



1

Januar 2015

der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung und
der Zahnärztekammer



+++ www.sylterwoche.de +++ www.sylterwoche.de +++ www.sylterwoche.de +++

**18. bis 22. Mai 2015:
„Zahnersatz – Innovation und Tradition“**

57. Sylter Woche

**Buchungsstart:
1. Februar 2015**

Editorial	3
10. Institutstag: Update Funktionslehre	4
Antrittsvorlesung: Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH	7
Heinrich-Hammer-Institut: Curriculum Seniorenmedizin	8
Versorgungswerk mit soliden Zahlen	10
Ehrenkodex: Flagge zeigen!	11
GOZ 2012: Abrechnungshinweise zu funktionsanalytischen Leistungen	12
Leistungsbeurteilung im Arbeitszeugnis ..	14
Steuersparmodell Zahnbehandlung	15
VV der KZV Schleswig-Holstein – Vortrag: „Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Praxis“	16
VV der KZBV in Frnkfurt: „Null Toleranz“ gegenüber korruptem Verhalten	18
Vorschau: 22. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag	25
Rundschreiben der KZV SH	27
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	28

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Redaktion: Zahnärztekammer:
 Dr. Joachim Hüttmann (verantwort.), Dr. Thomas Ruff
 Kassenzahnärztliche Vereinigung:
 Dr. Peter Kriett (verantwort.), www.kzv-sh.de
verantwortlich für diese Ausgabe:
 Dr. 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, Schinkel
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.

Facharzt-Terminierung: Feigenblatt der Ökonomie!

Die Bürgerinitiative Gesundheit befürchtet als Folge der gesetzlich vorgesehenen Einrichtung von Terminvergabestellen einen Abbau von Facharztpraxen und dadurch eine Verlängerung von Wartezeiten. Derzeit bekomme in Deutschland jeder ernsthaft Erkrankte – im Gegensatz zu England, Schweden, Norwegen und sogar Holland – rechtzeitig einen Facharzttermin. Es gebe also „die von den Krankenkassen behauptete mangelhafte Terminierung“ für ernsthaft erkrankte Bürger gar nicht. Das eigentliche Problem liege in der Eigeneinschätzung der Versicherten zur Notwendigkeit eines Facharztbesuchs. Es gehe dabei um Eigenverantwortlichkeit im Kontext mit der Anspruchshaltung aller Bürger. Angesichts von 18 Arztbesuchen pro Jahr in Deutschland fordert der Präsident der BIG, Armin Candidus, endlich zu analysieren, warum die Zahl der Arztbesuche in Deutschland im Durchschnitt fast viermal so hoch sei wie in Norwegen. „Daraus könnten strukturelle Rückschlüsse gezogen werden und zwar ohne den weiteren Ausbau von Bürokratie und Kosten durch eine gesetzlich verordnete Terminverwaltung, die auf dem Rücken der Ärzteschaft ausgetragen werden soll“, so Candidus.

JH, BIG

LSG: Rabattverträge für Zahnersatz unzulässig

Nach einem Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 25. November 2014 (AZ: L 4 KR 244/10) dürfen gesetzliche Krankenkassen keine Rabattverträge mit einzelnen Zahnlaboren abschließen, um ihren Mitgliedern den Bezug von billigem Zahnersatz zu ermöglichen. Damit wurde ein Urteil des SG Hannover von 2010 bestätigt. Im konkreten Fall hatte ein Dentallabor im Jahr 2008 in einem Vertrag mit der Krankenkasse den Versicherten dieser Kasse für in Deutschland hergestellten Zahnersatz mindestens 20 Prozent Rabatt gegenüber den mit der Zahntechnikinnung vereinbarten Tarifen eingeräumt. Für im Ausland hergestellten Zahnersatz, dessen Preise durchschnittlich 40 bis 60 Prozent unterhalb der in Niedersachsen geltenden Höchstpreise liegen, wurden weitere fünf Prozent Nachlass vereinbart. Unter anderem wurde der Zahnersatz aus China importiert. Kläger waren die Zahntechnikerinnung und ein anderes Dentallabor. Die Celler Richter stellten nun fest, dass die Krankenkasse ihre Versicherten zwar über die Möglichkeiten preisgünstigen Zahnersatzes informieren dürfe. Sie sei aber nicht berechtigt gewesen, den streitbefangenen Rabattvertrag abzuschließen, da hierfür eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage erforderlich gewesen wäre und eine solche Grundlage keiner in Betracht kommenden Norm entnommen werden könne. Wegen grundsätzlicher Bedeutung wurde die Revision zugelassen.

Änd, JH

Ist der Ethische wirklich der Dumme?

In der Gesundheitspolitik stehen 2015 neue Gesetze vor dem Inkrafttreten. Mit dem im Dezember 2014 im Kabinett verabschiedeten Versorgungstärkungsgesetz nimmt man unseren Praxen weiteren Handlungsspielraum.

Selektivverträge werden weiter gefördert und sollen die Versorgung des Bürgers – je nach Ausrichtung – günstiger, schneller oder transparenter machen. Da unter den diktierten Bedingungen und abgesenkten Vergütungen die Qualität leiden könnte, sorgt man mit einem übermächtigen Qualitätsinstitut vor. Natürlich wissen auch die Delegierten der Kammerversammlung, dass der Abschluss von Selektivverträgen – mit der Aussicht auf Zuweisung von Patienten – verlockend erscheint. Sind sie doch alle selbst Praxisinhaber.

Anders als bei unseren ärztlichen Kollegen gibt es bei Zahnärzten in den meisten Regionen des Landes einen Angebotsmarkt. Wer freut sich da nicht über neue Patienten? Manchem scheinen da alle Mittel Recht zu sein. Oder wie erklärt es sich, dass Patienten in der Praxis anrufen und fragen ob es stimmt, dass man aufhört?

Sich an Marketinggesellschaften zu verkaufen, um – auf Kosten der Nachbar Kollegen – Patienten abzuwerben, ist dreist und unkollegial. Wenigstens bleibt man dabei nicht unerkannt. Mehr Markt, noch mehr Marketing und eine aufgrund der Rechtsprechung liberalisierte Berufsordnung haben die Delegierten der Kammerversammlung dazu veranlasst, die Grenzen des kollegialen Miteinanders zu definieren. Dies im Bewusstsein, dass nicht alles justiziabel ist!

Im Ehrenkodex ist quasi die „best practice“ des Umgangs untereinander in einem akademischen Beruf niedergelegt. Sie sind aufgerufen, sich daran zu beteiligen. Ihren Patienten dokumentieren Sie durch eine Urkunde Ihre ethische Einstellung, das festigt die Patientenbeziehung.

In Ihrem Kreisverein werden Sie darüber hinaus beraten, wie sie kollegialer miteinander umgehen und sich der Kreisvereinsinitiative „Werbung – Nein danke“ anschließen.

Dank gilt hier dem Kreisverein Rendsburg-Eckernförde, der diese Kreisvereinsinitiative ins Leben gerufen hat. Aus diesem Kreis stammt auch die Erkenntnis. „Einmal Werbung – immer Werbung.“ Dies gilt sowohl für durch Werbung angelockte Neupatienten, die beim nächsten günstigen Angebot wieder die Praxis wechseln, als auch für Patienten die ausbleiben, weil die Werbung nicht hielt, was sie erwartet hatten.

Einige werden da nicht mitmachen, zwingen kann man niemanden. Jedoch sollte sich jeder vor Abschluss eines Selektivvertrages fragen, ob er es denn gut findet, wenn seine Patienten in andere Praxen gelotst werden. Oder will man etwa für alle Krankenkassen einzelne Verträge abschließen?



Für Kammervorstand und –versammlung ist unser Beruf ein Freier Beruf, ein hohes Gut, das zu erhalten sich lohnt. Wir setzen uns mit ganzer Kraft dafür ein, dass der Ethische nicht der Dumme ist. Machen Sie mit!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Michael Brandt
Präsident Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

Die Kammerversammlung hat im November einen Ehrenkodex verabschiedet, bitte lesen Sie hierzu den Artikel auf der Seite 11 dieser Ausgabe.

10. Institutstag: Update Funktionslehre

Von der interdisziplinären Diagnostik bis zur aktuellen

Ein bisschen Geografie, eine Prise Zoologie, nebenbei deutsch-deutsche Anekdoten, gut gemixt mit Humor, Fachwissen und Erfahrung: So präsentiert man Themen, an denen sich Zahnärzte die Zähne ausbeißen, unterhaltsam.

Prof. Dr. Dr. Georg Meyer, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Endodontologie an der Universität Greifswald, nahm ein begeistertes Fachpublikum im Heinrich-Hammer-Institut Kiel mit auf die spannende Spurensuche nach Ursachen von Kopf- und Gesichtsschmerz.

Den Begriff CMD, die Craniomandibuläre Dysfunktion, kennt längst auch der Patient. Doch klar ist die Ursache noch lange nicht, wenn Betroffene mit unerklärlichen Kopf- oder Gesichtsschmerzen auf dem Zahnarztstuhl landen, weil „vielleicht irgendwas mit dem Biss ist“.

Meyer liefert beim 10. Institutstag der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ein brillantes Update der Funktionslehre. Untertitel: Von der interdisziplinären Diagnostik bis zur aktuellen Schienentherapie. Klingt trocken, muss es aber nicht sein, wie Meyer beweist.

Die vielen jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich zu der ausgebuchten Fortbildung angemeldet haben, sitzen wie früher im Hörsaal mit Block und Bleistift in den Reihen. „Erst mal die Basics“, leitet der Professor ein, nachdem hinter ihm die Ostseeküste, Bauernhof-Tiere und der Vorgängerbau seiner Klinik, ein altes Gasthaus, über die Leinwand flimmern. O-Ton: „Da lebe ich, und so ahnen Sie es gleich: Ich bin einer vom Land.“

„Dass die Mundhöhle mehr als eine Kiste voller Zähne ist“, weiß hier zwar jeder. Doch allein die Wortwahl macht Lachen und schärft die Aufmerksamkeit für die rasante Art, wie der Greifswalder die Grundlagen in Erinnerung ruft. Um die Verbindungen der Mundhöhle zu anderen Körperregionen geht es, Stichwort „interdisziplinäres Denken“. Ob ein kieferorthopädisches Problem vorliegt, eine leicht identifizierbare Okklusionsstörung oder eine sehr subtile Dysfunktion, für deren Entdeckung Detektivarbeit nötig ist, gelte es zu unterscheiden. „In vielen Fällen spielt eine Okklusionsstörung, die Sie sofort sehen, überhaupt keine Rolle für irgendeinen Schmerz“, macht er klar. „Der Patient war vielleicht Jahrzehnte lang beschwerdefrei. Erst durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren, zum Beispiel psychischen Stress, taucht der Schmerz auf. Eine Funktionsstörung ist nicht in erster Linie ein Problem der Okklusion. Sie resultiert eher aus einer neuromuskulären Inkoordination.“

Anhand etlicher Fallbeispiele verdeutlicht Meyer das komplizierte Spiel von Ursache und Wirkung: Der pulpitische Zahn könne eine Odyssee nach sich ziehen. „Der Patient läuft von einem Spezialisten zum nächsten, bis ein Kollege schließlich die Basics arbeitet.“ Aber nicht immer sei das er-

*Brunch & Work:
Die Pausen bieten
Gelegenheit, sich mit
Kolleginnen und Kollegen
auszutauschen.*



Schientherapie

folgreich, „denn das Problem kann auch ein Stockwerk höher seinen Anfang genommen haben, wie etwa bei einer Epilepsie“. Und so betont er: „Um den Ursachen einer Muskelverspannung auf die Spur zu kommen, können in der Tat vier bis fünf Facharzt disziplinen gefragt sein.“

Ein Grund, die Flinte ins Korn zu werfen, sei das alles jedoch nicht. „Wir als Zahnärzte sind nun einmal für die Okklusionsstörung zuständig. Also machen wir uns akribisch auf die Suche. Im übertragenen Sinne heißt das: Wir beschäftigen uns mit dem versteckten Himbeer kern im Gebiss. Dieses gemeine Ding, das den Patienten nach dem Genuss der Torte so ungeheuer nervt, müssen wir finden. Und wenn Sie die Störung beseitigt haben, der Patient aber weiter Probleme hat, schicken Sie ihn zu Kollegen anderer Disziplinen.“

Außerdem empfiehlt Meyer, schon bei der Erstuntersuchung die Risikofaktoren für Funktionsstörungen im Blick zu haben. „Fragen Sie den Patienten, ob er Stress hat oder die Zähne aus irgendeinem Grund zusammenbeißen muss.“ Dass dabei Feingefühl angebracht ist, macht er an einem Fall aus seiner Klinik deutlich: Ein kleiner Junge wurde seine einseitigen Gesichtsschmerzen erst los, nachdem eine einzige zu hohe Amalgamfüllung korrigiert worden war. „Zum Problem wurde die Okklusionsstörung in diesem Fall, weil der Junge eben nicht die Zähne zusammenbeißen konnte, obwohl er Grund dazu hatte. Hier wäre eigentlich ein Psychologe gefragt gewesen, um die tiefere Ursache zu beheben“, betont er. „Aber die Familie war zufrieden, dass die Schmerzen auch nach sechs Monaten nicht wieder auftraten. Sie hätte meinen Rat



Fotos: Cornelia Müller

Prof. Dr. Dr. Georg Meyer, Greifswald lieferte den Kursteilnehmern ein brillantes Update der Funktionslehre.

ohnehin abgelehnt. So konnte ich nur durch die Blume auf die eigentliche Ursache hinweisen, aber immerhin akut helfen.“ In dem Zusammenhang erinnert er daran, dass sich die muskulären Funktionsmuster bei Kindern durch Knirschen herausbilden. Meyer macht damit deutlich, dass es auch gilt, eigene Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren.

Wie man Parafunktionen bewusst macht, demonstriert der Referent an sich selbst: Er klebt sich einen roten Punkt auf die eigene Stirn. „Geben Sie Ihren Patienten praktische Lebenshilfe auf den Weg, die nichts kostet. Das rote Pünktchen am PC und überall, wo Stresssituationen zu erwarten sind, kann daran erinnern, kleine Entspannungsübungen einzuschleichen und den Kiefer locker zu lassen. Ich brauche diese Punkte ja auch! Und seien Sie nicht zu streng. Zur Entspannung ist erlaubt, was hilft, sollte

Ihre Zusatzbotschaft lauten – und wenn es Räucherstäbchen sind.“

Auch von Irrungen und Wirrungen der Funktionsspezialisten weiß Meyer zu berichten: „So wurde doch einst die retrale Kontaktposition (RKP) als die einzige reproduzierbare angesehen und der Kiefer zur Bissregistrierung forciert nach hinten gedrückt. Selbst ausgefeilte Technik kann unter Umständen in die Irre führen. Wer viel misst, misst oft Mist.“

Am Ende dieses ersten Teils steht ein leidenschaftliches Plädoyer für die Zahnerhaltung: „Zähne sind taktile Instrumente. Mit ihrer Hilfe kann der Organismus ein vergessenes, aber ursprünglich richtig erlerntes Bewegungsmuster wiederbeleben. Ein Implantat könnte das niemals leisten.“





Aufbisschiene oben oder unten? – „In der Regel in dem Kiefer, in dem weniger Zähne fehlen. Der Unterkiefer ist meist für die Patienten angenehmer!“

Nach dem „Brunch & Work“ in der Pause geht es an die praktischen Anleitungen. Fragen werden gestellt und prompt erschöpfend beantwortet. Zahnarzt Dr. Andreas Zettler aus Lübeck bringt auf den Punkt, wie die meisten seiner Kollegen an diesem Sonnabend nach Hause fahren: „Motiviert, gut gelaunt. Dieses Update hat uns in Erinnerung gerufen, was man eigentlich schon einmal gelernt haben sollte, aber nicht immer vor Augen hat.“

Dass Meyer und auch Dr. Andreas Sporbeck als zuständiger Kammervorstand für die Organisation des Fortbildungstages rauschenden Beifall bekommen, ist mehr als verdient.

