern getragenen „Beveridge“-Systemen im EHCI „immer überlegener“ zu sein scheinen. Zwar gebe es erfolgreiche steuerfinanzierte Gesundheitssysteme, jedoch seien diese zumeist in „kleinen Wohlstandsstaaten wie Dänemark, Island und Norwegen“ zu finden. Die klare Mehrheit der Länder mit den besten Leistungen in Bezug auf ihr Gesundheitssystem seien versicherungsbasiert – dazu gehören nach Angaben von HCP die Niederlande, die Schweiz, Belgien, Deutschland und Frankreich.

Be

## Kein Maulkorb für das ULD

Der schleswig-holsteinische Landesdatenschutzbeauftragte darf sich gegenüber den Medien kritisch zur Praxis eines Apothekenrechenzentrums äußern – auch wenn es der bayerischen Datenschutzaufsicht untersteht. Voraussetzung: Er muss seine Äußerungen als eigene Auffassung kennzeichnen und darf keine „unangemessen zuspitzenden Formulierungen“ verwenden.

So lautet ein Beschluss des Schleswig-Holsteinischen Oberverwaltungsgerichts, das damit der Beschwerde des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) teilweise stattgab.

Zur Vorgeschichte: Hintergrund der OVG-Entscheidung ist eine langjährige bundesweite Praxis von Apothekenrechenzentren, Rezeptdaten nicht nur zur Abrechnung gegenüber den Krankenkassen zu nutzen, sondern sie auch an Marktforschungs- oder Marketingunternehmen weiter zu verkaufen – nach Ansicht mehrerer Datenschutzbehörden unzureichend anonymisiert (s. auch *Zahnärzteblatt* 9/2013, S. 16). Betroffen hiervon war auch ein bayerisches Rechenzentrum, dessen unter Datenschutzbehörden umstrittenes Anonymisierungsverfahren von der zuständigen bayerischen Aufsichtsbehörde geprüft und gebilligt worden war.

Dr. Thilo Weichert, Leiter des ULD, hatte das Verfahren in verschiedenen Medien, u. a. im *Spiegel*, in *Spiegel-Online*, der *taz* und der *Deutschen Welle*, kritisiert. Das Rechenzentrum erwirkte daraufhin beim Verwaltungsgericht Schleswig eine einstweilige Anordnung, mit der dem ULD eine Wiederholung entsprechender öffentlicher Äußerungen untersagt wurde: Für das fragliche Rechenzentrum sei das Bayerische Landesamt für Datenschutz die zuständige Aufsichtsbehörde, und nur dieser obliege es, gegebenenfalls eine Bewertung des Anonymisierungsverfahrens zu veröffentlichen.

Gegen diese Entscheidung hatte das ULD Beschwerde eingelegt.

Das Oberverwaltungsgericht erkannte in seiner Entscheidung eine Befugnis des ULD zu Presseäußerungen bei einem begründeten „Gefahrenverdacht“ für den Schutz persönlicher Daten nun grundsätzlich an. Das ULD habe aber die hierbei gebotene Sachlichkeit und Verhältnismäßigkeit zu wahren. Es müsse in seinen Äußerungen durch entsprechend zurückhaltende Formulierungen berücksichtigen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde das Anonymisierungsverfahren nicht beanstandet habe. Das schleswig-holsteinische Datenschutzzentrum müsse daher seine Kritik (wie zum Beispiel „die Antragstellerin gebe keine anonymisierten, sondern pseudonymisierte Daten heraus“) als eigene Auffassung kennzeichnen: „Diese Zurückhaltung wird verlassen, soweit der Antragsteller [das ULD] seine Position in Medienäußerungen unangemessen verabsolutiert oder in skandalisierender oder diskreditierender Weise überzeichnend darstellt und dadurch die gebotene Sachbezogenheit seiner Stellungnahme vermissen lässt.“ Beispielsweise werde mit der Bemerkung, das Geschäftsmodell des bayerischen Rechenzentrums sei „illegal“ der Bereich zulässiger medienöffentlicher Äußerungen verlassen.

„Das Oberverwaltungsgericht hat den Maulkorb, der dem ULD vom Verwaltungsgericht verpasst wurde, wie-



Foto: Markus Hansen/ULD

der abgenommen. Dadurch ist eine qualifizierte – auch kontroverse – öffentliche Datenschutzdebatte in Deutschland weiter möglich“, kommentierte Weichert das Urteil.

