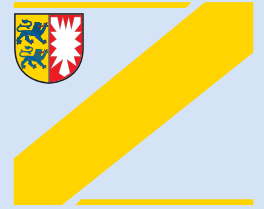


C 12414

# Zahnärzteblatt

Schleswig-Holstein



2

Februar 2015

der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung und  
der Zahnärztekammer

21.  
März  
2015



## 22. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

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

## INHALT

|   |           |
|---|-----------|
| Editorial                                     | 3         |
| <i>Landesschiedsamt:</i>                      |           |
| Regionalität bleibt auf der Strecke           | 4         |
| Bundeswehr-Zahnärzte tagten in Damp           | 6         |
| <i>Wirtschaftsweise:</i>                      |           |
| Kritik an der „Kehrtwende“ in der GKV         | 9         |
| <i>Sozialversicherung:</i>                    |           |
| Mängel beim Risikomanagement                  | 10        |
| <i>Vorschau:</i>                              |           |
| 22. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag     | 12        |
| <i>Zahnärztetag:</i>                          |           |
| Mitarbeiter-Vorträge oder Kindergeburtstag?   | 15        |
| <i>Deutscher Zahnärztetag – Festvortrag:</i>  |           |
| Ich zuerst – und zwar sofort!                 | 16        |
| Hightech von den Förden                       | 18        |
| Vorstand zeichnet Ehrenkodex                  | 19        |
| <i>GOZ 2012:</i>                              |           |
| Fortsetzung aus der Januar-Ausgabe            | 20        |
| Die korrekte Berufsbezeichnung                | 22        |
| <i>ZFA – I like it:</i>                       |           |
| Videowettbewerb für Auszubildende             | 23        |
| Neuer Anlauf für Antikorruptionsgesetz        | 24        |
| <b>Rundschreiben der KZV SH</b>               | <b>25</b> |
| <b>Mitteilungsblatt der ZÄK SH</b>            |           |
| Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer S-H | 26        |
| Satzung des Versorgungswerkes                 | 35        |
| Meldung & Meinung                             | 38        |

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Redaktion: Zahnärztekammer:

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung:

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

verantwortlich für diese Ausgabe:

Dr. Peter Kriett

Verlag: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Westring 496 · 24106 Kiel

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

E-Mail: central@zaek-sh.de

www.zaek-sh.de

Layout, Herstellung:

form + text | herbert kämpfer · Kiel

Titel: ComLog Werbung + PR, 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.

## AKTUELL

### Jeder Dritte würde Gesundheitsdaten an Krankenversicherung übermitteln

Jeder dritte Mensch in Deutschland würde seine persönlichen Gesundheits- und Fitness-Daten aus Smartphone-Apps, Fitness-Trackern oder anderen Messgeräten an seine Krankenversicherung weiterleiten – wenn er dafür im Gegenzug Vorteile erhält. Das ist das Ergebnis einer aktuellen repräsentativen Umfrage der Marktforschungsfirma YouGov.

39 Prozent der Befragten lehnen es allerdings auch ab, ihre Daten weiterzugeben. Eine große Mehrheit von 73 Prozent hätte generell Sorge, dass die Krankenversicherung bei einem – durch die Datenübermittlung offenbarten – verschlechterten Gesundheitszustand einmal einen erhöhten Beitrag verlangen könnte. Beim Datenschutz ist die große Mehrheit der Bevölkerung ebenfalls skeptisch: 81 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass die einmal erfassten Daten auch für andere Zwecke verwendet werden. Der Studie zufolge haben inzwischen 41 Prozent der Bevölkerung mindestens eine Gesundheits-App auf dem Smartphone installiert. Drei Viertel von ihnen nutzen sie auch.

*n-tv.de/Red.*

### Hackerangriff auf zweitgrößten US-Krankenversicherer

Der zweitgrößte Krankenversicherer der USA, Anthem Inc., mit mehr als 34 Millionen Kunden ist Opfer eines Hackerangriffs geworden. Das Unternehmen machte keine Angaben über das Ausmaß des Angriffs, US-Medien berichteten jedoch von 80 Millionen erbeuteten Daten von Kunden und Mitarbeitern. „Nach allem, was wir bis jetzt wissen, gibt es keine Hinweise, dass Kreditkarten oder medizinische Informationen betroffen sind“, erklärte Anthem-Chef Joseph Swedish. Gestohlen worden seien jedoch Patientendaten wie Namen, Adressen, Geburtstage, E-Mail-Adressen und auch sensible Daten wie Sozialversicherungsnummern sowie Informationen über Arbeitsverhältnisse und Einkommen.

Bei dem Angriff auf Anthem handelt es sich um den bisher größten Datendiebstahl im Bereich des Gesundheitswesens. Im letzten Jahr war es chinesischen Hackern gelungen, in das Netz der „Community Health Systems Inc.“ einzudringen. Sie erbeuteten damals Sozialversicherungsnummern, Namen und Adressen von 4,5 Millionen Kunden.

US-Unternehmen haben immer stärker mit Hackerangriffen zu kämpfen. Nach Informationen von *dpa* waren im vergangenen Jahr der Büroartikel-Anbieter Staples, die Heimwerkerkette Home Depot und der Warenhauskonzern Target attackiert worden. Auch die Großbank JPMorgan wurde letzten Sommer Opfer von Cyber-Kriminalität.