■ CORNELIA MÜLLER

11. Institutstag der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Keramikimplantate aus Zirkondioxid in der dentalen Implantologie

Samstag, 31. Januar 2015

9.30 Uhr – 14.00 Uhr

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Heinrich-Hammer-Institut

Westring 496, 24106 Kiel

Programm

- 9.30 Uhr **Historie, wissenschaftlicher Hintergrund, klinische Anwendung und prothetische Konzeption von Keramikimplantaten**
Dr. Michael Gahlert, München
- 11.15 Uhr **Brunch and Work**
- 12.00 Uhr **Verhalten der Hart- und Weichgewebe periimplantär, Ästhetisches Potential**
Prof. Dr. Dr. Heinz Kniha, München
- 13.45 Uhr **Diskussion**
- 14.00 Uhr **Voraussichtliches Ende des 11. Institutstages**

Das erneute Aufkommen vollkeramischer dentaler Implantate im Jahre 2005 aus dem Hochleistungswerkstoff Zirkondioxyd löste große Emotionen und Hoffnungen aus, aber auch Zweifel und Ablehnung. Limitationen und ästhetische Risiken mit Titanimplantaten in der einsehbaren Zone in Form von Geweberezession, „interdentale schwarze Dreiecke“ und mucosaler Metallschatten sind hinlänglich bekannt und werden mittlerweile auch auf den großen Kongressen offen angesprochen.

Die Präsentation rollt die historische Entwicklung, wissenschaftliche Basis, klinische Anwendung und prothetische Konzeption auf.

Teilnehmergebühr: **95 Euro für Zahnärztinnen und Zahnärzte**

Punktebewertung entsprechend der Empfehlung der BZÄK/DGZMK: **5**

Anmeldung unter **Kurs-Nr. 15-01-080** | www.zaek-sh.de, **Rubrik Fortbildung**

Tel.: 0431/26 09 26-82 | Fax: 0431/26 09 26-15 | E-Mail: hhi@zaek-sh.de



Antrittsvorlesung

Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH

Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH, Wissenschaftlerin an der Kieler Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, hat seit März 2014 den bundesweit ersten Lehrstuhl für zahnmedizinische Versorgungsforschung mit einem onkologischem Schwerpunkt inne. Prävention und Versorgung in der Zahnheilkunde mit interdisziplinärer Ausrichtung sind ihr Forschungsterrain.

Die Zahnärztin, die auch mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein zusammenarbeitet, thematisierte in ihrer Antrittsvorlesung im Herbst die Wechselwirkung zwischen lebensbedrohlicher Diagnose einerseits sowie individuellen und psychischen Faktoren und deren Einfluss auf die Lebensqualität andererseits. Titel: „Schon geheilt oder noch krank? Die Diskrepanz zwischen gesund sein und sich gesund fühlen.“ Das *Zahnärzteblatt* sprach mit der Kieler Wissenschaftlerin.

„Den Begriff der Gesundheit, des Gesundseins, kann man nicht als objektiven Zustand fassen. Er ist ein mehrdimensionales fließendes Konstrukt“, unterstreicht Hertrampf. „Mir ging es in meinem Vortrag auch darum aufzuzeigen, wie sich dieser Begriff in der onkologischen Praxis der Zahn-, Kiefer- und Gesichtsheilkunde darstellt und wie er sich von der Diagnose über die Therapie bis zur Nachsorge für den Betroffenen verändert.“

Wer ein lebensbedrohliches Ereignis durchmacht, bekommt eine andere Sichtweise, die während der gesamten Therapie wiederholt wechseln kann. Ich möchte dieses Gebiet künftig stärker in den Fokus rücken und erforschen.“

Sie betont, dass diese Sichtweisen, die neben objektiven Faktoren entscheidenden Einfluss auf Wohlbefinden und Lebensqualität haben, „bereits

auf der unbewussten Ebene verankert werden, wenn der Patient seine Diagnose erfährt“. Dem Risiko, Angstzustände, ein Ermüdungssyndrom oder, akute depressive Phasen zu durchleben, sei jeder Betroffene ausgesetzt. Es gehe jedoch darum zu verhindern, dass sie in chronische Zustände übergehen.

„Wir als Behandler müssen uns auch fragen, wie man während des Klinikaufenthalts und danach sogenannte funktionale Bewältigungsstrategien (Coping), also dem Wohlbefinden förderliche Bewältigungsstrategien, unterstützt. Was ist an psychoonkologischen Begleitmaßnahmen sinnvoll bei einem Tumor in der Mundhöhle, der schwerwiegende sichtbare und/oder funktionelle Folgen nach sich zieht?“

Speziell für diese Patientengruppe gebe es zu wenige Daten, aus der sich gezieltere Unterstützungsangebote ableiten ließen, wenn die Betroffenen nach der Operation in ihr häusliches Umfeld zurückkehren.

Mit einer auf ein Jahr angelegten klinischen Beobachtungsstudie will sie die Basis schaffen. Das Projekt beginnt im ersten Quartal 2015. „Wir werden den theoretischen Hintergrund aufarbeiten, mögliche funk-



Foto: privat

nale Bewältigungsstrategien und Risiken identifizieren, die eher der Lebensqualität abträglich als förderlich sind.“ Dafür sollen Patienten ab Diagnosestellung gebeten werden, Fragebögen auszufüllen, an Interviews teilzunehmen und auch ein strukturiertes Tagesbuch zu führen.

Zum Abschluss des Gesprächs zitiert Prof. Dr. Katrin Hertrampf den Kölner Psychiater und Theologen Prof. Dr. Manfred Lütz: „Gesund ist ein Mensch, der mit seinen Krankheiten einigermaßen glücklich leben kann.“

■ CORNELIA MÜLLER

Heinrich-Hammer-Institut

Curriculum Seniorenzahnmedizin hat begonnen

Der Anteil der Senioren in der Bevölkerung wächst. Dieser Entwicklung ist mit geeigneten Praxiskonzepten Rechnung zu tragen, die sowohl den Bedürfnissen der fitten, als auch der gebrechlichen und hilfe- sowie pflegebedürftigen Senioren gerecht werden. Der gerade veröffentlichte Pflegereport 2014 der BARMER GEK verdeutlicht diese Notwendigkeit: vor allem Pflegebedürftige in Heimen sind zahnmedizinisch unterversorgt.

Am 10. Oktober 2014 startete das erste von insgesamt acht Modulen des Curriculums Seniorenzahnmedizin in der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Ina Nitschke, der an den Universitäten Zürich und Leipzig tätigen Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e. V. (DGAZ), ist es mit Unterstützung durch die Kieler Zahnärztin Claudia Ramm gelungen, ein vielfältiges Kursprogramm mit namhaften Referenten anzubieten. Dabei wird das Ineinandergreifen der Themenkomplexe Geriatrie, Gerontologie und Gerostomatologie unter Berücksichtigung der speziellen Anforderungen an den behandelnden Zahnarzt und das zahnmedizinische Team eindringlich beleuchtet.

Neben praktischen Tipps zur Therapieplanung bei Hochbetagten und Be-

sonderheiten, die sich aus der Polypharmazie und Multimorbidität der Senioren ergeben, werden auch die juristischen Grundlagen des Betreuungsrechtes und des Arzthaftungsrechtes vermittelt, deren Kenntnis gerade im Rahmen der aufsuchenden Betreuung von großer Bedeutung ist.

Die Auffrischung allgemeiner zahnmedizinischer Kenntnisse zu Erkrankungen wie Schlaganfall, Demenz, Dysphagie oder Malnutrition sollen dazu beitragen, den Weitblick des Zahnarztes zu schärfen, den Umgang mit betroffenen Patienten und deren Angehörigen zu erleichtern sowie durch vertiefte Kenntnisse über Symptomatik und Verlauf eine patientenindividuelle Versorgung zu ermöglichen.

Abgerundet wird dieses Curriculum durch zwei praktische Teile. Unter der Leitung von PD Dr. Werner Hofmann, Chefarzt der Kliniken für

Geriatrie am Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster und am Klinikum Bad Bramstedt, erfolgt eine Hospitation in einem akut-geriatrischen Krankenhaus. Des Weiteren findet der Besuch einer Pflegeeinrichtung in Begleitung mehrerer Spezialisten für Seniorenzahnmedizin statt.

Bis Juli 2015 werden sich 18 interessierte Kolleginnen und Kollegen in insgesamt 100 Fortbildungsstunden intensiv mit den Besonderheiten bei der Behandlung und Betreuung dieser heterogenen Patientengruppe auseinandersetzen. Was hat die Teilnehmer bewogen, an diesem Curriculum teilzunehmen? „Die Behandlung und zahnmedizinische Betreuung dieser Patientengruppe liegt mir am Herzen,“ war eine oft gehörte Aussage in der Vorstellungsrunde. Allen gemein ist der Wunsch, den älteren Patienten umfassend und entsprechend seiner Bedürfnisse optimal zu behandeln. Dies sollte auch für die Praxis im Alltag in sachgerechter Atmosphäre passieren. Die Mehrzahl der Kursteilnehmer betreut bereits Patienten in stationären Einrichtungen und kann auf wertvolle Erfahrungen zurückgreifen. Andere Kollegen möchten ihr Praxispektrum um diesen Aspekt erweitern. Ein weiteres Anliegen ist der Wunsch nach größtmöglicher Sicherheit. „Wir befinden uns als Behandler in einer besonderen juristischen Situation mit kognitiv eingeschränkten Patienten. Verstoße ich unter Umständen unwissentlich gegen irgend-



Fotos: Central-Studios

Curriculum Seniorenzahnmedizin gestartet: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 1. Moduls und ...

welche Vorschriften? Mit wem wird die Akutbehandlung im Rahmen eines zahnärztlichen Konzils von Krankenhauspatienten liquidiert?" Dies waren nur einige Anliegen, die die Kolleginnen und Kollegen im Rahmen der Vorstellungsrunde äußerten. Doch auch die Einbeziehung der zahnärztlichen Assistenz in die Organisation von Terminen sowie die Kommunikation mit Heimen, Angehörigen und Kostenträgern ist von besonderer Bedeutung.

Im ersten Modul wurde auf die physiologischen Altersveränderungen und die Auswirkungen auf das stomatognathe System eingegangen. Dazu referierte u. a. Prof. Dr. Werner Götz von der Universität Bonn. Prof. Nitschke ging in ihren Vorträgen dezidiert auf den demografischen Wandel und die Anforderungen an eine seniorenge-rechte Zahnarztpraxis mit einem größtmöglichen, „gerostomatologischen Wohlfühlfaktor“ ein. Zudem wurden die Teilnehmer in die zahnmedizinische funktionelle Kapazität eingeführt. Dabei erfolgt eine Einschätzung des Patienten hinsichtlich seiner individuellen Therapiefähigkeit, seiner Mundhygienefähigkeit und seiner Eigenverantwortlichkeit, wodurch sich die Belastungsstufe des Patienten erfassen lässt.

Das zweite Modul befasste sich mit den pathologischen Altersveränderungen und dem Themenkomplex der Multimorbidität. Spezifisch eingegangen wurde auf die Patienten im Zustand nach einem Schlaganfall. Dr. Bernd Sgries, Geriater am Klinikum in Itzehoe, arbeitete heraus, dass in der Bundesrepublik Deutschland jedes Jahr 250.000 Menschen einen Schlaganfall erleiden und 42 Prozent der Patienten, die einen Apoplex überleben, dauerhafte Be-



... Prof. Dr. Ina Nitschke, wissenschaftliche Leiterin.

eintrüchtigungen beibehalten. Eine blutgerinnungshemmende Medikation ist obligat. Aus Sicht der Zahnmedizin stellt gerade die Antikoagulation mit den „neuen“ oralen Antikoagulantien eine Herausforderung dar, da es für Patienten unter Eliquis[®]-, Pradaxa[®]- oder Xarelto[®]-Medikation kein Antidot gibt. Das Absetzen der Medikation sollte daher 12 bis 24 Stunden vor dem chirurgischen Eingriff erfolgen. Zudem liegt bei jedem zweiten Schlaganfallpatienten eine Schluckstörung vor. Im ungünstigsten Fall können diese als sogenannte „stille Aspiration“ ablaufen, bekräftigte ebenfalls Kerstin Schlee, Logopädin aus Neustadt/Holstein. Auf Grund der Wahrnehmungs- und Sensibilitätsstörung wird kein Schluckreflex ausgelöst, Speisen und Flüssigkeiten permanent aspiriert. Rezidivierende Pneumonien werden oftmals antibiotisch therapiert; der kausale Zusammenhang zur Dysphagie bleibt jedoch oft unberücksichtigt.

Dr. Jens Dowideit, Chefarzt der geriatrischen Klinik des DRK-Krankenhauses Middelburg, sensibilisierte die Teilnehmer eindringlich für das Thema der Mangelernährung im Alter. Die Malnutrition geriatrischer Patienten stellt ein Kriterium dar, das die Überlebensrate nach durchgemachten Erkrankungen signifikant beeinflusst. Gilt ein erhöhter Body-Mass-Index im Jugendlichen- und Erwachsenenalter

als Risikofaktor für Diabetes und Bluthochdruck, sinkt hingegen die Mortalität bei Senioren mit einem BMI zwischen 24 bis 29 kg/m².

Dr. Bärbel Christiansen, Vorsitzende der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Instituts (RKI), informierte die Anwesenden bezüglich der Verhaltenskautele von Patienten mit MRSA, die oftmals im Rahmen eines Konzils angetroffen werden. Dabei wies sie eindringlich darauf hin, dass sich jeder, der Umgang mit dieser Patientenklientel hat, bewusst machen sollte, dass sich die Multiresistenz dieser Erreger auf die mangelnde Wirksamkeit von Antibiotika bezieht. Eine Resistenz gegen Desinfektionsmittel besteht hingegen nicht. Zahnmedizinische Behandlungsabläufe in Pflegeeinrichtungen wurden unter hygienischen Gesichtspunkten im Detail ventiliert.

Abschließend gab Prof. Nitschke Tipps zum Umgang mit Senioren in der Praxis, die nach kurzer Einweisung des eigenen Praxispersonals sofort umsetzbar sind.

Demnächst soll auf Wunsch der Teilnehmer des Curriculums ein Kurs speziell für die zahnmedizinische Assistenz in der Seniorenzahnmedizin angeboten werden. Nähere Informationen werden Sie über das Heinrich-Hammer-Institut erhalten.

■ DR. KERSTIN GROB

Herbstkammerversammlung

Versorgungswerk mit soliden Zahlen

Anlässlich der Kammerversammlung am 22. November letzten Jahres präsentierte Marcus Ahrens, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses, ein solides, auf die Zukunft ausgerichtetes Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein.

Ahrens begann seinen Vortrag mit einem kurzen volkswirtschaftlichen und politischen Ausblick, bei dem er besonders auf die weiterhin historisch niedrigen Zinsen verwies. Dann stellte er die betriebswirtschaftlichen Zahlen des Versorgungswerkes dar:

Die Bilanzsumme hat sich demnach auf 670 Mio. EUR im Jahre 2013 erhöht und wird voraussichtlich 2014 die Marke von 700 Mio. EUR überschreiten. Damit hat sich das Vermögen in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt. 2.512 aktive Mitglieder zahlten 21,5 Mio. EUR Beiträge, ein Beitragsplus von knapp 5 %. Analog sind natürlich auch die Versorgungsaufwendungen um 10,7 % auf 14,4 Mio. EUR gestiegen. Insgesamt erhalten 775 Alters-, Berufs-, Witwen/er – Rentner Leistungen aus dem Versor-

gungswerk. Daneben werden noch Waisen- und Kinderzuschüsse gezahlt.