Gleichwohl sei die OVG-Entscheidung für das ULD nur ein halber Sieg: „Das Gericht beschäftigte sich nicht mit der zentralen datenschutzrechtlichen Frage, wann eine hinreichende Anonymisierung in Apothekenrechenzentren vorliegt“, fuhr Weichert fort. Das zu entscheiden, darauf weisen die Schleswiger Richter ausdrücklich hin, war allerdings auch nicht Gegenstand des Verfahrens. Diese Grundsatzfrage müsse jedoch dringend geklärt werden, „um eine Marktverzerrung bei Apothekenrechenzentren zu verhindern und einen effektiven Schutz der hochsensiblen Rezeptdaten zu gewährleisten. Geringerer Datenschutz sollte nicht zum Wettbewerbsvorteil werden“, forderte der schleswig-holsteinische Datenschutzbeauftragte.

Be

DAK-Gesundheitsreport:

# Stress mit Spätfolgen

In der sogenannten „Rushhour des Lebens“ – im Alter von 25 bis 40 Jahren – fallen für praktisch alle Menschen entscheidende Weichenstellungen: Karriere, Partnersuche, Kinder. Der Gesundheitsreport 2014 der DAK – veröffentlicht Mitte Februar – beschäftigt sich mit dieser Altersgruppe.

Unter anderem mit der Frage: Führt die Doppelbelastung (Beruf plus Kinder) zu mehr gesundheitlichen Belastungen als Berufsstress ohne Kinder?

Der Report hat zum Ergebnis, dass Paare mit Kindern nicht signifikant

mit Stress belasteter sind als Kinderlose – aber anders.

Zwar führt die (zeitliche) Mehrbelastung dazu, dass junge Eltern deutlich weniger Zeit für Sport und andere Aktivitäten haben und signifikant weniger schlafen (können) als ihre Altersgenossen ohne Kinder. Gesundheitlich aber stehen beide Gruppen dem DAK-Report zufolge gleich (gut) da.

Der in dieser Altersgruppe niedrige Krankenstand, sagt Herbert Rebscher, Vorstandschef der DAK, dürfe jedoch nicht täuschen: Viele der im späteren Leben

häufig auftretenden, oft chronischen Krankheiten (z. B. Rückenleiden oder auch Bluthochdruck) beginnen in dieser „Rushhour des Lebens“.

Teil- und Gleitzeitangebote könnten hilfreich und stressmindernd sein: „Sollen diese besonders beanspruchten jüngeren Arbeitnehmer bis zum 67. Lebensjahr produktiv bleiben, müssen Arbeitgeber nachhaltiger in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter investieren“, so Rebscher.

*dak/spiegel online/äm*

## RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

### Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung beruft gem. § 8 Ziffer 6 der Satzung der KZV Schleswig-Holstein in Absprache mit dem Vorstand eine ordentliche Vertreterversammlung ein

**für Mittwoch, den 14. 5. 14, 14.00 Uhr  
im Zahnärztehaus – Hörsaal, Westring 498, 24106 Kiel**

und gibt nachstehende Tagesordnung bekannt:

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit durch den Vorsitzenden der VV</li> <li>2. Bericht des VV-Vorsitzenden</li> <li>3. Beantwortung schriftlich gestellter Fragen (ohne Aussprache)</li> <li>4. Bericht des Vorstandes</li> <li>5. Beschlussfassung über Anträge (soweit nicht unter TOP 4 behandelt)             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Änderung der Auszahlungstermine</li> </ol> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Änderung der Vorschriften für die AIHV</li> <li>7. Wahlen             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Nachwahl eines Mitglieds des Satzungsausschusses sowie des Vorsitzenden</li> <li>b) Nachwahl eines Mitglieds des Disziplinarausschusses sowie ggf. eines Stellvertreters</li> <li>c) Nachwahl eines Stellvertreters des Vertragsausschusses</li> </ol> </li> <li>8. Verschiedenes</li> </ol> |
|---|--|

### Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

**Juni-Sitzung 2014**  
Anträge für die  
Juni-Sitzung 2014

müssen bis zum **28. 5. 2014**  
vollständig vorliegen.

**September-Sitzung 2014**  
Anträge für die  
September-Sitzung 2014

müssen bis zum **27. 8. 2014**  
vollständig vorliegen.