Mit **Vermögenserträgen** von netto (d. h. nach Abzug der Kosten) fast 32 Mio. EUR erwirtschaftete das Versorgungswerk eine Rendite von 5 %. Damit kann es den festgesetzten Rechnungszins voll bedienen. Der Verwaltung wurde eine sparsame Haushaltsführung bescheinigt. Die Kosten hierfür incl. der Vermögenskosten beliefen sich auf lediglich 0,18 % des Gesamtvermögens.

Ahrens hob die gute Zusammenarbeit der beiden Gremien – Aufsichtsausschuss und Verwaltungsausschuss – und der Verwaltung hervor. Diese Konstellation habe entscheidend mit zu diesem guten Ergebnis beigetragen.



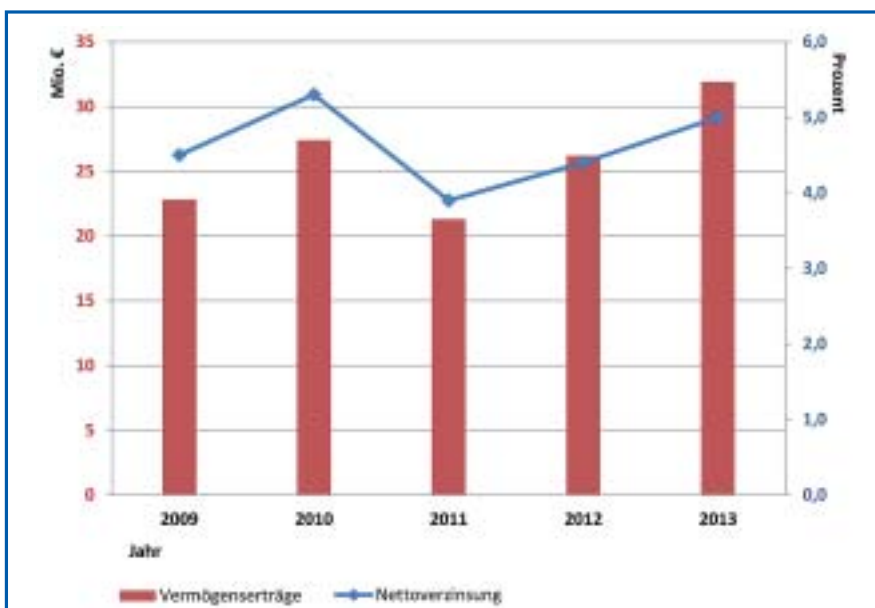
Foto: Jörg Wohlfromm

Trotz des (noch) guten Ergebnisses schlug der Aufsichtsausschuss vor, keine Dynamisierung der Renten und Rentenanwartschaften vorzunehmen.

Die nächsten Jahre würden – aufgrund der voraussichtlich weiter anhaltenden Niedrigzinsphase – sicher nicht einfach, so Ahrens. Die Herausforderungen in diesem Bereich stünden dem Versorgungswerk noch bevor. So solle neben dem weiteren Aufbau der Zinsschwankungsreserve auch die Überschussrückstellung erhöht werden.

Nach der Präsentation der soliden Zahlen war die Zustimmung der Delegierten zur Genehmigung des Jahresabschlusses und zur Entlastung der Gremien sowie zu einigen Satzungsänderungen eine logische Konsequenz.

■ MARCUS AHRENS



Ehrenkodex:

Flagge zeigen!

Die Kammerversammlung empfiehlt allen Zahnärztinnen und Zahnärzten in Schleswig-Holstein, den Ehrenkodex der Zahnärzteschaft zu zeichnen, um mit den zehn Leitsätzen das freiberuflich zahnärztliche Berufsverständnis zu bekräftigen.

Der Ehrenkodex definiert das ehrenhafte Verhalten gegenüber Patienten, Mitarbeitern, Kollegen und Geschäftspartnern besser und prägnanter, als es Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Satzungen könnten.

Zugleich setzt die Zahnärzteschaft mit dem öffentlichen Bekenntnis zum Markenkern freiberuflicher, zahnärztlicher Tätigkeit auch einen Kontrapunkt zu den immer weiter ausufernden gesetzlichen Regelungen.

Alle niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte werden in den nächsten Tagen durch einen Brief der Zahnärztekammer über den Ehrenkodex informiert und gebeten, sich dieser Initiative anzuschließen. Die Unterzeichnung des Ehrenkodex wird mit einer Urkunde bestätigt, die auch zum Aushang in der Praxis geeignet ist.

Die Initiativen der zahnärztlichen Kreisvereine („Werbung nein danke!“) ergänzen den Kodex auf regionaler Ebene.

ZÄK

**Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein**
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Urkunde

Dr. Fritz Mustermann

hat den Ehrenkodex der Zahnärzteschaft Schleswig-Holsteins unterzeichnet und sich verpflichtet, die dort beschriebenen ethischen Grundsätze gegenüber Patienten, Kollegen und Geschäftspartnern und beim öffentlichen Auftritt zu beachten.

Kiel, Datum



Dr. Michael Brandt
Präsident
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Der Ehrenkodex der Zahnärzteschaft Schleswig-Holsteins wurde von der Kammerversammlung am 22. November 2014 beschlossen. Er beinhaltet die Selbstverpflichtung zur Beachtung ethischer Grundsätze bei der Behandlung von Patienten, im geschäftlichen Umgang und bei der Werbung für zahnärztliche Leistungen. Patienten können ihn auf Wunsch in der Praxis einsehen.

Abrechnungshinweise zu funktionsanalytischen Leistungen



Die funktionsanalytischen Leistungen sind im Abschnitt J. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beschrieben. Sie dienen der Feststellung von Funktionsveränderungen im craniomandibulären Bereich, die alle Komponenten des stomatognathen Systems pathologisch beeinflussen können. Sie werden unter dem Begriff der Craniomandibulären Dysfunktion (CMD) zusammengefasst.

In der Regel wird die Diagnostik dieses Krankheitsbildes durch die klinische Funktionsanalyse eingeleitet. Der Verordnungsgeber hat bei der Novellierung der GOZ mit der Neufassung der GOZ-Nr. 8000 klargestellt, dass es sich nicht lediglich um eine Befunderhebung auf einem vorgeschriebenen Formblatt handelt, sondern um eine das gesamte Kausystem umfassende klinische Befunderhebung mit entsprechender Dokumentation und Diagnose. Im Fokus steht dabei keine instrumentelle Analyse der Unterkieferbewegungen, sondern eine orientierende prophylaktische, parodontologische, okklusale und funktionsdiagnostisch radiologische Befundaufwertung, die auch orientierende Reaktionstests (bspw. Resilienztest, Provokationstest) umfasst. Dazu gehört auch das manuelle und auditorische Erfassen der Gelenkregion bei Unterkieferbewegungen (Abweichungen, Druckdolenzen, Knack- und Reibegeräusche) und das Erfassen von Myogelosen der Kiefer- und Halsmuskulatur.

Im Laufe eines Behandlungsfalles ist zur Kontrolle des Behandlungserfolgs, bei Änderungen des Krankheitsbildes und bei Therapienumstellung die GOZ-Nr. 8000 je Befunderhebung mehrfach berechnungsfähig. Die Dokumentation der Befunde ist vorgeschrieben, aber nicht an ein Formblatt gebunden. Der Zahnarzt entscheidet über die Art der Befunddokumenta-

tion. Es sind also verschiedene, die wissenschaftlichen Leitlinien erfüllende Dokumentationsblätter und -formen, möglich. Um die Beihilfefähigkeit der GOZ-Nr. 8000 zu sichern, muss in der Regel das Beiblatt 3 des klinischen Funktionsstatus der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) mit Angaben zur beihilferelevanten Indikation, der Gebührensatzern und des Befundes sowie der Therapie ausgefüllt werden. Der GOZ-Ausschuss der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein sieht die Berechnung der GOÄ-Nr. 70 für das Ausfüllen der Seite 3 als gegeben an, auch wenn ohne eine Funktionsanalyse lediglich weitere Leistungen nach den GOZ-Nr. 8010ff. erbracht wurden.

Weiterführende Untersuchungen, Tests zur Aufdeckung orthopädischer und psychosomatischer Co-Faktoren, die manuelle Strukturanalyse sowie neuromuskuläre Funktionsanalysen sind nicht von der klinischen Funktionsanalyse erfasst und müssen als nicht beschriebene, aber zahnmedizinisch notwendige Leistungen nach § 6 GOZ berechnet werden.

Für die Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans (HKP) bei funktionsanalytischen und –therapeutischen Maßnahmen kann nach der Befundaufnahme und Ausarbeitung eines Behandlungsplans die GOZ-Nr. 0040 berechnet werden. Diese Position darf nicht neben der GOZ-Nr. 0030 (Auf-

stellung eines schriftlichen HKP's nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen) berechnet werden. Werden allerdings im gleichen Fall prothetische und funktionsanalytische Leistungen auf einem HKP erforderlich, kann die höher bewertete GOZ-Nr. 0040 berechnet werden bzw. der erhöhte Aufwand über den Steigerungssatz nach § 5 Abs. 2 GOZ geltend gemacht werden.

Erfahrungen im GOZ-Referat zeigen, dass es im Zusammenhang mit der klinischen und instrumentellen Funktionsanalyse wichtig ist, § 9 Abs. 2 GOZ zu beachten. Dort heißt es: „Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1000 EUR überschreiten.“

Die GOZ-Nr. 8010 umfasst das „Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat“.

In diese Leistungsbeschreibung (Zentrikregistrat) wurde auch die Stützstiftregistrierung integriert. Die Leistung nach GOZ-Nr. 8010 kann zweimal pro Sitzung berechnet werden. Ein einfacher Quetschbiss erfüllt nicht den Leistungsinhalt der Position. Die Registrierung der genauen Zentrallage des Unterkiefers dient der



exakten Feststellung der Unterkieferlage zum Oberkiefer und ist sowohl bei Funktionsstörungen, Einschleiftherapie, chirurgischer und prothetischer Therapie notwendig. Um Erstattungsprobleme zu vermeiden, ist es wichtig, die Indikation der Leistung, ob der Diagnostik, der Therapie oder einer notwendigen Remontage dienend, zu dokumentieren und gegebenenfalls auf der Rechnung zu vermerken. Ein erhöhter Aufwand durch mehr als zwei Registrare (Kontrollregistrare) pro Sitzung oder ein erhöhter Aufwand lässt sich nur durch § 5 Abs. 2 GOZ oder eine Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ darstellen. Nicht in der Position ist die Herstellung des Registratträgers enthalten. Material- und Laborkosten können zusätzlich nach § 9 GOZ berechnet werden.

Kondylenpositionsanalysen, metrische (quantitative) Analysen von Kiefergelenk-Magnetresonanztomogrammen und das Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung für virtuelle Kiefermodelle in einem virtuellen Artikulator sind von der Bundeszahnärztekammer in den „Katalog selbstständiger zahnärztlicher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnender Leistungen“ aufgenommen worden, weil sie nicht Bestandteil der GOZ-Nr. 8010 sind.

Wie aus den zahlreichen analog zu berechnenden selbstständigen Leistungen ersichtlich ist, wurden mechanische und elektronisch unterstützte Untersuchungsmethoden nicht in der GOZ beschrieben. Die Industrie bietet zahlreiche Abrechnungsvorschläge für Geräte und Verfahren an, die einer gebührenrechtlichen Prüfung nur selten standhalten, sich aber verkaufsfördernd auswirken. Nicht die technische Verbes-

serung eines Verfahrens ist entscheidend für die Abrechenbarkeit einer Leistung, sondern nur die Leistungsbeschreibung. Nur Leistungen, die über die Leistungsbeschreibung hinausgehen, lassen sich analog nach § 6 GOZ liquidieren.

Der GOZ-Ausschuss der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein hat sich in seiner Sitzung am 29. September 2014 u. a. mit der Abrechnung von „DIR-Leistungen“ befasst. Mit dem DIR-System werden die zentrische Kondylenposition und die horizontale Kieferrelation nach dem Pfeilwinkel- bzw. Stützstiftregistrat mit einem elektronischen Verfahren bestimmt und unter Kaudruckbelastung verschlüsselt. Nach Auffassung des GOZ-Ausschusses handelt es sich hierbei nicht um ein übliches Ver-

messen zur Einstellung der Artikulartorkondylargehäuse durch eine mechanische Stützstiftregistrierung, sondern um ein erweitertes Verfahren der Stützstift- und Bissregistrierung (Einschluss anatomischer und neurophysiologischer Komponenten), dass durch die GOZ-Nr. 8010 nicht abgebildet wird und deshalb analog nach § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen ist.

■ DR. R. KADEN
Vorstand Gebührenrecht

Der Beitrag wird im *Zahnärzteblatt*, Ausgabe Februar 2015 fortgesetzt.

Aufstiegsfortbildung | 4. DH-Kurs 2015 in Hamburg

Aufstiegsfortbildung zum/r Dentalhygieniker/in (7.9.2015-27.2.2016)
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Christof Dörfer
(Direktor Zahnerhaltungskunde und Parodontologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein Kiel)
Erfahrene Dozenten aus dem In- und Ausland gewährleisten eine praxisnahe umfangreiche Wissensvermittlung auf hohem Niveau.
Infoveranstaltung: Frühjahr 2015

Kontakt:
NFI, Frau Jessen-Dönmez
Tel.: (040) 736 77 53 26 61
Mail: beate.jessen-doenmez@nfi-hh.de






Das NFI wird getragen von den Zahnärztekammern
Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern
und Schleswig-Holstein.




http://bit.ly/1uXMeNc

Leistungsbeurteilung im Arbeitszeugnis

Eine Mitarbeiterin in einer Zahnarztpraxis war mit der von ihrem Arbeitgeber nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Arbeitszeugnis attestierten Gesamtbeurteilung „zu unserer vollen Zufriedenheit“ nicht einverstanden, da sie ein Zeugnis mit der Gesamtbeurteilung „stets zu unserer vollen Zufriedenheit“ begehrte.

Dies machte sie klageweise geltend. Das Bundesarbeitsgericht hat hierüber mit Urteil vom 18. November 2014 (9 AZR 584/13) entschieden.

Sachverhalt

Die Klägerin war ein Jahr lang in der Zahnarztpraxis der Beklagten im Empfangsbereich und als Bürofachkraft eingesetzt. Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses erteilte ihr die Beklagte ein Arbeitszeugnis mit der Gesamtbewertung „zu unserer vollen Zufriedenheit“. Die Klägerin war jedoch der Auffassung, dass ihre Leistungen mit der Formulierung „stets zu unserer vollen Zufriedenheit“ zu bewerten seien. Während das Arbeits-

und Landesarbeitsgericht der Klägerin Recht gegeben hatten mit der Begründung, dass die Beklagte nicht dargelegt habe, dass die von der Klägerin beanspruchte Beurteilung nicht zutreffend sei, hatte die Beklagte vor dem Bundesarbeitsgericht Erfolg. Hierfür waren folgende Gründe maßgebend:

Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts

Ein Arbeitgeber, der einem Arbeitnehmer im Arbeitszeugnis bescheinige, die ihm übertragenen Aufgaben „zur vollen Zufriedenheit“ erfüllt zu haben, erteile – in Anlehnung an das Schulnotensystem – nach Auffassung des Bundesarbeitsgerichts die Note „befriedigend“. Begehre der Arbeitnehmer eine bessere Beurteilung, also eine gute („stets zur vollen Zufriedenheit“) oder sehr gute („stets zur vollsten Zufriedenheit“) Leistung, müsse er dies vortragen und gegebenenfalls beweisen. Dies gelte grundsätzlich auch dann, wenn in der einschlägigen Branche überwiegend gute und sehr gute Noten vergeben werden würden.

Denn für die Verteilung der Darlegungs- und Beweislast komme es nicht auf die in der Praxis am häufigsten vergebenen Noten an; Ansatzpunkt sei vielmehr die Note „befriedigend“ als mittlere Note der Zufriedenheitsskala mit der Konsequenz, dass eine vom Arbeitnehmer gewünschte bessere Beurteilung von

diesem darlegt und bewiesen werden müsse.

Damit erteilte das Bundesarbeitsgericht den von den Vorinstanzen zur Ermittlung einer durchschnittlichen Bewertung herangezogenen Studien eine Absage: Die Vorinstanzen hatten argumentiert, dass ausweislich dieser Studien fast 90 % der untersuchten Zeugnisse die Note „gut“ und „sehr gut“ aufweisen würden und es sich daher bei einer befriedigenden Leistungsbewertung nach dem heutigen Verständnis des Wirtschaftslebens nicht mehr um eine durchschnittliche Beurteilung handeln könne. Vielmehr sei eine Leistungsbewertung mit „gut“ nunmehr Durchschnitt geworden. Folglich trage – so die Vorinstanzen – der Arbeitgeber die Darlegungs- und Beweislast für die seiner Beurteilung mit befriedigend zu Grunde liegenden Tatsachen.

Ferner – so das Bundesarbeitsgericht – ließen sich den Studien Tatsachen, die darauf schließen lassen würden, dass neun von zehn Arbeitnehmern gute oder sehr gute Leistungen erbringen würden, nicht entnehmen; damit könne nicht ausgeschlossen werden, dass auch Gefälligkeitszeugnisse in die Untersuchungen eingegangen seien, die dem Wahrheitsgebot des Zeugnisrechts nicht entsprechen würden. Der Anspruch des Arbeitnehmers richte sich auf ein „wahres“ Zeugnis, wobei dieses nur im Rahmen der Wahrheit „wohlwollend“ sein müsse.



Steuersparmodell Zahnbehandlung

Das Bundesarbeitsgericht hat die Angelegenheit an das Landesarbeitsgericht zurückverwiesen. Dieses hat nun zu prüfen, ob die von der Klägerin vorgetragene Leistungen eine bessere Beurteilung als „befriedigend“ bzw. „zur vollen Zufriedenheit“ rechtfertigen und ob die Beklagte hiergegen beachtliche Einwände vorbringt.

Fazit

Das Urteil des Bundesarbeitsgerichts ist zu begrüßen, da es zur Lösung dieses Zeugnisstreits mit dem Abstellen auf die Note „befriedigend“ als mittlere Note der Zufriedenheitsskala einen klaren und unzweideutigen Ansatzpunkt gewählt hat. Studien, die nur eine Momentaufnahme abbilden und – da erheblichen Schwankungen unterliegend – letztlich eine unsichere Beurteilungsgrundlage darstellen, spielen bei der Klärung der vorliegenden Problematik keine Rolle.

Im Hinblick auf das Spannungsfeld, wonach ein Arbeitszeugnis einerseits „wahrheitsgemäß“ und andererseits „wohlwollend“ zu sein hat, hat das Bundesarbeitsgericht zudem klargestellt, dass nur im Rahmen der Wahrheit ein Zeugnis wohlwollend sein muss.

Schließlich wird mit diesem Urteil einer inflationär guten Benotung und einer damit einhergehenden Entwertung des Arbeitszeugnisses entgegengetreten.

■ CHRISTOPHER KAMPS
Justitiar

Quelle: Pressemitteilung
Bundesarbeitsgericht, u. a.

Die Kosten für manche zahnmedizinische Behandlungen können sich für Ihre Patienten steuermindernd auswirken. Die Eigenbeteiligung bei Zahnersatz, Mehrkosten bei Füllungsalternativen, bei einer kieferorthopädischen Therapie oder zur Prophylaxe kann die Steuerlast des Patienten senken.

Voraussetzung: Der Patient muss die Grenze für außergewöhnliche Belastungen überschritten haben und – er muss davon wissen. Die meisten Patienten ahnen gar nicht, dass ihr Besuch beim Zahnarzt Vorteile für die Steuererklärung bringen kann.

Die Zahnarztpraxen können ihre Patienten mit dem Faltblatt „Zahnbehandlung und Steuern“ aufklären. Der Flyer enthält Berechnungsbeispiele und die gesetzlichen Grundla-

gen für die Steuerersparnis. Er soll dem Patienten helfen, seine Möglichkeiten vor dem Fiskus besser auszuschöpfen.

Wer das Faltblatt in seiner Praxis auslegen möchte, braucht nur den Bestellcoupon auszufüllen und an die Zahnärztekammer zu senden an Fax 0431/260926-15 oder schickt eine E-Mail an presse@zaek-sh.de. Der Bezug der Broschüre ist kostenlos.



ZÄK S-H

Wir bestellen

.....Exemplare der Patienteninformation
„Zahnbehandlung und Steuern“

Absender (Versandanschrift)

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Vortrag vor der VV der KZV Schleswig-Holstein:

„Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Praxis“

„Qualitätsmanagement ist ein wesentlicher Teil des Praxismanagements“ – und werde in den Praxen „sowieso“ gemacht: Mit diesen Worten leitete Petra Corvin, Juristin und Abteilungsleiterin für Qualitätsförderung bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, ihren Vortrag „Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Praxis“ vor der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein am 15. November in Kiel ein.

Wer nun angesichts dieser Aussage allerdings dachte, er könne sich entspannt zurücklehnen, wurde angesichts der zahlreichen Bestimmungen, die beim QM zu beachten sind, schnell eines Besseren belehrt. QM ist auch für Zahnärzte Pflicht, erinnerte Corvin. Erst im April dieses Jahres hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die „QM-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung“ modifiziert. „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ bedeute, dass „Organisation, Arbeits-/Behandlungsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung kontinuierlich von der Praxis überprüft, gegebenenfalls angepasst und wenn möglich verbessert werden“, definierte die Referentin.

Wie nun aber „geht“ Qualitätsmanagement? Zunächst, erklärte Corvin, müssten „individuelle Ziele“ in der Praxis und vor allem für die Praxis entwickelt werden, an denen dann die Praxisabläufe ausgerichtet würden. Die Ziele des QM würden erreicht, indem der Ist-Zustand analysiert, bei Bedarf Änderungsmaßnahmen geplant, implementiert und in geeigneten Zeitabständen überprüft werden. „Diese Schritte liegen jeder qualitätsfördernden Maßnahme zugrunde und werden als Qualitätskreislauf/PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) beschrieben“, so Corvin. Das Wort „Kreislauf“ impliziert dabei bereits, dass dieser Ablauf sich be-

Foto: Thomas Eisenkrätzer



Petra Corvin: „Qualitätsmanagement wird in den Praxen sowieso gemacht.“

ständig wiederholen sollte – Corvin bezeichnete das als „kontinuierlichen Verbesserungsprozess“ (KVP).

Die QM-Richtlinie sei ein Sammelbecken unterschiedlicher Instrumente wie Risiko-, Fehler- und Hygienemanagement, erläuterte Corvin weiter. Den QM-Berichtsbogen sollten die Zahnärzte dabei als Hilfestellung betrachten, riet sie. Er diene der Dokumentation, aber auch der Selbsteinschätzung.

Risiko- und Fehlermanagement

Seit April 2014 besteht laut „QM-Richtlinie für die vertragszahnärztliche Versorgung“ nicht nur eine Verpflichtung

zum Fehler-, sondern nun auch zum Risikomanagement. Der Zahnarzt muss in seiner Praxis seitdem „Mindeststandards“ für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme einführen, die vom G-BA festgelegt wurden.

Auch für das Risikomanagement schilderte Corvin die Vorgehensweise: Zunächst müsse in der Praxis ein „Risikoprofil“ erstellt werden. Dazu sollten die potentiellen Risiken der individuellen Praxis im Team identifiziert, besprochen und analysiert werden, zählte sie auf. Anschließend vereinbare die Praxis eine „Risikostrategie“: potentielle Risiken würden bewertet, Bewältigungs- und

Steuerungsszenarien dazu festgelegt. Potentielle Risiken sollten nach ihrer Bedeutung sortiert werden, schlug Corvin vor; die Praxis müsse entscheiden, wie in „priorisierter Reihenfolge“ Risiken bewältigt werden können und wie man mit einem „Risiko“ umgeht, wenn es denn eintritt. Eine „Risikostrategie“ müsse einfach umsetzbar sein, empfahl sie. Auch wer die Verantwortung für die Überwachung des jeweiligen Risikos übernimmt, sollte bestimmt werden, so Corvin. Aber: Die Gesamtverantwortung liege beim Praxisinhaber.

„Nur die Risiken, die man kennt, kann man managen“, betonte Corvin. Wichtig sei es daher, Risikopotential innerhalb seines Patientenkollektivs genau zu kennen, um dadurch auch das Risiko für einen bestimmten Eingriff abschätzen zu können (Beispiel: Patienten mit hämorrhagischen Diathesen).

Das Fehlermanagement regle den Umgang mit potentiellen und aufgetretenen Fehlern in den Abläufen, fuhr Corvin fort. Was nun aber ist eigentlich ein Fehler? Fehler würden „wertfrei“ definiert als ein „nicht beabsichtigtes, oft auch nicht erwartetes, unerwünschtes Ereignis auf Grund einer bewusst oder unbewusst ausgeführten oder unterlassenen Handlung“, legte die Referentin dar.

Als Ziele des Fehlermanagements führte sie die Fehlervermeidung – beispielsweise durch Regelung der Abläufe (Checklisten!) –, die Analyse von (Beinahe-)Fehlern und die Umsetzung von Verbesserungen etwa bei organisatorischen Abläufen, der Qualifikation oder Kommunikation, der Erläuterung zur Medikation oder der Aufklärung an. Die Untersuchung potentieller Ursachen und Risiken reduziere auch potentielle Fehler, ver-

deutlichte sie. Das Beseitigen einer konkreten (Einzel-)Ursache für einen Fehler verhindere seine Wiederholung.

Fehlermanagement, unterstrich Corvin, „bezieht sich auf Systemdefizite“: Nur zehn Prozent aller Fehler in der Patientenversorgung seien vor allem individuell begründet, zum Beispiel durch Vergesslichkeit oder Unwissen. 90 Prozent der Fehler dagegen seien systembedingt. Beim Fehlermanagement gehe es nicht um die Suche nach dem „Schuldigen“, einer sogenannten „Blame Culture“, sondern darum, Ursachen zu ermitteln, um Fehler zukünftig zu vermeiden, stellte sie klar. Ein unerwünschtes Ereignis passiere selten plötzlich, sondern habe im Allgemeinen eine „Vorgeschichte“, erinnerte Corvin. Erst die Entwicklung einer „positiven Fehlerkultur“ ermögliche es, aus Erfahrung zu lernen.

Fehlermeldesystem

Seit April dieses Jahres seien in den „QM-Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung“ auch Mindestanforderungen für ein praxisinternes Fehlermeldesystem niedergelegt, so Corvin weiter: Demnach muss es sich um ein „einfaches, klar strukturiertes System“ handeln; es muss eine anonyme und sanktionsfreie Berichtsmöglichkeit für alle Praxismitarbeiter geben; die Teilnahme muss freiwillig – ohne „Berichtsverpflichtung“ – sein; Vertraulichkeit und Datenschutz müssen gewährleistet sein; der „Verantwortliche“ muss die „Ereignisse“ auswerten; auch mit dem Ergebnis soll vertraulich umgegangen werden; falls gewünscht, muss es ein zeitnahes Feedback geben; es muss die Möglichkeit eines externen Austauschs existieren; die Ergebnisse sollten im Rahmen des Risikomanagements Berücksichtigung

finden; und es sollte eine Dokumentation erfolgen.

Ein Fehlermeldesystem sei Bestandteil des Fehlermanagements, so Corvin. Auch hier gehe es darum, aus Erfahrung zu lernen und Erkenntnisse aus einem (Beinahe-)Schaden zu gewinnen.

Als ein noch in der Entwicklung befindliches „Berichts- und Lernsystem“ für die Zahnarztpraxis stellte Corvin „CIRS dent – Jeder Zahn zählt“ (CIRS = Critical Incident Reporting System) von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer vor (vgl. auch *Zahnärzteblatt* 9/2014, S. 17f). Entscheidend sei, dass hier das Lernen aus den Erfahrungen anderer im Vordergrund stehe, sagte Corvin. Das System sei „völlig anonym“, Rückschlüsse auf die Urheberpraxis, die über CIRS dent einen Fehler melde, seien nicht möglich, versicherte sie.

So viel zur Theorie. Wie diese bürokratischen Vorgaben in der Praxis eigentlich zu bewältigen sind und wie sie konkret in den täglichen Praxisbetrieb eingebunden werden können, war nicht Gegenstand des Vortrags. Corvins Feststellung, viele QM-Instrumente würden bereits in den Praxen genutzt, aber nicht unbedingt eindeutig als solche erkannt, war dabei aber wohl kaum hilfreich. „Man muss das als Berufsstand zur Kenntnis nehmen, es steht im Gesetz“, kommentierte der Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. Joachim Hüttmann etwas resigniert. Dennoch stelle sich die Frage, wie das alles beispielsweise mit einem Projekt des Statistischen Bundesamts zusammenpasst, das derzeit den Bürokratieaufwand auch in zahnärztlichen Praxen untersucht.

■ KIRSTEN BEHRENDT

VV der KZBV am 5. und 6. November in Frankfurt:

„Null Toleranz“ gegenüber korruptem Verhalten

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Urteil des Bundessozialgerichts vom 2. April 2014 zur Übermittlung unverschlüsselter Zahnarztnummern an die Krankenkassen und vor allem das geplante „Anti-Korruptionsgesetz“ für Heilberufler beschäftigten die Delegierten auf der Herbst-Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung am 5. und 6. November in Frankfurt.

Sowohl zum BSG-Urteil als auch zum Thema Korruption hatte sich die KZBV externen Sachverständigen eingeladen. Vorab beleuchtete der Justiziar der KZBV, Dr. Thomas Muschallik, die Entwicklung des Datenschutzrechts in der Rechtsprechung. Schon „immer“ habe es schützenswerte Geheimnisse gegeben, führte er aus und erinnerte an den Hippokratischen Eid, der unter anderem die ärztliche Schweigepflicht zum Inhalt hat. Versiegelte Briefe sicherten bereits früh das Postgeheimnis.

Bei Datenschutzfragen gehe es regelmäßig auch um die Abwägung zwischen den Persönlichkeitsrechten des Einzelnen und dem öffentlichen Interesse, legte Muschallik dar. Diese Güterabwägung spiele auch bei der Datenübermittlung eine Rolle. Der Schutz des Persönlichkeitsrechts sei „relativ“; der Einzelne müsse Einschränkungen hinnehmen. Die allerdings müssten per Gesetz festgelegt werden, und es müsse Klarheit über den Verwendungszweck bestehen.

Daten, die sich aus der „Berufstätigkeit“ ergeben, unterlägen in der verfassungsrechtlichen Einstufung einem niedrigeren Schutzniveau als Daten, die einen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht bedeuten (vgl. Bewegungsprofile). Und für Gerichte sei die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung immer von übergeordnetem Interesse, zeigte Muschallik auf.



Fotos: KZBV/Darçhinger

Dr. Thomas Muschallik: Abwägung zwischen Persönlichkeitsrechten des Einzelnen und öffentlichem Interesse

BSG-Urteil zur unverschlüsselten Zahnarztnummer

Wie das Urteil des Bundessozialgerichts zu bewerten ist, das die KZV Bayerns im Zuge der Abrechnung zur Übermittlung unverschlüsselter Zahnarztnummern an die Krankenkassen verpflichtet, legte anschließend Gastreferent Dr. Thilo Weichert, Leiter des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz in Schleswig-Holstein (ULD), dar. Zum Hintergrund: Die KZV Bayerns hatte den Krankenkassen laut Bundesmantelvertrag die Zahnarztnummern viele Jahre lang nur verschlüsselt übertragen. Dagegen hatte die AOK Bayern geklagt – und vor dem BSG Recht bekommen. Eine Pseudonymisierung der Zahnarztnummer ist demnach nicht mit dem Sozialgesetzbuch vereinbar.