**Verzicht zum 30. 9. 2014**  
einreichen bis zum **30. 6. 2014.**  
**Verzicht zum 31. 12. 2014**  
einreichen bis zum **30. 9. 2014.**

**Veränderungen** in der wöchentlichen Arbeitszeit von angestellten Zahnärzten oder deren Beschäftigungsende müssen dem Zulassungsausschuss umgehend mitgeteilt werden.

# Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

<p>Kurs-Nr.: 14-01-074</p> <p>Robert W. L. Butt, Hamburg Freitag, 20.06.2014 14.00 – 19.00 Uhr Heinrich-Hammer-Institut 125 EUR für ZÄ oder ZFA Punktebewertung: 5</p>	<p><b>Lachyoga zum Stressabbau und Entspannung</b></p> <p>Lachyoga ist eines der besten Mittel und Wege, Stress abzubauen. Viele stellen nach sehr kurzer Zeit fest, wie leicht es ist, sich diese Art von Aktivität anzueignen, und dass so ein interessantes Thema bzw. Aktivität so viel Spaß macht und so gut für Körper, Geist und Seele ist. Zudem ist Lachyoga für Team-Building hervorragend geeignet und wird mittlerweile, nachdem es zuerst mit viel Skeptizismus betrachtet worden war, mehr und mehr konkret zur Förderung der Gesundheit/Stressabbau/Teamgeist in Betracht gezogen, weil es eine einfache, aber sehr effektiv</p>	<p>zu erlernende Technik ist. Während wir lachen steigt schnell der Sauerstoffgehalt in unserem Körper und unsere Blutbahnen haben mit Sauerstoff angereicherterem Blut mehr zu tun, unser Zwerchfell massiert kräftig unsere Organe, unser Herz schlägt angenehmer schneller, unsere Gehirnhälften synchronisieren sich – daher ist die Kommunikation bzw. Verbindung zwischen den logischen und kreativen Ebenen verbessert worden ohne mühselige Geist stillende Techniken, die meist viel mehr Zeit als Lachen und Lachyoga erfordern.</p>
<p>Kurs-Nr.: 14-01-073</p> <p>Martina Sander, Hamburg Samstag, 21.06.2014 9.00 – 16.30 Uhr Heinrich-Hammer-Institut 135 EUR für ZÄ oder 270 EUR pro Team (1 ZA + 1 ZFA) Punktebewertung: 8</p>	<p><b>Tapeanlagen vor zahnärztlichen chirurgischen Behandlungen ...</b></p> <p>... und Implantation nach postoperativen Eingriffen</p> <p>Die Tapeanlagen bei zahnärztlichen und chirurgischen Eingriffen ist ein Konzept, das sich aus verschiedenen Tape-Konzepten zusammensetzt. Die Basis wurde in den 70 Jahren (Dr. Kenso Kase) entwickelt und als Kinesio-Tape-Methode aufgebaut. Dieses wurde in den letzten Jahren weiterentwickelt. In diesem Seminar wird ein neues Konzept vermittelt. Mit den Tapeanlagen werden die körpereigenen Heilungsprozesse genutzt. Es kann Einfluss auf das neurologische und zirkulatorische System des Menschen nehmen. Die Muskulatur bewegt nicht nur die Gelenke, sondern</p>	<p>nimmt auch Einfluss auf die Aktivität der Venen und des Lymphsystems. <i>Anwendungsbereiche:</i> Entlastung der Kau- und Kauhilfsmuskulatur vor längeren zahnärztlichen Behandlungen, Stabilisierung der Kiefergelenke, chirurgische Eingriffe (Implantate, Wurzelspitzenresektion, Zahnextraktionen) Hämatome, Lymphstau. Unterstützend bei prä- und postoperativen Eingriffen. Die Tapeanlagen haben sich auch bei Schmerzen in der Muskulatur (Verbesserung der Muskelfunktion) bewährt.</p> <p><i>Hinweis: Praxismitarbeiterinnen können nur in Begleitung der/s Zahnärztin/Zahnarztes teilnehmen!</i></p>
<p>Kurs-Nr.: 14-01-016</p> <p>Bernd Sandock, Berlin Freitag, 04.07.2014 15.00 – 18.00 Uhr Samstag, 05.07.2014 9.00 – 16.00 Uhr Heinrich-Hammer-Institut 285 EUR für ZÄ oder ZFA, Punktebewertung: 10</p>	<p><b>QM – Lust statt Last/Grundlagenseminar</b></p> <p>Wer QM lediglich als Umsetzung einer Richtlinie sieht, wird es als verpflichtende Last empfinden. Das eigentliche QM-Konzept aber geht weiter. Seine Grundidee ist, Organisation und Management zu optimieren, um erfolgreich „am Markt“ zu agieren. Wenn mit der Umsetzung eines solchen Konzepts gleichzeitig auch eine gesetzliche Forderung erfüllt wird, ist es umso erfreulicher: In dem Seminar wird Qualitätsmanagement vor dem Hintergrund des Modells der ISO 9001 und der Richtlinie als ein alltagstaugliches Konzept der Praxisführung dargestellt. Sie erhalten Anregungen, wie das QM-Konzept in die verschiedenen Bereiche Ihres Praxismanagements konkret übertragen wird und wie Sie es mit geeigneten Instrumenten Schritt für Schritt mit Ihrem gesamten Team umsetzen können.</p> <p><i>Grundlagen des Qualitätsmanagements:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qualität ist ... – aber was ist Qualitätsmanagement?</li> <li>■ Die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses</li> <li>■ QM-Modelle, speziell das Modell der ISO 9001:2000</li> </ul>	<p><i>Konkreter Nutzen von Qualitätsmanagement – Praxisbeispiele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Praxisorganisation im Alltag optimieren</li> <li>■ Zuständigkeiten klar definieren</li> <li>■ Unternehmensziele festlegen und umsetzen</li> <li>■ Kommunikation mit dem Patienten professionalisieren</li> <li>■ Teaminterne Kommunikation effektivieren</li> <li>■ Identifikation der ZFA / Mitarbeiter(in) fördern</li> </ul> <p><i>Einführung des QM-Systems:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schritte beim Aufbau eines QM-Systems in unserer Praxis:</li> </ul> <p><i>Wie fangen wir es konkret an?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ QM-Dokumentation: Was ist das, und wie erstellen wir sie?</li> <li>■ Wann ist externe Beratung sinnvoll – worauf sollten wir bei der Auswahl achten?</li> <li>■ Wie hoch ist der Aufwand bei der QM-Einführung?</li> </ul>