Grundsätzlich habe jeder Mensch – also auch der Zahnarzt – das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, stellte Weichert klar. Dabei gelte im privaten Bereich das Bundesdatenschutzrecht, für Krankenkassen, KVen und KZVen die gesetzlichen Bestimmungen des SGB V.

Im Falle der Übermittlung der unverschlüsselten Zahnarztnummer bestehe ein großes Interesse der Öffentlichkeit daran, dass der Arzt bzw. Zahnarzt an der ordnungsgemäßen und kontrollierbaren Abrechnung mitwirke, erklärte Weichert und verwies auf entsprechende Vorschriften im SGB V. Die Selbstverwaltung, die im Bundesmantelvertrag vom Sozialgesetzbuch abweichende Regelungen getroffen hatte, werde durch das BSG „ausgeschaltet“, gab er zu. Ziel des Urteils sei jedoch die Überprüfbarkeit der

Abrechnung und eine „Plausibilitätskontrolle“, beschrieb der Datenschützer die Intention des BSG. Es handele sich nicht um eine „grundsätzliche Maßnahme“ gegen Zahnärzte, sondern um eine Handhabe für die Krankenkassen, um „schwarze Schafe zu eliminieren“.

Im Verlauf der Diskussion wurde allerdings deutlich, dass die Zahnärzteschaft das Urteil nicht ganz so nüchtern betrachten kann wie der Jurist Weichert. „Der Datenschutz gilt nicht für Zahnärzte“, brachte KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Günther Buchholz die allgemeine Stimmung auf den Punkt – auch wenn Datenschutz ansonsten über allem stehe. Ziel der Krankenkassen sei es, Profile nicht nur von Patienten, sondern auch von Zahnärzten zu erstellen und in ihrem Sinne zu nutzen, fasste der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Eßer zusammen.

Dass die „Datenbegehrlichkeiten“ der gesetzlichen Krankenkassen beinahe unbegrenzt sind, bestritt auch Weichert nicht. Im Gegenteil: Krankenkassen seien ein „Datenmoloch“, der „Big Data“ beherrsche. Die Möglichkeiten zur Pseudonymisierung und Anonymisierung seien bei der Datenübermittlung noch nicht einmal ansatzweise ausgeschöpft, kritisierte er. Gesundheitsdaten beschrieb der schleswig-holsteinische Datenschutzbeauftragte dabei als „teures Wirtschaftsgut“, sie seien zudem auch von hoher öffentlicher Relevanz (Gesundheitsplanung, Forschung, Wirtschaftlichkeitskontrolle).

Das BSG-Urteil sei auch im Zusammenhang mit Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu sehen, führte Weichert aus: So ist laut Urteil aus dem Jahr 2005 etwa der Kontodatenabgleich zur Verhinderung von Sozialleistungsmissbrauch statthaft. Eine

Entscheidung aus dem Jahr 2010 erklärt die Beschaffung und Nutzung illegaler Banken-CDs zwecks „Steuerehrlichkeit und Steuergerechtigkeit“ für zulässig; ein weiteres aus dem gleichen Jahr besagt, die Vorratsdatenspeicherung von Telekommunikationsverbindungsdaten könne zur Bekämpfung schwerer Straftaten erlaubt sein.



Dr. Thilo Weichert: „Gesetzliche Krankenkassen sind ein Datenmoloch.“

Die Rechtslage, das machte Weichert deutlich, ist seit dem BSG-Urteil klar – ob sie dem Berufsstand nun behagt oder nicht. Den Delegierten blieb zunächst einmal nur, in einem einstimmig verabschiedeten Beschluss daran zu erinnern, dass das informationelle Selbstbestimmungsrecht aller Bürger grundrechtlich geschützt sei. „Eingriffe in dieses Recht sind nur mit höher-rangigen Rechtsgütern zu begründen. Die (vorgeblich) kostengünstigere und effizientere Steuerung von Patienten, Ärzten und Behandlungsabläufen durch gesetzliche Krankenkassen ist kein solches Gut. Die Digitalisierung von Patientendaten, Behandlungsdaten, Arbeitsabläufen und Verwaltungsprozessen darf nur soweit eingesetzt werden, wie sie den Patienten, ihrer Gesundheit und Genesung dient. Die Hoheit über seine Da-

ten muss in der Hand des Patienten liegen“, heißt es zur Begründung.

Ebenfalls einstimmig forderte die VV der KZBV den Gesetzgeber auf, den Schutz sensibler Patienten- und Zahnarzt-daten zu gewährleisten. Es seien gesetzliche Regelungen zu schaffen, die eine generelle Lieferung von Klardaten des Zahnarztes an die

gesetzlichen Krankenkassen ausschließen – die benötigten die Krankenkassen nur in konkreten Prüffällen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben, befanden die Delegierten.

Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen

Das „Aufregerthema“ Korruption habe sich die KZBV als Schwerpunkt der VV nicht selbst ausgesucht; vielmehr sehe sie sich durch die Politik veranlasst, sich dieser Problematik anzunehmen, betonte Eßer vor dem Hintergrund der Pläne der Bundesregierung, einen Korruptionstatbestand speziell für das Gesundheitswesen zu schaffen und dafür – wie in Bayern bereits geschehen – Sonderstaatsanwaltschaften einzurichten. Ein solches Gesetz sei „blanker Populismus“ und stelle einen ganzen Berufsstand unter den Generalverdacht

VV der KZBV in Frankfurt

der Korruption. „Dieser Generalverdacht der Korruption ist ein weiterer Baustein, um das von Kostenträgern und Politik geschürte Misstrauensklima gegenüber den Heilberuflern weiter zu verstärken“, unterstrich Eßer. Die Zahnärzteschaft bekenne sich seit Jahren geschlossen zu dem Prinzip „Null Toleranz gegenüber korruptivem Verhalten“, wobei man die Augen nicht vor den „wenigen schwarzen Schafen“ verschließe – die es aber nicht nur speziell unter den Heilberuflern, sondern auch in anderen Schichten von Gesellschaft, Wirtschaft, Verwaltung und Politik gebe. Korruptives Verhalten müsse konsequent geahndet werden, betonte Eßer. Die im Berufs- und Disziplinarrecht verankerten Sanktionen gegen Korruption machten eine zusätzliche Strafnorm für Ärzte und Zahnärzte jedoch überflüssig.

Trotzdem werde das Gesetz kommen, und zwar als Straftatbestand im Strafgesetzbuch, stellte der zweite Gastreferent Prof. Dr. Gerhard Dannecker, Lehrstuhlinhaber für Straf- und Strafprozessrecht an der Universität Heidelberg, fest. Immerhin rechne man in allen Bereichen der Gesellschaft – damit mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Gesundheitswesen – mit einem Anteil von „Unregelmäßigkeiten“ zwischen zehn und zwanzig Prozent.

In der Konzeption des Gesetzes würden derzeit zwei Sachverhalte miteinander vermischt, kritisierte Dannecker: der Schutz des Wettbewerbs und der Schutz des Vertrauensverhältnisses zum Patienten – letzteres sei ein berufsrechtlicher Tatbestand. Für rechtspolitisch falsch hält Dannecker es zudem, dass die Berufsgruppe der Mediziner besonders herausgegriffen wird, obwohl es keine Ungleichbehandlung geben dürfe.



Prof. Dr. Gerhard Dannecker: „Antikorruptionsgesetz wird kommen.“

Immerhin existierten Lösungen und Möglichkeiten, wie die Zahnärzteschaft mit dem neuen Gesetz umgehen könnte: Dazu gab Dannecker einige praktische Tipps. Hilfreich könnten seiner Ansicht nach „Best-Practice-Regelungen“ bzw. eine Verpflichtung zur „Compliance“ sein, um „Standards“ zu setzen: Der Gesetzgeber werde den Straftatbestand der Korruption nur vage definieren – was zur Folge habe, dass eine Konkretisierung erst durch die Gerichte vorgenommen werde. Wenn die Zahnärzteschaft eigene Leitlinien zur Korruption besitze, könne sie dadurch die Auslegung der Gerichte beeinflussen. Solche Compliance-Richtlinien führten im Strafrecht zwar nicht zur „Deutungshoheit“, hätten aber dennoch großes Gewicht, da sie der „Konturierung“ der zahnärztlichen Pflichten dienten und zugleich „Orientierungssicherheit“ böten, die rechtlich relevant sei, erklärte Dannecker. Compliance-Regelungen besäßen keine „normative Verbindlichkeit“, aber immerhin doch „Indizcharakter“, schloss er.

Diskussion um Compliance-Leitlinie

Das geplante Anti-Korruptionsgesetz war auch das große Thema des zwei-

ten Sitzungstages der VV. In Anlehnung an die Ratschläge von Prof. Dannecker trat Eßer in seinem mündlichen Bericht nachdrücklich für die Einführung von Compliance-Richtlinien ein. Wenn der KZBV-Vorstand allerdings gehofft hatte, die Verabschiedung solcher Richtlinie sei nach dem Vortrag des Strafrechtlers ein Selbstläufer, sah er sich getäuscht.

Eine vom KZBV-Vorstand eingebrachte „Resolution zu korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen“ fand unter den Delegierten breiten Konsens und wurde einstimmig verabschiedet. Damit setzte die KZBV-Vertreterversammlung ein deutliches Signal gegenüber Politik und Öffentlichkeit. „Die Vertreterversammlung der KZBV verurteilt jedes korruptive Verhalten im Gesundheitswesen“, heißt es dort. Ein solches Verhalten untergrabe das erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt und könne die Qualität bzw. die Wirtschaftlichkeit der Behandlung beeinträchtigen.

Eine zusätzliche Strafnorm für Heilberufler jedoch erweise sich aufgrund der bereits bestehenden berufs- und sozialrechtlichen Sanktionen als unnötig und schädlich, unterstrichen die Delegierten: Denn damit würde in



Trat nachdrücklich für die Einführung einer Compliance-Richtlinie ein: Dr. Wolfgang Eßer

der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt, im Gesundheitswesen bzw. speziell bei den freien Berufen träten in besonderem Umfang kriminelle Verhaltensweisen in Erscheinung, die spezielle Strafnormen für diesen Bereich, nicht aber für andere Wirtschaftsbereiche erforderlich machten.

Mehr Diskussionsbedarf hatten die Delegierten im Hinblick auf die vom KZBV-Vorstand eingebrachte Compliance-Leitlinie. Diese von Mitgliedern der KZVen erarbeitete Leitlinie baue auf bereits bisher bestehenden Verpflichtungen der Zahnärzte auf, die sich aus den sozial- und vertragszahnärztlichen Regelungen ergeben, erläuterte Eßer. Sie biete der Kollegenschaft „Hilfestellungen“, damit sie rechtssicher abschätzen können, was mit geltendem Berufs- und Sozialrecht vereinbar ist – und was nicht. Zudem solle die Leitlinie auch öffentlichkeitswirksam demonstrieren, dass sich die Zahnärzteschaft zur „Anti-Korruption“ bekennt und sich ihrer Verantwortung für die Bekämpfung korruptiver Verhaltensweisen „in besonderem Maße“ stellt.

Die Delegierten befassten sich vor allem mit der Frage nach dem „richtigen“ Zeitpunkt, um eine solche

Leitlinie zu beschließen – einige Vertreter plädierten dafür, zunächst die Verabschiedung des Gesetzes abzuwarten. Andere sprachen sich dafür aus, lieber sofort ein „Zeichen“ zu setzen, um die Position der Zahnärzteschaft nach innen und nach außen deutlich zu machen. Zudem könnte dadurch, so die Hoffnung mancher Delegierter, eventuell noch Einfluss auf die Gesetzgebung genommen werden. Kritiker bemängelten dagegen auch einige Formulierungen und verlangten Konkretisierungen – eine Compliance-Richtlinie solle schließlich nicht zur Verunsicherung der Kollegenschaft beitragen, bemerkten sie.

Der KZBV-Vorstand sagte zu, die geforderten Änderungen in die Leitlinie einzubauen, pochte aber energisch darauf, sie in ihrer aktuellen – nicht endgültigen – Form zu verabschieden. Eine permanente Aktualisierung sei ohnehin geplant, argumentierte Eßer. – Darauf nun jedoch mochten sich nicht alle Delegierten einlassen.

Dennoch wurde die Compliance-Richtlinie letztlich mit großer Mehrheit beschlossen. Eine Veröffentlichung soll erst nach Einarbeitung der auf der VV in Frankfurt besprochenen Änderungen erfolgen.

Ebenfalls mit großer Mehrheit beschloss die VV der KZBV zudem die Einrichtung einer ständigen Compliance-Kommission und die Einsetzung eines Compliance-Beauftragten. Kommission und Beauftragter haben die Aufgabe, den KZBV-Vorstand hinsichtlich der Aktualisierung und Fortentwicklung der Compliance-Leitlinie zu unterstützen. Aus Schleswig-Holstein wurde Dr. Joachim Hüttmann als Mitglied der Kommission benannt.

Mit dem Anti-Korruptionsgesetz in Zusammenhang stand eine weitere, einstimmig verabschiedete Resolution: Die Heilberufe sähen sich „zunehmend einem Klima des Misstrauens“ ausgesetzt, monierten die Delegierten – beispielhaft dokumentiert durch die „langjährigen Debatten“ um einen speziellen Straftatbestand der Korruption im Gesundheitswesen. Zudem würden auch die Rahmenbedingungen der freiberuflichen Berufsausübung vermehrt durch Maßnahmen des Gesetzgebers zur Honorarbegrenzung und durch bürokratische Belastungen erheblich verschlechtert. Wenn jedoch auch in Zukunft eine flächendeckende, wohnortnahe Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung gewährleistet sein solle, „bedarf es eines Paradigmenwechsels hin zu einem Klima des Vertrauens und zu verlässlichen Rahmenbedingungen“, forderten die Delegierten. Dazu zählten sie die Sicherung der freiberuflichen Berufsausübung, Planungssicherheit für die Praxen sowie den Abbau unnötiger Bürokratielasten und Kontrollen.

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Mit deutlichen Worten kritisierte Eßer den Referentenentwurf des GKV-Ver-

VV der KZBV in Frankfurt

sorgungsstärkungsgesetzes. So widerspreche die im Entwurf vorgesehene Möglichkeit von arztgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentren und der Gründung von MVZs durch Kommunen „dem freiberuflichen Selbstbild des Zahnarztes zutiefst“. Eßers Ansicht nach würden die MVZs vorwiegend in den ohnehin gut versorgten Städten gegründet, „so dass für den Patienten überhaupt kein Mehrwert entstehen kann.“ Inhaber von Einzelpraxen in strukturschwachen ländlichen Regionen hätten in Zukunft Probleme, Nachfolger zu finden. Eßer glaubt, dass dort auch kaum eine Kommune die Möglichkeit der MVZ-Gründung nutzen wird: „Diese mit Risiko verbundenen Gründungen werden an den einzelnen Zahnarzt abgewälzt. Hier werden die Weichen vom Gesetzgeber falsch gestellt.“

Auch das Verhältnis zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag komme mit dem Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes „aus der Balance“, so Eßer weiter. Während der Abschluss von Selektivverträgen vereinfacht werden solle, würden die Anforderungen an die Kollektivverträge „von mal zu mal verschärft“. Durch die Neuregelung „erhalten die Selektivverträge einen Wettbewerbsvorteil, so dass sich die Balance zu Lasten der Kollektivverträge verschiebt“, zeigte Eßer auf. – Die VV der KZBV schloss sich dieser Beurteilung an: „Ein derartiges Ungleichgewicht ist im Sinne der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung der Patienten strikt abzulehnen“, unterstrichen die Delegierten in einem einstimmig angenommenen Antrag.