**Bitte vormerken!**

Mit dem Versand der nächsten Ausgabe des Zahnärzteblattes am 14. Mai 2014 erhalten Sie das neue Programmheft des Heinrich-Hammer-Instituts für das 2. Halbjahr 2014. Das Programmheft als pdf-Datei sowie die Onlinebuchung der Kurse wird Ihnen auf unserer Internetseite [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de) unter „Fortbildung“, „Heinrich-Hammer-Institut“ ab Freitag, dem 16. Mai 2014 um 6.00 Uhr zur Verfügung stehen.



**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](mailto:hhi@zaek-sh.de) · [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de) – Rubrik Fortbildung



## Fortbildung in Kreisvereinen

### Zahnärzterein Kreis Plön e. V.

am: 6. Mai 2014, 19.30 h

Ort: „Landhaus Schellhorn“, Am Berg 12a, Schellhorn

Implantatprothetik – Tipps und Tricks von der

Freilegung zur Zementierung

Dr. med. dent. Daniel Schulz

am: 3. Juni 2014, 19.30 h

Ort: „Landhaus Schellhorn“, Am Berg 12a, Schellhorn

Führung und Motivation von Mitarbeitern

Jochen Frantzen, Personaltrainer

### Kreisverein der Zahnärzte Neumünsters

am: 8. Mai 2014, 20 h

Ort: Neumünster, Restaurant Alfreds

Adhäsivtechnik in der Prothetik

Dr. med. dent. Sasse

## Fortbildung – Tagungen

### 64. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie (AGKI)

gemeinsam mit der

### 35. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin (AKOPOM)

29. – 30. Mai 2014

Bad Homburg, Kurhaus

Hauptthemen:

AGKI:

- Entzündungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich
- Gefahren durch neue Medikamente für die  
zahnärztliche Chirurgie: Bisphosphonate, Biologika & Co.

AKOPOM:

- Das Orale Plattenepithelkarzinom

Information, Online-Anmeldung: [www.ag-kiefer.de](http://www.ag-kiefer.de)

## Anzeigen

Bitte beachten Sie die „Praxisbörse“ unter [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de).