Mit dem geplanten Gesetz werden zudem nach Einschätzung des KZBV-Vorstands die Anreize für eine Niederlassung von Ärzten in eigener

Praxis „deutlich“ zurückgehen. Mit der Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung in strukturschwachen Gebieten müssten junge Ärzte „sich noch mehr als zuvor fragen, ob sie sich unter diesen Bedingungen in die freie Niederlassung in unterversorgten Gebieten begeben und der Konkurrenz der Krankenhäuser aussetzen wollen“, meinte Eßer. Zwar seien Vertragszahnärzte von dieser geplanten Regelung nicht betroffen. Dennoch seien solche Pläne kontraproduktiv für eine „durch Freiberuflichkeit gekennzeichnete, gut funktionierende medizinische Versorgung in Deutschland“.

Die angestrebte Einrichtung medizinischer Behandlungszentren für die zahn- und allgemeinmedizinische Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen bezeichnete Eßer zwar als Schritt in die richtige Richtung. „Die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung bei der geplanten Ausgestaltung der Zentren“ scheine jedoch fraglich. Um die Probleme bei der anästhesiologischen Versorgung während der zahnmedizinischen Behandlung zu lösen, sei es dringend erforderlich, dass in den Zentren neben Vertragszahnärzten auch Narkoseärzte tätig seien – und die Leistungen ohne Abstriche vergütet würden. – Eine entsprechende Resolution verabschiedete die Vertreterversammlung mit großer Mehrheit.

Positiv dagegen bewertete Eßer, dass der Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Einführung eines zahnärztlichen Präventionsmanagements vorsieht. Die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen führten dazu, „die Versorgungsgerech-

tigkeit zwischen den Versicherten zu verbessern“, freute sich Eßer.

Datenlieferung zur Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes

Ein großes Ärgernis ist für Eßer nach wie vor die mangelhafte Datenbasis der KZVen bei Verhandlungen über die Gesamtvergütungen: Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden neue Kriterien wie die Morbiditätsentwicklung oder die Veränderung der Versichertenstruktur eingeführt, die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung mit herangezogen werden sollen, erinnerte er. Um aber diese neuen Bemessungskriterien in die Verhandlungen zwischen KZVen und Krankenkassen überhaupt einbringen zu können, seien Daten erforderlich – über die zwar die Krankenkassen, nicht jedoch die KZVen verfügten, stellte Eßer dar und forderte zum wiederholten Mal „gleich lange Spieße“ als Grundlage für eine funktionierende Selbstverwaltung.

Nachdem das Bundesgesundheitsministerium entsprechende Beschlüsse der KZBV-Vertreterversammlung zum Datenkoordinierungsausschuss und zu einer Satzungsänderung nicht genehmigt habe, brauche man jetzt eine Ausweitung der bisherigen Datenlieferungen der Krankenkassen an die KZVen sowie eine Übermittlung dieser Daten in pseudonymisierter Form an die KZBV durch eine Regelung im SGB V, postulierte Eßer: Nur so könnten die neuen, gesetzlich vorgegebenen Kriterien überhaupt eine Rolle bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung spielen. – Die Vertreterversammlung folgte dieser Beurteilung und verabschiedete – wiederum mit großer Mehrheit – einen entsprechenden Beschluss.

Weitere politische Anträge

Neben den vom KZBV-Vorstand eingebrachten Anträgen fasste die VV eine Reihe weiterer politischer Beschlüsse:

So soll der KZBV-Vorstand nach dem einstimmigen Willen der Delegierten auf den Gesetzgeber einwirken, die Degressionsregelungen abzuschaffen. Diese konterkarierten die vom Gesetzgeber geplanten Maßnahmen, Prämien als Anreiz für eine Niederlassung in unterversorgten Gebieten auszuloben: Prämien, die durch Degressionskürzungen und Budgetreduzierung wieder aufgezehrt werden, verlieren ihre Anreizwirkung, heißt es in der Begründung zu dem auch von den schleswig-holsteinischen Delegierten mit eingebrachten Antrag.

Mehrheitlich sprach sich die VV der KZBV zudem für das „Primat der selbständig geführten freiberuflichen Zahnarztpraxis in der ambulanten Versorgung“ aus. Der Gesetzgeber solle im Bereich Zahnmedizin weder Medizinische Versorgungszentren noch Kettenpraxen zulassen, forderten die Delegierten.

In einem weiteren, von Dr. Joachim Hüttmann mit initiierten Beschluss bekräftigten die Delegierten „ihre Ablehnung des mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gestarteten Aufbaus neuer Überwachungs-, Kontroll- und Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen.“ Der Abgleich und die Aktualisierung von Stammdaten der Versicherten sei Angelegenheit der Krankenkassen und nicht Aufgabe der Arzt- oder Zahnarztpraxen.

Einig war sich die VV auch darin, dass die Bundesregierung das „Ausufer der Bürokratie in den zahnärztlichen Praxen“ stoppen soll. Insbesondere durch die Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten „so genannten ‚Qualitätsoffensive‘“ dürften



Die schleswig-holsteinischen Delegierten Dr. Michael Diercks und Dr. Joachim Hüttmann (ohne den erkrankten Dr. Peter Kriett)

den Praxen keine weiteren zeitlichen oder finanziellen Belastungen entstehen, unterstrichen die Delegierten in einem einstimmig verabschiedeten Beschluss – bereits heute gebe es schließlich Regelungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung „im Übermaß“. Weitere administrative Maßnahmen stifteten keinen zusätzlichen „qualitativen Nutzen“, sondern gingen zu Lasten der Patientenversorgung.

Qualität als Marker zur Steuerung des Gesundheitswesens

Im GKV-Deutschland sei der Einfluss des Staates, der Politik und des Gesetzgebers auf das Gesundheitssystem „immer unerträglicher“, findet der stellvertretende KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. „Gedüngt und genährt von einem seit Jahrzehnten in der Gesellschaft entwickelten Anspruchsdenken folgert daraus die Politik das Recht auf Einmischung. Getrieben vom vermeintlichen Wählerwillen der 70 Millionen Deutschen schleift man berechnete Interessen von 70 Tausend Zahnärzten und noch mehr Ärzten“, kritisierte er. Und das

Thema „Qualität im Gesundheitswesen“ entdeckte man als „wesentlichen Marker zur Steuerung eines überforderten Gesundheitssystems“. Qualität und das Thema Morbidität werden in den nächsten Jahren die „Leitparameter für die staatliche Steuerung unseres Gesundheitssystems sein bzw. werden“, vermutete er.

Als Beleg für seine These dienten Fedderwitz die Regelungen zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (QTIg). Neu im Vergleich zur Vorgängerinstitution seien die direkten Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesgesundheitsministerium. „Das bedeutet, dass hier die Steuerung durch den Gesetzgeber, die direkte inhaltliche Einflussnahme eingeleitet wird“, kommentierte Fedderwitz. Der Gesetzgeber habe zudem die Weichen längst gestellt und den G-BA „zu seinem verlängerten, richtungsweisenden und normsetzenden Arm installiert“.



VV der KZBV am 5. und 6. November in Frankfurt



Dr. Jürgen Fedderwitz: Einfluss des Staates auf das Gesundheitssystem wird immer unerträglicher.“



Dr. Günther Buchholz präsentierte eine Vorabauswertung zur Situation der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland.

**Versorgungssituation
und Niederlassungsverhalten**

Das dritte Vorstandsmitglied Dr. Günther Buchholz präsentierte eine Vorabauswertung der Daten, die die KZBV zur Situation der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland zusammengestellt hat.

In den letzten Jahren sei ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl der Vertragszahnärzte zu verzeichnen, führte Buchholz aus. Dieser Rückgang werde allerdings durch einen starken Anstieg bei den angestellten Zahnärzten kompensiert, so dass sich insge-

samt weiterhin steigende Zahnarztzahlen verzeichnen ließen. Die Zahl der Neumatrikulationen bzw. Approbationen sei in den letzten Jahren auf einem stabilen Niveau bzw. steige sogar leicht, so dass zumindest für die nähere Zukunft nicht mit einem Einbrechen der Entwicklung der Zahnärztezahlen gerechnet werden müsse.

Die meisten Zahnärzte gebe es in der Altersgruppe der 50- bis 55-Jährigen. Das könnte nach Einschätzung von Buchholz in ca. zehn Jahren zu einem Nachfolgeproblem führen, sollten nicht genügend junge Zahnärzte hinzukommen.

Festzustellen sei, dass es in Deutschland in der vertragszahnärztlichen Versorgung derzeit keinen unterversorgten Planungsbereich gibt, die Tendenz gehe aktuell eher zur Überversorgung. Geben auf dem Land nun ältere Zahnärzte aus Altersgründen ihre Praxis auf, führe dies also zunächst zu einem Abbau von Überversorgung und erzeuge nicht sofort einen Versorgungsengpass. Trotzdem könne es hier aber schneller zu einer „lokalen Unterversorgung“ kommen: Der Anteil der Altersgruppe 55 bis 60 Jahre sei auf dem Land deutlich höher als in der Stadt, so Buchholz.

Anders als bei den Ärzten könne eine flächendeckende und wohnortnahe zahnärztliche Versorgung insbesondere auf dem Land ausschließlich durch Einzel- und Gemeinschaftspraxen gesichert werden, konstatierte Buchholz. „Für solche Praxen müssen die Rahmenbedingungen stimmen“, forderte er. „Dazu muss es Planungssicherheit geben, indem die Finanzierungsrisiken überschaubar und beherrschbar sind. Hierfür bedarf es einer adäquaten Honorierung, damit eine wirtschaftliche Unabhängigkeit als Voraussetzung für eine freie Berufsausübung und freie Therapieentscheidung geschaffen werden kann. Die bürokratischen Lasten und Kontrollen in den Praxen nehmen immer mehr zu. Hier gilt es für einen effizienten Abbau zu sorgen, damit mehr Zeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Wir brauchen eine stabile Kultur des Vertrauens“, stellte Buchholz klar. Zudem müsse auch eine funktionierende Infrastruktur auf kommunaler Ebene existieren oder geschaffen werden, damit ein Anreiz für junge Kollegen bestehe, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen.

■ KIRSTEN BEHRENDT

22. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag | 21. März 2015 | Holstenhallen Neumünster

„Vom ersten bis zum letzten Zahn ...“

Auch in diesem *Zahnärzteblatt* stellen wir zwei Referenten vor, die im Programm zum 22. Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetag zu finden sind:

Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke und Herbert Prange.



Kieferorthopädie ist Prävention – was Sie für ein perfektes Timing wissen sollten

Vom Milchgebiss bis zum reduzierten Gebiss des älteren Menschen hat der Kieferorthopäde eine medizinische Verpflichtung, für den langfristigen Zahnerhalt sowie die Funktionsfähigkeit des Kauystems Prävention zu leisten. Der Kreuzbiss beim Vierjährigen ist ebenso wie die Progenie beim Sechsjährigen oder das traumagefährdete Klasse II/1-Gebiss

beim Neunjährigen therapiebedürftig, wie dies ein Missverhältnis zwischen Zahn- und Kiefergröße oder retentionsgefährdete Zähne im späten Wechselgebiss sind. Weiter geht es mit dem progredienten Deckbiss bei Erwachsenen und den daraus resultierenden parodontalen Folgeschäden oder bei frühem Zahnverlust mit der Aufrichtung lückenständiger Molaren

oder Prämolaren im Sinne der präimplantologischen oder das Parodontium rehabilitierenden Maßnahmen. Am Ende der Alterspyramide steht der sehr späte tertiäre Engstand bei Patienten, die ihre Hygienefähigkeit und somit auch bereits einen Teil ihres Zahnhalteapparates verloren haben.

■ PROF. DR. BÄRBEL KAHL-NIEKE

Orofaziale Fehlfunktionen erkennen und abgewöhnen

Der erste Schritt zu einer erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung

Man sieht es ihnen an, den Kleinkindern, den Kindern und Jugendlichen sowie den jungen und älteren Erwachsenen, wenn ihre Gesichtsmuskulatur nicht richtig funktioniert. Und meistens spiegeln sich diese Fehlfunktionen in der Zahn- und Kieferfehlstellung wider. Vom Lutschen über die Mundatmung und die Fehlfunktion des Kinnmuskels bis zum inkompetenten Lippenschluss, in der Regel sind diese Fehlfunktionen oder orofazialen Dyskinesien beteiligt an einer Kaskade, die sich auf die Zahn- und Kieferfehlstellung auswirkt und



PROF. DR. MED. DENT. BÄRBEL KAHL-NIEKE

Studium Zahnheilkunde an der Justus-Liebig-Universität in Gießen

- 1985 Promotion
- 1986 Abschluss der Weiterbildung zur Kieferorthopädin an der Universität zu Köln
- Bis 1998 Oberärztin der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Universität zu Köln
- 1992 Studienaufenthalt am University of Connecticut Health Center
- 1994 Habilitation
- Seit 1998 Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- Seit 2002 Ärztliche Leiterin des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (UKE)
- 2002 Präsidentin der Jahrestagung der DGKFO in Hamburg
- Seit 2003 2. Vorsitzende des IUK, jetzt GBO
- 2005 bis 2009 Präsidentin der DGKFO
- Seit 2008 Vizepräsidentin der FEO
- 2007 bis 2009 Prodekanin für Lehre der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
- 2005 bis 2011 Ombudsperson des Ombudsgremiums der Universität Hamburg
- 2009 „Teacher of the Year“
- Seit 11/2013 Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
- Autorin „Einführung in die Kieferorthopädie“
- Wissenschaftliche Schwerpunkte: KFO-Frühbehandlung inkl. Funktionsdiagnostik und -therapie, Klasse III-Anomalien, LKG-Spalttherapie, KFO bei juveniler idiopathischer Arthritis, Kiefergelenkfraktur und hemifazialer Mikrosomie, Rezidive und Retention



„Vom ersten bis zum letzten Zahn – Behandlungskonzepte für Generationen“



vice versa. Hier ist die Früherkennung und Abgewöhnung unter professioneller Anleitung, gegebenenfalls auch apparativer Unterstützung Voraussetzung für eine erfolgreiche kieferorthopädische Intervention. Im Vortrag wird die strukturierte Muskelfunktionsanalyse anhand eines mit Logopäden, Muskelfunktions-therapeuten, HNO- und Kinderärzten sowie Orthopäden konzipierten Untersuchungs-bogens vorgestellt.

■ PROF. DR. BÄRBEL KAHL-NIEKE



Über Honigbienen und Schmeißfliegen

Sie erhalten in diesem Vortragsseminar einen Einblick in einfache und wirkungsvolle Möglichkeiten der mentalen Steuerung unseres Verhaltens und unserer Emotionen. Wenn wir – salopp gesagt – schlechte Laune haben, ist unser Verhalten nicht geeignet, andere Menschen anzuziehen, mit guter Laune gelingt dies besser. Es gibt Menschen, die überall das Schlechte, den Makel, die Probleme und Fehler suchen. Herbert Prange bezeichnet sie als „Schmeißfliegen“. Auf der anderen Seite gibt es Menschen, die das Nützliche, das Schöne und die Lösungen suchen, die „Honigbienen“.

Sie erfahren in den zwei Vorträgen von Herbert Prange, was uns steuert und wie wir es beeinflussen können. Dazu erhalten Sie ganz nebenbei einen kleinen Einblick in die neuesten Ergebnisse der modernen Gehirnforschung.

Wie wir es von Herbert Prange kennen, wird es auch dieses Mal amüsant und sehr kurzweilig vorgetragen. Kurzum – lachen und sich vor Vergnügen auf die Schenkel klopfen sind ausdrücklich erlaubt.

HERBERT PRANGE

Studium Psychologie, Pädagogik, Soziologie mit Diplom. Autor zahlreicher Artikel über Psychologie und Gehirnforschung. Er ist Coach von Vorständen, Mentaltrainer und einer der gefragtesten Psychologie-Referenten auf Mediziner-Kongressen. Mehr unter www.herbertprange.de



eGK:

„Ein zentraler Server ist nicht geplant“

„Es gibt keinen zentralen Server, auch wenn das seit zehn Jahren erzählt wird“, hatte Prof. Dr. Arno Elmer, Geschäftsführer der gematik, auf dem Deutschen Ärztetag im Juni 2014 erklärt. „Es ist ein reines Vernetzungsprojekt. Die Daten bleiben genau da, wo sie heute sind: beim Arzt, beim Zahnarzt, im Krankenhaus und so weiter. Es gibt auch keine zentrale Speicherung. Die gematik baut aber ein Netz auf“, sagte er.