## PERSONALIEN

### Wir gratulieren:

#### 90. Geburtstag

8. Mai Dr. Günther Seefeldt, Latendorf

#### 80. Geburtstag

20. April Dr. Michael Harke, Strande

#### 75. Geburtstag

18. April Horst Röttger, Neumünster  
30. April Dr. Bernd-Volker Groß, Molfsee  
3. Mai Dr. Eberhard Vath, Timmendorfer Strand  
5. Mai Peter Hellmann, Ahrensböök  
6. Mai Dr. Jürgen Kleinhans, Pinneberg  
9. Mai Dr. Erhard Tüxen, Niebüll  
11. Mai Dr. Hans-Jürgen Möller, Kiel

#### 70. Geburtstag

24. April Marianne Haase, Lübeck  
27. April Klaus Kamke, Timmendorfer Strand  
1. Mai Ingrid Barg, Husum  
Dr. med. Albrecht Selle, Heide  
8. Mai Uwe Reinsdorf, Bad Segeberg  
13. Mai Dr. Peter-Michael Brandt, Bad Malente

#### 65. Geburtstag

21. April Dr. Sybille Heck, Fockbek  
23. April Dr. Hartmut Johannsen, Pinneberg

24. April Dr. Volker Marohn, Wielen  
Sigmar Schwabe, Hennstedt  
30. April Dr. Ingrid Werchan, Lütjenburg  
8. Mai Gilbert Kociok, Kiel  
Dr. Irmgard Rickert, Uetersen  
Dr. Joachim Rohwer, Wahlstedt  
Dr. Roland Wenzel, Lübeck  
12. Mai Dr. Hans-Werner Klebe, Flensburg  
14. Mai Dr. Peter Schreiner, Geesthacht

## JUBILÄEN IN DEN PRAXEN

### Wir gratulieren den Mitarbeiterinnen zum Praxis-Jubiläum:

25 Jahre Christiane Konopka  
Britta Wilkens  
Praxis Dr. Peter Siebels, Pinneberg

### In memoriam – Wir betrauern das Ableben unserer Kollegen:

Dr. Winfried Döring – Kappeln	
geb. 12. Juli 1928	verst. 8. Februar 2014
Dr. August Heimbächer – Neustadt	
geb. 23. Januar 1922	verst. 19. März 2014
Dr. Benno Dau – Kiel	
geb. 28. Juni 1959	verst. 26. März 2014

## 40 Jahre APW

Die Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) hat Fortbildungsgeschichte geschrieben. Nicht nur, dass die erfolgreiche Tochter der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in diesem Jahr ihr 40-jähriges Bestehen feiert – mit dem Angebot des Grundkurses „Allgemeine Zahnheilkunde“ hat sie schon 1974 den Grundstein für das heutige curriculäre Fortbildungssystem insgesamt gelegt.

Die Zeiten solcher Alleinstellung sind allerdings passé: Angesichts eines umkämpften Marktes und neuer Möglichkeiten zahnmedizinischer Fortbildung sei es schwer geworden, das fachlich fundierte und jeweils passende APW-Angebot zu platzieren, sagte der Vorsitzende des Direktoriums der APW, Dr. Norbert Grosse. Zwar erwartet man in diesem Jahr das 5000. APW-Mitglied, zugleich sei das Jubiläum aber eine Herausforderung für die Zukunft, die Fortbildung den Anforderungen der Zeit anzupassen. So werde

der Ruf nach „Spezialisierung“ in der Kollegenschaft aufgrund der hohen Zahl neuer zahnmedizinischer Erkenntnisse immer deutlicher hörbar. Deshalb habe die APW ihr Angebot kontinuierlich weiterentwickelt.

„Das modulare Angebot der APW bietet in seinen strukturierten und zertifizierten Inhalten ein perfektes Fortbildungsangebot in allen Fachbereichen der Zahnmedizin- zunehmend auch als Online-Angebote, weil Präsenzveranstaltungen mit hohen Kosten und Ausfallzeiten verbunden sind“, weiß Grosse. Er ist davon überzeugt, dass sich die Wissensakquise

mehr und mehr auf das rechnergestützte Lernen fokussieren wird. Hinzu kämen die Möglichkeiten des „Mobile Learnings“ mit Smartphones und Tablet-PC an allen gewünschten Orten und zu jeder Zeit. Ein Phänomen, das in der jüngeren Generation nichts Ungewöhnliches mehr darstellt.

Hier soll die neue digitale Wissensplattform „owidi“ (Orales Wissen Digital) ansetzen. Das Portal soll Möglichkeiten der Wissensgewinnung in Originalquellen, des fachlichen Austausches oder eben auch der Fortbildung öffnen, was es so noch nicht gab.

APW, JH

BFB:

## Mindestlohn gefährdet Nachwuchsgewinnung

Der Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe, Dr. Horst Vinken, hat die Pläne von Bundesarbeitsministerin

Andrea Nahles (SPD) zur Einführung eines Mindestlohns bereits für junge Erwachsene ab 18 Jahren kritisiert.

„Ein derartiger Mindestlohn würde die Nachwuchsgewinnung der Freien Berufe massiv beeinträchtigen und die Berufswahl zu Ungunsten einer qualitativ hochwertigen und nachhaltigen Berufsausbildung beeinflussen“, sagte Vinken. Bereits heute falle es vielen Freiberuflern schwer, Ausbildungsplätze zu besetzen. Ein Mindestlohn ab 18 Jahren werde dieses Problem noch verschärfen.

Auch wenn der Mindestlohn nicht für Ausbildungsverträge gelte, bestehe die Gefahr, dass viele junge Menschen sich bei der Berufswahl eher an kurzfristigen finanziellen Aspekten orientieren, als an langfristigen Karrieremöglichkeiten. Bei einem Mindestlohn von 8,50 Euro würden sich viele Jugendliche gegen eine Berufsausbildung und für einen

Sylt:

### Piraten wollen Geburtshilfe retten

Die Piraten-Partei möchte mit einer Petition erreichen, dass die Geburtshilfe der Asklepios Nordseeklinik nicht geschlossen wird. Ziel ist die Rückübertragung des Versorgungsauftrages an einen öffentlichen Klinikträger und die Erarbeitung eines Konzeptes für eine Geburtsstation.

„Zu einer angemessenen medizinischen Versorgung auf Sylt zählt auch die Geburtshilfe. Wenn ein privates Unternehmen nicht in der Lage ist, diese Versorgung zu gewährleisten, muss das Land eingreifen“, sagte der auf Sylt wohnende stellvertretende Landesvorsitzende der Piraten, Oliver Sippel. Seinen Aufruf verknüpfte er mit heftiger Kritik an dem Klinikbetreiber, dem er „intransparentes und unkooperatives Verhalten“ vorwarf. Es bestehe ein „unbefristeter, verpflichten-

der Versorgungsauftrag“ der Klinik. Die vorgebrachten Bedenken wegen zu geringer Geburtenzahlen hält Sippel für nicht gerechtfertigt und verweist in diesem Zusammenhang auf die Nachbarinsel Föhr, wo es mit 50 Geburten noch einmal über 30 Geburten weniger gibt als zuletzt in der Sylter Geburtsstation.

Vielmehr würden der Transport einer Schwangeren mit Blasensprung und/oder einsetzenden Wehen das Leben von Müttern und Kindern gefährden.

Bislang sind sämtliche Versuche, zu einer Lösung für Sylt zu kommen, gescheitert. Auch eine Klage gegen das Land Schleswig-Holstein auf Einhaltung des Versorgungsauftrages war erfolglos.

ÄZ, JH

Umfrage:

## Knappe Mehrheit der Ärzte für Niederlassung

Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung hebt die Bedeutung der freiberuflichen Niederlassung für die ärztliche Versorgung hervor – die Realität läuft dem Anspruch offenbar zuwider.

Einer Umfrage des Ärztenetzwerkes Hippokranet von Ende März zufolge hält nur noch etwas mehr als die Hälfte der befragten niedergelassenen Ärzte den Schritt in die Selbstständigkeit für richtig. Geantwortet hatten 1.136 niedergelassene Ärzte, davon 747 Fachärzte sowie 389 Hausärzte. Während 54 Prozent der Ärzte mit der Entscheidung zufrieden waren (615 Stimmen), bereuten 521 Ärz-

te, sich für eine eigene Praxis entschieden zu haben.

Als Gründe nannten die teilnehmenden Ärzte in erster Linie die überbordende Bürokratie in der ambulanten medizinischen Versorgung sowie ein – gemessen am Einsatz – zu geringes Honorar. Mit etwas Abstand folgten schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder das gesunkene Ansehen des Arztberufes in der Bevölkerung.