Wie die Fraktion DIE LINKE in ihrer kleinen Anfrage „Mögliche Datenschutzprobleme und technische Unsicherheiten bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“ darlegte, hatte die gematik-Pressstelle im August in einem Schreiben an die Fraktion dagegen klargestellt, dass auch

Fachanwendungen in Planung seien, die eine „Speicherung an zentraler Stelle“ erforderlich machten. Was nun also stimmt? „Geht die Bundesregierung davon aus, dass im Rahmen der Telematik-Infrastruktur auch Speicherungen an zentraler Stelle bzw. über Onlinevernetzung erfolgen werden?“, wollte die LINKE wissen.

„Ein zentraler Server ist nicht geplant“, lautete Ende November letzten Jahres die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage. Vorgesehen sei die Speicherung von administrativen und ausgewählten medizinischen Daten wie Notfalldaten auf der Karte. Individuell verschlüsselte medizinische Daten würden auf „verteilten Servern“ gespeichert. Der Datenschutz habe bei der Einführung der Telematikinfrastruktur

und der elektronischen Gesundheitskarte „höchste Priorität“ und werde durch „rechtliche und technische Maßnahmen“ sichergestellt.

Auf die Frage allerdings, ob die Bundesregierung Äußerungen von gematik-Gesellschaftern bestätigen könne, denen zufolge noch nicht geklärt sei, ob die Speicherung von elektronischen Patienten- und Fallakten zentral oder dezentral erfolgen solle, gab es keine konkrete Antwort. Die Konzepte der Selbstverwaltung zur Einführung einer „mittels der elektronischen Gesundheitskarte zugreifbaren elektronischen Patientenakte“ lägen noch nicht vor, daher sei eine Stellungnahme nicht möglich, beschied die Bundesregierung.

Be

Unerwünschte Telefonwerbung:

Immer noch viele „Cold Calls“

Jeder Praxisinhaber hat sich vermutlich schon einmal über unerwünschte Telefonwerbung geärgert. Seit 2013 kann die Bundesnetzagentur in diesen Fällen Strafen bis zu 300.000 Euro verhängen: Telefonwerbung darf nur nach vorheriger Einwilligung durch den Angerufenen erfolgen. Die Zahl unerlaubter „Cold Calls“ ist seitdem zurückgegangen – aber nur geringfügig.

Über 22.000 schriftliche Beschwerden erhielt die Netzagentur nach einem Bericht der *Saarbrücker Zeitung* zwischen Januar und Oktober 2014. Zwar waren das nach Angaben des Blattes – auch hochgerechnet auf das Jahr – etwas weniger als die 33.147 Klagen von 2013. Es sei aber nicht klar, ob der Rückgang auf die Erhöhung des Bußgeldrahmens zurückzuführen sei, heißt es laut dem Bericht in

einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen. Grünen-Expertin Bärbel Höhne fordert nun eine weitere Gesetzesverschärfung: Solange Verträge aus unerlaubten Anrufen „nicht der schriftlichen Bestätigung bedürfen, werden die entsprechenden Firmen weiter ihr Abzockmodell durchziehen“, meint sie.

heise/Be

RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Speicherung personenbezogener Daten

Nach § 286 SGB V ist die KZV Schleswig-Holstein verpflichtet, einmal jährlich eine Übersicht über die Art der von ihr gespeicherten personenbezogenen Daten zu erstellen und zu veröffentlichen. Die KZV kommt dieser durch das GRG ab 1. 1. 89 eingeführten Verpflichtung jährlich durch den Abdruck unten stehender Übersicht nach. Es werden nur abstrakt die gespeicherten Daten ihrer Art nach aufgelistet. Eine darüber hinausgehende Bekanntmachung individueller, geschützter Sozialdaten erfolgt selbstverständlich nicht.

Datenübersicht nach § 286 SGB V für das Jahr 2014

Dateiname	Betroffener Personenkreis	Art der Daten
Mitgliederverwaltung	KZV-Mitglieder angestellte Zahnärzte/-innen Assistenten/-innen	Praxisdaten Daten gemäß Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ehrenamtliche Tätigkeiten
Honorarkonten	abrechnende Vertragszahnärzte	vergütete Honorare und sonstige Geldbewegungen, Bankverbindung
Zahnarzt abrechnungsdatei	abrechnende Vertragszahnärzte	abgerechnete zahnärztliche Leistungen gegenüber den über die KZV S-H vergüteten Kostenträgern

Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

März-Sitzung 2015

Anträge für die

März-Sitzung 2015

müssen bis zum 25. 2. 2015

vollständig vorliegen.

Juni-Sitzung 2015

Anträge für die

Juni-Sitzung 2015

müssen bis zum 27. 5. 2015

vollständig vorliegen.

Verzicht zum 30. 6. 2015

einreichen bis zum 31. 3. 2015

Verzicht zum 30. 9. 2015

einreichen bis zum 30. 6. 2015

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

Satzungsänderung: Hauptsatzung

Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 22. November 2014 eine Novellierung der Hauptsatzung beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat diese Novellierung genehmigt, die Veröffentlichung erfolgt im Amtsblatt für Schleswig-Holstein 2015, Seite 2 und auf der Homepage der Zahnärztekammer unter www.zaek-sh.de, Rubrik „Wir über uns“ – „Amtliche Bekanntmachungen“ als „Hauptsatzung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein vom 11. Dezember 2014“:

Aufgrund des § 40 Absatz 1 des Allgemeinen Verwaltungsgesetzes für das Land Schleswig-Holstein (Landesverwaltungsgesetz – LVwG -) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02. Juni 1992 (GVOBl. Schl.-H. S. 243, 534), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juni 2013 (GVOBl. Schl.-H. S. 254), i. V. m. § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe (Heilberufekammergesetz – HBKG) vom 29. Februar 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 248), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Januar 2014 (GVOBl. Schl.-H. S. 17), erlässt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung am 22. November 2014 mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde folgende Satzung:

Hauptsatzung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Abschnitt 1

Allgemeines und Organisation

§ 1

- (1) Die Zahnärztekammer ist die Berufsvertretung aller Zahnärztinnen und Zahnärzte in Schleswig-Holstein (Mitglieder).
- (2) Die Zahnärztekammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes. Sie kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen. Für Verbindlichkeiten haftet nur das Vermögen der Kammer.
- (3) Der Sitz der Kammer ist Kiel. Dort wird eine Geschäftsstelle unterhalten.

§ 2

Alle Ämter in Organen und Ausschüssen sind Ehrenämter.

§ 3

- (1) Die Höhe der Beiträge nach § 10 Absatz 1 HBKG wird jährlich von der Kammerversammlung festgesetzt.
Der Beitrag ist am ersten Werktag eines jeden Vierteljahres fällig und im Voraus zu entrichten.
Er ist in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder durch Lastschriftverfahren einzuziehen.
- (2) Mitglieder werden erstmalig in dem auf die Approbation folgenden Kalendervierteljahr zur Zahlung des Beitrages herangezogen.
- (3) Über Gesuche um Stundung, Teilzahlung oder teilweisen oder vollständigen Erlass von Forderungen entscheidet der Vorstand. Gesuche sind schriftlich einzureichen und zu begründen.

§ 4

- (1) Die Kammer errichtet einen Fürsorgefonds. Seine Mittel werden zur Linderung von Notfällen aller Art und zur Förderung des Berufsnachwuchses verwendet. Auf Zuwendungen aus dem Fürsorgefonds besteht kein Rechtsanspruch.
- (2) Zuwendungen aus dem Fürsorgefonds können an Mitglieder, deren Angehörige und Hinterbliebene oder an Studierende der Zahnheilkunde erfolgen. Gesuche auf Zuwendungen sind schriftlich einzureichen und zu begründen. Über die Gesuche sowie die Vergabe von Stipendien gemäß einer Vergaberichtlinie entscheidet der Vorstand.

§ 5

Satzungen der Zahnärztekammer werden im Amtsblatt für Schleswig-Holstein durch einen Verweis auf die Fundstelle in der Internetpräsenz

der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein bekannt gemacht. Sie werden zusätzlich im Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein veröffentlicht.

§ 6

Erklärungen im Rahmen der Beschlüsse des Vorstandes zur laufenden Verwaltung bedürfen der in § 28 Absatz 2 HBKG bestimmten Form nicht.

Abschnitt 2

Kammerversammlung

§ 7

Mitglieder der Kammerversammlung sind an Aufträge und Weisungen nicht gebunden.

§ 8

- (1) In jedem Jahr findet eine Kammerversammlung statt. Bei Bedarf können weitere Kammerversammlungen einberufen werden.
- (2) Die Einberufung der Kammerversammlung erfolgt durch die Präsidentin oder den Präsidenten mittels Brief oder elektronischem Brief mindestens 22 Kalendertage vor der Kammerversammlung unter Bekanntgabe der Tagesordnung. Es zählt das Versanddatum.

§ 9

- (1) Mit Zustimmung der Kammerversammlung kann Personen das Wort erteilt werden, die nicht Mitglieder der Kammerversammlung sind.
- (2) Mitglieder der Geschäftsführung der Zahnärztekammer nehmen mit beratender Stimme teil.
- (3) Die oder der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein kann mit beratender Stimme teilnehmen.
- (4) Wenn ein Mitglied der Kammerversammlung einer Einladung zur Kammerversammlung nicht Folge leisten kann, teilt es dies dem Vorstand unverzüglich mit.

§ 10

- (1) Im Falle der Dringlichkeit und zur Vermeidung der Einberufung einer Kammerversammlung kann die Präsidentin oder der Präsident über geeignete Fragestellungen schriftlich abstimmen lassen.
- (2) Dabei ist die Dringlichkeit zu begründen, der Sachverhalt zu erläutern und die zur Abstimmung stehende Frage so zu formulieren, dass sie mit ja oder nein beantwortet werden kann. Das Ende der Abstimmungszeit ist angemessen festzusetzen. Auf das Verfahren nach § 10 Absatz 3 ist hinzuweisen. Für die Beschlussfähigkeit findet § 26 Absatz 1 HBKG entsprechende Anwendung.
- (3) Die schriftliche Abstimmung ist abzubrechen und stattdessen eine Kammerversammlung einzuberufen, wenn mindestens ein Drittel aller Delegierten dies fordert.

§ 11

- (1) Die Kammerversammlung beschließt, soweit ihre Zuständigkeit nicht gesetzlich begründet ist, insbesondere über
 - a) alle Angelegenheiten der Kammer von allgemeiner Bedeutung, soweit sie sich nicht nur auf die laufende Geschäftsführung beziehen,
 - b) die Festsetzung von Auslagenersatz und Entschädigungen für alle ehrenamtlichen Tätigkeiten.
- (2) Die Kammerversammlung kann Beschlüsse des Vorstandes aufheben.
- (3) Die Kammerversammlung wählt für die Dauer einer Legislaturperiode:
 - a) Schlichtungskommissionen nach § 7 HBKG,
 - b) Schlichtungsausschuss nach § 111 Arbeitsgerichtsgesetz,
 - c) Haushaltsausschuss,
 - d) Rechnungsprüfungsausschuss,

- e) Satzungsausschuss,
- f) Ausschuss Gebührenrecht,
- g) Ausschuss Praxispersonal,
- h) Ausschuss Prävention,
- i) Ausschuss Fort- und Weiterbildung,
- j) Prüfungsausschüsse Zahnmedizinische Fachangestellte,
- k) Prüfungsausschüsse gemäß Weiterbildungsordnung.

Die Kammerversammlung kann bei besonderem Bedarf und für einen bestimmten Zeitraum weitere Ausschüsse wählen.

- (4) Ausschüsse bestehen aus jeweils nicht mehr als fünf Mitgliedern. Jeweils eines der Mitglieder der Ausschüsse nach § 11 Absatz 3 Buchstabe f) bis i) wird vom Vorstand entsprechend seiner Ressortbildung benannt. Mitglieder des Vorstandes können nicht Mitglied folgender Gremien sein:
- a) Schlichtungskommission nach § 7 HBKG,
 - b) Haushaltsausschuss,
 - c) Rechnungsprüfungsausschuss,
 - d) Satzungsausschuss,
 - e) Prüfungsausschüsse gemäß Weiterbildungsordnung;
- diese Gremien sind nicht an inhaltliche Weisungen des Vorstandes oder der Kammerversammlung gebunden.
- (5) Die Kammerversammlung wählt fünf „Kandidatinnen und Kandidaten für die Wahl der Delegierten zur Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer gemäß § 15 Absatz 3 (BV-Delegierten-Pool)“. Die Dauer der Amtsperiode beträgt im Wechsel zwei und drei Jahre. Nur Mitglieder der Kammerversammlung können Mitglieder dieses Pools sein.

§ 12

- (1) Mitglieder der Kammerversammlung können jederzeit schriftliche Anfragen an den Vorstand richten. Diese Anfragen werden unverzüglich, spätestens innerhalb von sechs Wochen, schriftlich beantwortet. Anfrage und Antwort werden allen Delegierten zur Kenntnis gegeben.
- (2) Mitglieder der Kammerversammlung können anlässlich einer Kammerversammlung schriftliche Anfragen an den Vorstand mit Einhaltung einer Frist von vier Wochen vor der Kammerversammlung richten. Die Präsidentin oder der Präsident legt fest, unter welchem Tagesordnungspunkt der Kammerversammlung die Beantwortung erfolgt.

§ 13

- (1) Über die Kammerversammlung wird ein Protokoll erstellt.
- (2) Die Protokollerstellung erfolgt innerhalb eines Monats.
- (3) Das Protokoll ist genehmigt, wenn nicht innerhalb eines Monats nach Versand schriftlicher Einspruch beim Vorstand eingelegt wird. Berichtigt der Vorstand das Protokoll nicht, entscheiden die Mitglieder der Kammerversammlung im Verfahren nach § 10 oder auf der nächsten Kammerversammlung.

Abschnitt 3

Vorstand und Präsident

§ 14

- (1) Jedes Vorstandsmitglied ist verpflichtet, dem Vorstand den Eintritt eines Sachverhalts unverzüglich schriftlich anzuzeigen, der die ordnungsgemäße Ausübung des Amtes, insbesondere auch auf Grund § 23 Absatz 3 HBKG gefährden könnte.
- (2) Der Präsident wird durch den Vizepräsidenten vertreten. Ist auch diese Person verhindert, kann der Präsident andere Vorstandsmitglieder mit seiner Vertretung beauftragen; dies kann uneingeschränkt oder mit der Wahrnehmung einzelner Befugnisse erfolgen.

Erfolgt eine solche Beauftragung nicht, geht die Befugnis auf das nächste Vorstandsmitglied nach der Reihenfolge der Wahl der Vorstandsmitglieder über.

- (3) Im Vorstand werden Ressorts für Arbeitsgebiete gebildet.
- (4) Erklärungen gegenüber der Öffentlichkeit oder der Rechtsaufsicht erfolgen im Rahmen der jeweiligen Kompetenzzuweisung des Vorstandes.