Auf die Frage, ob sie jungen Menschen heutzutage noch zum Arztberuf raten würden, antworteten zwar 29 Prozent der Ärzte mit Nein –

ein knappes Drittel (32,5 Prozent) erklärte jedoch: „Ja, ich würde zur Freiberuflichkeit in einer Praxis raten.“ Insgesamt 197 Ärzte (17 Prozent) würden hingegen statt der Arbeit in einer eigener Praxis eher die Arbeit in einer größeren Praxis-Kooperationsform als Angestellter oder in einem MVZ empfehlen.

Zwölf Prozent rieten dazu, sein medizinisches Wissen eher der Pharmaindustrie oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst anzubieten. Neuneinhalb Prozent empfahlen dem Nachwuchs, in der Klinik zu bleiben.

ÄND, JH

## winnung

ungelernten Billigjob entscheiden. Das hätte negative Folgen für die schon heute teils schwierige Besetzung von Ausbildungsplätzen und somit für die Nachwuchsgewinnung der Freien Berufe, die ihre Fachkräfte in der Regel selbst ausbilden.

Anstatt die mittelfristigen Zukunftschancen junger Menschen, die sie über eine Berufsausbildung erhalten, zu verbauen, solle die Bundesregierung vielmehr ihre Initiativen zur Stärkung der beruflichen Bildung intensivieren.

Über Sinn und Zweck einer starren Altersgrenze lasse sich in einer Gesellschaft, die auf Vielfältigkeit von Lebens- und Erwerbsbiographien setze, ohnehin streiten. Wenn der Gesetzgeber sich tatsächlich für eine starre Altersgrenze entscheide, dann dürfe sie zumindest die berufliche Ausbildung nicht gefährden.

BFB, JH

## Kooperation zwischen Implantologen und Privatzahnärzten

Die Privatzahnärztliche Vereinigung Deutschlands (PZVD) und der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) wollen enger kooperieren. Wie die Verbände in einer gemeinsamen Pressemitteilung, wollen sie künftig berufspolitische Themen, insbesondere bezüglich der privatrechtlichen Behandlungsverhältnisse, verstärkt nach außen tragen.

BDIZ EDI und PZVD hatten bereits in der Vergangenheit zusammengearbeitet. So bei der Verfassungsbeschwerde gegen die GOZ 2012 und beim gemeinsamen Eintreten gegen eine geplante Bürgerversicherung.

Durch die Verstärkung und Intensivierung der Zusammenarbeit sollen auch Synergieeffekte für die Mitglieder generiert werden. In einer Gesellschaft, die sich am Primat der Gleichheit als einer Fiktion von Gerechtigkeit orientiere, müssten sich diejenigen mit gu-

ten Argumenten verstärkt zu Wort melden, die einen Fortschritt durch individuelle Freiheit suchen, sagte PZVD-Präsident Dr. Wilfried Beckmann.

BDIZ EDI-Präsident Christian Berger betonte, dass man in Bezug auf die GOZ 2012 längst an einem Strang ziehe. „Die Schere zwischen Praxiskosten und Honorar geht immer weiter auseinander. Mit unserem Partner werden wir uns in Zukunft in vielen Fragen des Gebührenrechts und der privaten Praxisführung koordiniert öffentlich zu Wort melden.“

Implantologische Leistungen würden in Europa fast ausschließlich in privater Rechtsbeziehung angeboten. Nur in einem solchen Umfeld könne sich die Implantologie wissenschaftlich zum Wohl der Patienten weiterentwickeln heißt es weiter.

BDIZ EDI, PZVD

## 56. Sylter Woche

Fortbildungskongress der  
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Sylt/Westerland · 2. bis 6. Juni 2014

### »Schöne Zähne«

#### Vortragsprogramm für Zahnärztinnen und Zahnärzte:

**Montag, 2. Juni 2014** – auch für ZFA, Mitarbeiter(in)

- Begrüßung und Eröffnung durch den Präsidenten der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, *Dr. Michael Brandt, Kiel*
- Eröffnungsvortrag  
Unsere Zukunft im Universum  
*Prof. Dr. Wolfgang J. Duschl, Kiel*

**Dienstag, 3. Juni 2014**

- Grußwort der Deutschen Ges. für Ästhetische Zahnheilkunde e.V.  
*Präsident Prof. Dr. Dr. Robert Sader, Frankfurt*
- Goldener Schnitt und andere Grundlagen der Ästhetik  
*Prim. Dr. Rudolf Fürhauser, Wien*
- Harmonie des Gesichts durch Kieferchirurgie  
*Prof. Dr. Dr. Robert Sader, Frankfurt*
- Kleine Kieferorthopädie, große Wirkung  
*Prof. Dr. Angelika Stellzig-Eisenhauer, Würzburg*
- Funktion und Ästhetik – Frontzähne  
*Dr. Diether Reusch, Westerbürg*