§ 15

- (1) Aufgabe des Vorstandes ist die Erledigung aller der Kammer aufgrund des Gesetzes obliegenden Aufgaben, soweit dies nicht der Kammerversammlung durch Gesetz oder Satzung vorbehalten ist. Der Vorstand bestimmt nach pflichtgemäßem Ermessen die Angelegenheiten, die von allgemeiner Bedeutung sind und damit nach § 21 Absatz 1 HBKG der Beschlussfassung der Kammerversammlung unterliegen.
- (2) Insbesondere obliegt dem Vorstand die
- a) Festsetzung der Tagesordnung der Kammerversammlung,
 - b) Durchführung der Beschlüsse der Kammerversammlung,
 - c) Unterrichtung der Kammerversammlung über die laufende Arbeit aus dem Vorstand und den Gremien,
 - d) Überwachung der Mitglieder bezüglich der Erfüllung ihrer in der Berufsordnung festgelegten Pflichten,
 - e) Einleitung berufsgerichtlicher Verfahren und Erhebung berufsgerichtlicher Klagen.
- (3) Der Vorstand wählt die Delegierten zur Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer. Dabei muss mindestens eine Delegierte oder ein Delegierter dem BV-Delegierten-Pool nach § 11 Absatz 5 angehören, die übrigen Delegierten dem Vorstand selbst. Mit einer Neuwahl der Delegierten ist die Abberufung der bisherigen Delegierten verbunden.
- (4) Der Vorstand kann für zeitlich begrenzte Projekte Arbeitsgruppen berufen.

§ 16

- (1) Im Rahmen der Durchführung der Aufgaben der Zahnärztekammer ist der Vorstand berechtigt, zum Zwecke der Aufklärung eines Sachverhaltes das persönliche Erscheinen eines Kammermitgliedes in der Geschäftsstelle als Berufspflicht anzuordnen.
- (2) Die dem Kammermitglied durch eine Anordnung nach Absatz 1 entstandenen Auslagen werden erstattet.

§ 17

- (1) Der Vorstand ist von der Präsidentin oder dem Präsidenten nach Bedarf, mindestens aber einmal im Vierteljahr einzuberufen. Er muss innerhalb einer Woche einberufen werden, wenn es mindestens zwei Vorstandsmitglieder unter Darlegung der Dringlichkeit verlangen.
- (2) Die Sitzungen sind schriftlich oder mit elektronischem Brief unter Bekanntgabe der Tagesordnung einzuberufen.
- (3) Die Ladungsfrist beträgt grundsätzlich eine Woche.
- (4) Die Präsidentin oder der Präsident kann im Einzelfall aus dringenden Gründen und zur Vermeidung einer Vorstandssitzung eine Beschlussfassung per Brief oder elektronischem Brief herbeiführen oder herbeiführen lassen.
- (5) Sitzungen und Beschlüsse werden protokolliert.

§ 18

- (1) Der Vorstand bedient sich zur Führung der laufenden Geschäfte einer Geschäftsführung.
- (2) Diese ist an Weisungen des Vorstandes gebunden; im Übrigen bestimmt die Präsidentin oder der Präsident den Tätigkeitsbereich.



Satzungsänderung: Hauptsatzung

Abschnitt 4

Ausschüsse

§ 19

- (1) Soweit ein Mitglied des Vorstandes einem Ausschuss nach § 11 Absatz 3 Buchstabe f) bis i) angehört, ist es zugleich Vorsitzende oder Vorsitzender des Ausschusses; die Mitglieder der übrigen Ausschüsse wählen jeweils aus ihrer Mitte die Vorsitzende oder den Vorsitzenden.
- (2) Die Vorsitzenden berufen die Sitzungen des jeweiligen Ausschusses über die Geschäftsstelle mit einer Frist von mindestens zwei Wochen und unter Bekanntgabe des Beratungsgegenstandes ein.
- (3) Ein Ausschuss muss einberufen werden, wenn es Präsidentin oder Präsident oder die Mehrzahl der Ausschussmitglieder verlangen.
- (4) Die Präsidentin oder der Präsident kann jederzeit an einer Ausschusssitzung teilnehmen. Zu den Ausschusssitzungen können in Abstimmung mit der Präsidentin oder dem Präsidenten Sachverständige herangezogen werden.
- (5) Für die Beschlüsse gilt § 26 Absatz 1 und 2 HBKG.
- (6) Die wesentlichen Inhalte der Sitzungen der Ausschüsse werden protokolliert. Das Protokoll geht allen Ausschussmitgliedern und der Geschäftsstelle zu.

Abschnitt 5

Geschäftsjahr, Satzungsänderungen, Inkrafttreten

§ 20

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 21

Änderungen dieser Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln aus Ja- und Nein-Stimmen.

§ 22

- (1) Diese Satzung tritt ab 1. Januar 2015 in Kraft, frühestens jedoch am Tage ihrer Veröffentlichung. Gleichzeitig tritt die Hauptsatzung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein in der Fassung vom 2. März 1988 (Amtsblatt Schl.-H./AAz. S. 112), zuletzt geändert durch Satzung vom 18. Dezember 2013 (Amtsblatt Schl.-H. 2014, S. 26), außer Kraft.
- (2) Die erste Wahl der Mitglieder des BV-Delegierten-Pool nach § 11 Absatz 5 findet im Frühjahr 2015 für eine Amtsperiode von drei Jahren statt.

ZÄK

Fortbildung

Craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD) stellen ein bedeutendes Gesundheitsproblem in der Bevölkerung dar. Zur Behandlung der CMD haben sich in den letzten Jahren zahlreiche Therapiekonzepte etabliert. Dennoch stellt sich in manchen Fällen nicht der gewünschte Erfolg ein. Gründe dafür sind u. a. die Komplexität der Erkrankung und die damit verbundene erhöhte Anforderung an Diagnostik und interdisziplinäre Abstimmung der Behandler. Dieser Umstand gab Veranlassung, die über Jahrzehnte gesammelten Erfahrungen des Kieler CMD Teams zu systematisieren und in didaktisch geeigneter Form weiterzugeben.

In einer 3-teiligen Fortbildung erlernen Sie in Theorie und Praxis die interdisziplinäre Diagnostik und Therapie der CMD nach dem Kieler Konzept.

Diagnostik und Therapie Craniomandibulärer Dysfunktionen

- Kieler Konzept •

Helge Fischer-Brandies/Marc Asche/Christian Wunderlich

Ort: Klinik für Kieferorthopädie, ZMK, Haus 26, UKSH, Campus Kiel
Teil A: 20.–22. 3. 15 | Teil B: 29.–31. 5. 15 | Teil C: 11. – 13. 9. 15
Jeweils: Fr., 13–19 Uhr | Sa., 9–18.30 Uhr | So., 9–12.30 Uhr

Information: Sekretariat Prof. Dr. H. Fischer-Brandies
Klinik für Kieferorthopädie, UKSH, Campus Kiel
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 26, 24105 Kiel
Tel. 0431/597 2882 | www.cmd-kieler-konzept.de

Fortbildungspunkte: 22 Punkte je Teil A, B, C



Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

Kurs-Nr.: 15-01-092

After-Work-Seminar: It's Business Baby

Tracey Lennemann,
Europa/USA

Donnerstag, 12. 2. 2015

18.30 – 21.00 Uhr

Heinrich-Hammer-Institut

90 EUR für ZÄ

Punktebewertung: 3

Ein interaktiver Workshop für Zahnärzte, die ihre Praxis effektiver und erfolgreicher gestalten möchten. Eine moderne Zahnarztpraxis ist wie ein Geschäft. Es ist ein kleines Unternehmen, ein Dental Business. Unsere Patienten sind nicht nur Patienten mit Schmerzen und dentalen Problemen, sondern auch Kunden mit verschiedenen Wünschen, Erwartungen und Ansprüchen. Ein erfolgreiches Dental Business hat ein genau strukturiertes Dienstleistungskonzept, in dem jedes Teammitglied, vom Azubi bis zum Zahnarzt, eine äußerst wichtige Rolle spielt. Es funktioniert ähnlich wie ein Unternehmen mit regelmäßigen Besprechungen, Zielsetzungen, Professionalität und einem Business-Plan-Konzept.

Aber manchmal sind wir mit dem Alltagsstress zu beschäftigt, so dass wir nicht daran denken unser „Business“ zu verbessern. Und wir übersehen durch Zeitmangel, wo wir Verbesserungen einbauen und umsetzen könnten. Dieser Workshop vermittelt Ihnen einen tiefen Einblick in die verschiedenen Aspekte des „Dental Business“ und „Customer Service“ einer Zahnarztpraxis. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie eine Zahnarztpraxis sich mit einem 5-Sterne-Hotel vergleichen kann und Sie, als ein Team, Ihre Patienten/Kunden besser „bedienen“ können. Sie erfahren, was Sie tun können, um den Gewinn zu steigern und die Produktivität zu optimieren, um damit glückliche und zufriedene Patienten zu erreichen.

Information – Anmeldung:

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein · Heinrich-Hammer-Institut · Westring 496 · 24106 Kiel

Tel. 0431/260926-80 · Fax 0431/260926-15 · E-Mail: hhi@zaek-sh.de · www.zaek-sh.de – Rubrik Fortbildung



Fortbildung in Kreisvereinen

Zahnärzterein Kreis Segeberg e.V.

am: 28. Januar 2015, 19.00 h

Ort: Hotel Tryp, Bad Bramstedt

Neue orale Antikoagulantien

Dr. Carsten Schwencke

Anzeigen

Lübeck/Umgebung

Suche Praxis zur Übernahme, 3 bis 4 BHZ, eine Sozietät mit späterer Übernahme ist ebenfalls denkbar.

E-Mail: praxissuche@posteo.de

Sterilisator v. Melag Vacuclav 40B mit Meladoc (Etikettendrucker) und Melacontrol. Melaseal 100 mit versch. Einschweißfolien zu verkaufen. Preis 600 EUR/VHS.

Mobil: 0162/6637391

Kammerversammlung

der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

28. März 2015 • 9.30 Uhr

Zahnärztekammer, Westring 496, Kiel

Tagesordnung

Gastreferat mit Diskussion

1. Eröffnung und Regularien
2. Berichte
Vorstand zum Geschäftsjahr 2014 und Anträge
3. Wahl BV-Delegiertenpool gemäß
§ 11 Absatz 5 / § 22 Hauptsatzung
4. Versorgungswerk
Wahl zweier Mitglieder des Aufsichtsausschusses
5. Verschiedenes

Pflichtbeitrag ab Januar 2015

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
gemäß § 12 Abs. 1 der Satzung für das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein entrichten die Mitglieder des Versorgungswerkes den in der Deutschen Rentenversicherung Bund geltenden Pflichtbeitrag.

Die Rechenwerte ab Januar 2015 werden sich verändern.

Die Beitragsbemessungsgrenze erhöht sich auf 6.050,00 Euro.

Gleichzeitig sinkt der Beitragssatz auf 18,7 %.

Der Pflichtbeitrag beträgt somit ab dem 1. Januar 2015

monatlich 1.131,35 Euro.

Sofern dem Versorgungswerk eine entsprechende Lastschrift-Einzugsermächtigung vorliegt, wird der Beitrag automatisch angepasst.

Mitglieder, die ihren Beitrag selbst anweisen, bitten wir um Anpassung ihres Dauerauftrages.

Dr. Walter Wöhlk

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

»Zahnersatz – Innovation und Tradition«

Vortragsprogramm für Zahnärztinnen und Zahnärzte:

Montag, 18. Mai 2015 – auch für ZFA, Mitarbeiter(in)

- Begrüßung und Eröffnung durch den Präsidenten der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, *Dr. Michael Brandt, Kiel*
- Eröffnungsvortrag
Die Erde bebt – auch in Zentraleuropa
Prof. Dr. Klaus Reicherter, Aachen

Dienstag, 19. Mai 2015

- Grußwort Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e. V.
Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel
- **Film:** Kommunikation der Zellen – die Osseointegration
Michael-Kurt Prüfert, Altenholz
- Update Prothetik 2015 – von der Einzelzahnücke bis zur Totalprothese
Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel
- Materialien bei Kronen und Brücken und die adäquate Präparation
Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel
- Keramische Restaurationen nach Funktionstherapie?
PD Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg
- **Teamvortrag:** Patientenberatung als Win-Win-Strategie – überzeugen statt überreden
Joachim Brandes, München

Programm für ZFA und Mitarbeiter(in):

Dienstag, 19. Mai 2015 – **Teamvortrag:**

- Patientenberatung als Win-Win-Strategie – überzeugen statt überreden
Joachim Brandes, München

Mittwoch, 20. Mai 2015 – **Teamvorträge:**

- Der alte Patient – Handling und Pflege
Prof. Dr. Frauke Müller, Genf
- Die Abformung – entscheidende Schnittstelle zwischen Patient und der Herstellung von Zahnersatz
Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel

Dienstag, 19. Mai und Mittwoch, 20. Mai – **Seminare:**

- Telefon und Rezeption – das Kommunikationszentrum der Praxis
Joachim Brandes, München
- Die optimale zahnärztlich-chirurgische Assistenz
Dr. Jan Behring, M.Sc., Hamburg
- Zahnersatz – Berechnung nach GOZ ohne Verlust
Angela Storr, Kiel
- Würger, Zappler, Speichler und Angsthasen in der Prophylaxe: Was tun?
Dr. Christian Bittner, Salzgitter
- Provisorische Versorgung – ein wichtiger Baustein auf dem Weg zum erfolgreichen Zahnersatz
Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel
- Immer am Ball bleiben – Aktuelles zur Hygiene
Dr. Kai Voss, Kirchbarkau
- Notfallkurs für das Praxisteam
Prof. Dr. Dr. Patrick H. Warnke, Brisbane
Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch, Hamburg

Buchung ab **1. Februar 2015** über congress & more:

Telefon: 07 21 / 62 69 39-11

E-Mail: kalina@congressandmore.de

Online-Buchung:

www.sylterwoche.de – Rubrik: Anmeldung & Teilnahme

Mittwoch, 20. Mai 2015

- **Teamvortrag:** Der alte Patient – Handling und Pflege
Prof. Dr. Frauke Müller, Genf
- **Teamvortrag:** Die Abformung – entscheidende Schnittstelle zwischen Patient und der Herstellung von Zahnersatz
Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel
- Implantatprothetische Rehabilitation in der ästhetischen Zone
PD Dr. Dietmar Weng, Starnberg
- Vollkeramische adhäsive Flügelbrücken
Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel
- Versorgung der Freiendsituation mit oder ohne Implantate?
PD Dr. Hans-Joachim Nickenig, M.Sc., Köln
- Moderne Behandlungskonzepte mit vollkeramischen Restaurationen am Einzelzahn
Prof. Dr. Daniel Edelhoff, München
- Implantate aus Zirkondioxid – ein Update
PD Dr. Dietmar Weng, Starnberg
- Implantat-assoziierte Biofilme – Komplikationen und Konsequenzen
Prof. Dr. Meike Stiesch, Hannover

Donnerstag, 21. Mai 2015

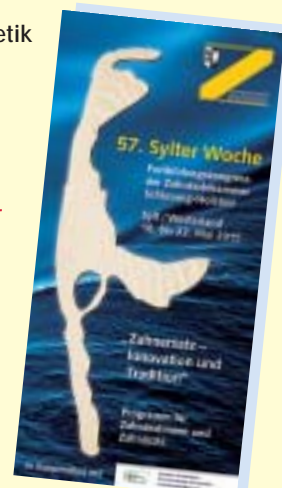
- Kombiniert Zahn-Implantat oder rein implantatverankerte Brücken und Prothesen?
Prof. Dr. Peter Rammelsberg, Heidelberg
- Doppelkronen – Multitalente in der herausnehmbaren Prothetik?
Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel
- Vermeidung von Augmentation: Prothetik auf kurzen und schmalen Implantaten
Dr. Paul Weigl, Frankfurt
- Veranstaltung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
- Die Versorgung des zahnlosen Kiefers mit Miniimplantaten
Prof. Dr. Thomas Morneburg, Bamberg

Freitag, 22. Mai 2015

- Wie digital kann Zahnersatz sein?
Prof. Dr. Daniel Edelhoff, München
- Die Zukunft der Zahnersatzversorgung im demografischen Wandel
Prof. Dr. Frauke Müller, Genf
- Prothetik der Zukunft – Zukunft der Prothetik
Prof. Dr. Meike Stiesch, Hannover



Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein



**Wegen starker Nachfrage
bitte rechtzeitig buchen!
Buchung ab 1. Februar 2015**