#### Teamvortrag

- Ästhetisch-funktionelle Analyse –  
Grundlage für die erfolgreiche Behandlungsplanung  
*Dr. Siegfried Marquardt, Tegernsee*

#### Programm für ZFA und Mitarbeiter(in):

**Dienstag, 3. Juni 2014** – Teamvortrag:

- Ästhetisch-funktionelle Analyse – Grundlage für die erfolgreiche Behandlungsplanung  
*Dr. Siegfried Marquardt, Tegernsee*

**Mittwoch, 4. Juni 2014** – Teamvorträge:

- Ästhetik dank Erhaltungstherapie  
*Dr. Raphael Borchard, Münster*
- Sicheres Bleaching avitaler Zähne  
*Dr. Thomas Schwenk, Nürnberg*

**Dienstag, 3. Juni und Mittwoch, 4. Juni** – Seminare:

- Schöne Zähne – und wie viel kosten sie?  
*Angela Storr, Kiel*
- Möglichkeiten und Grenzen der Politur in Initial- und Erhaltungstherapie  
*Dr. Raphael Borchard, Münster*
- Make-up in der Zahnarztpraxis  
*Petra Götsche, Hamburg*
- Motivation und Preisgespräche zu zahnärztlich ästhetischen Behandlungsmaßnahmen  
*Nicole Graw, Hamburg*
- Bleaching mit Erfolgsgarantie  
*Dr. Thomas Schwenk, Nürnberg*
- Ästhetisch-funktionelle Therapie in der restaurativen und implantologischen Zahnheilkunde – Erfolg durch strukturierte Assistenz und konsequentes Praxismanagement  
*Dr. Siegfried Marquardt, Tegernsee*
- Notfallkurs für das Praxisteam  
*Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch, Hamburg*  
*Prof. Dr. Dr. Patrick H. Warnke, Brisbane*

Buchung über  
congress & more:  
Telefon: 07 21 / 62 69 39-11  
E-Mail: kalina@congressandmore.de  
Online-Buchung:  
www.sylterwoche.de – Rubrik: Anmeldung & Teilnahme

**Mittwoch, 4. Juni 2014**

#### Teamvorträge

- Ästhetik dank Erhaltungstherapie  
*Dr. Raphael Borchard, Münster*
- Sicheres Bleaching avitaler Zähne  
*Dr. Thomas Schwenk, Nürnberg*

#### Vorträge

- Rot-weiße Ästhetik durch Weichgewebsmanagement  
*Dr. Raphael Borchard, Münster*
- Sind ästhetische Restaurationen mit CAD/CAM möglich?  
*Dr. Alessandro Devigus, Buelach*
- Ästhetische Aspekte in der Teil- und Totalprothetik  
*Prim. Dr. Rudolf Fürhauser, Wien*
- Innovationen in der ästhetischen Implantologie  
*Dr. Siegfried Marquardt, Tegernsee*
- Frontzahnästhetik an Implantaten und Zähnen  
*Dr. Thomas Schwenk, Nürnberg*
- Funktion und Ästhetik – Seitenzähne  
*Dr. Diether Reusch, Westerbürg*

**Donnerstag, 5. Juni 2014**

- Dentales Imaging – vorher wissen, wie es nachher aussieht  
*Prof. Dr. Stefan Wolfart, Aachen*
- Dentoalveoläres Management – gute Planung führt zum Erfolg  
*Prof. Dr. Christoph Hämmerle, Zürich*
- Veranstaltung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
- Versorgung des parodontal kompromittierten Patienten, eine ästhetische Herausforderung  
*Prof. Dr. Christoph Hämmerle, Zürich*

**Freitag, 6. Juni 2014**

- Kompositionen in Composite, was hat sich bewährt?  
*Wolfgang M. Boer, Euskirchen*
- Kompositionen in Keramik, was hat sich bewährt?  
*Dr. Gernot Mörig, Düsseldorf*
- Schöne Zähne!  
*Prof. Dr. Stefan Wolfart, Aachen*
- Schlusswort  
*Dr. Andreas Sporbeck, Norderstedt*

**Wegen starker Nachfrage  
bitte rechtzeitig buchen!**



Zahnärztekammer  
Schleswig-Holstein