*dpa/faz.net/Be*

### Personalversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Am Donnerstag, den 19. März 2015, wird zwischen 10.30 Uhr und ca. 12.00 Uhr eine Personalversammlung der KZV Schleswig-Holstein stattfinden. Wir bitten um Verständnis, dass es innerhalb dieses Zeitraums zu einer eingeschränkten Erreichbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen kann. *KZV S-H*

# Abhaken und Ablegen?

Wenn Kassenfunktionäre über sich selbst Vorträge halten, kommt er immer wieder durch:

„Der Unternehmer im Kassengewand“.

Weg vom reinen Kostenträger – hin zum aktiven Manager, der die medizinische Versorgung regelt und eine Professionalisierung bringen soll. Mittelbare Staatsverwaltung war gestern. Angesagt ist das Dienstleistungsunternehmen Krankenkasse.

Probleme werden bis zur Bedeutungslosigkeit weggelabert. Also auf zu neuen Ufern. Jeder kann Strategie! Wäre da nicht die leidige Datenlage, denn Daten gelten als das Zahlungsmittel des 21. Jahrhunderts. Über Ärzte und Zahnärzte muss man doch Daten sammeln, um jeden Schritt zu erfassen und zu analysieren.

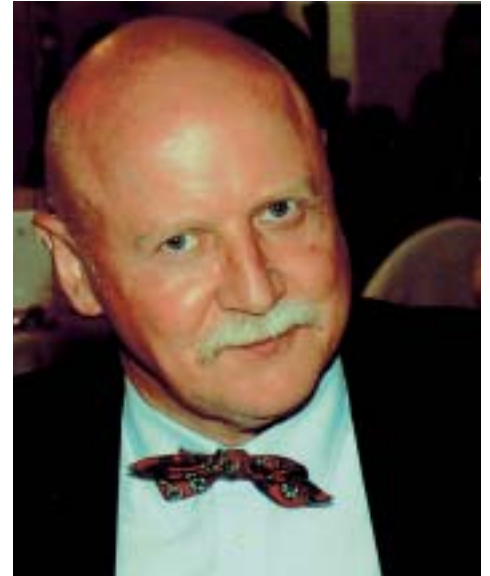
Nur so wird die ökonomische Keule auch zielsicher.

Das neue Zauberwort heißt dann auch „risikoadjustierte Qualitätsindikatoren“. Also mit anderen Worten – messbare Ergebnisqualität. Für jedes Problem gibt es schließlich – wie auch in anderen Bereichen – einen Werkzeugkasten.

Unternehmerisches Risiko findet man bei Diskussionen mit Kassenvertretern trotzdem nicht. Weder mit noch ohne Daten. Daten werden nur benötigt, um das finanzielle Risiko einer Krankenkasse gegen Null zu fahren und das Restrisiko den Leistungserbringern anzuhängen.

Forderungen nach einer neuen Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der KVen und KZVen werden schon erhoben. Im Klartext heißt das, die Anreize und Verbesserungseffekte zu Gunsten der Krankenkassen für Selektiv- oder Direktverträge von den selbstständigen Zahnärzten und Ärzten auch noch finanzieren zu lassen. Das korporatistische System im Gesundheitswesen setzt auf Ausgleich, Versorgungssicherheit und Angemessenheit. Werte, die man ernsthaft nicht angreifen kann, weil sie positiv besetzt sind. Also muss eine Stellvertreterauseinandersetzung konstruiert werden. Krankenkassen sprechen dann von „bestehenden Widerständen gegen Transparenz und eine konsequente Ausrichtung auf Qualität“, die es zu überwinden gelte.

Versorgungssicherheit kann man nicht einkaufen, wenn man sie braucht. Man muss sie vorhalten, wie eine Feuerwehr, über die man nicht erst nachdenkt, wenn es brennt. Auch eine nachhaltige Energieversorgung ist nicht möglich, wenn man auf Spotmärkte angewiesen ist und wenn alle frieren. Der Gesetzgeber setzt nun auf Krankenhäuser und MVZ, um Leistungserbringung und Investitionen zu entkoppeln.



Innovationen mit Streikrecht sind keine guten Nachrichten, insbesondere für Krankenkassen, die um Vertrauen werben in einer solidarischen Wettbewerbsordnung. Seit der letzten Schiedsamtverhandlung wissen wir, dass der vdek konsequent auf Konfrontationskurs gegen die KZV S-H abgefahren ist: Verdrehungen und Halbwahrheiten bestimmen die Strategie und öffentliche Verhetzung die Öffentlichkeitsarbeit.

Abhaken und ablegen?

*Nein Danke!*

Dr. Peter Kriett  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Schleswig-Holstein



Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung:

## Regionalität bleibt auf der Strecke

Bereits im Juli 2014 hatte die KZV Schleswig-Holstein gegenüber dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung das Scheitern der Honorarverhandlungen für das laufende Jahr mit den Mitgliedskassen des vdek angezeigt. Anfang Januar 2015 tagte das Schiedsamt.

Die Ergebnislosigkeit der Verhandlungen mit der KZV wurde von den Ersatzkassen womöglich bewusst eingeplant – vielleicht in der Hoffnung, vor dem Landesschiedsamt ein günstigeres Ergebnis für den Verband zu erzielen als bei Verhandlungen mit dem „Vertragspartner“, bei denen immer auch Kompromisse erforderlich sind. Wenn nun allerdings bundesweit tätige Kassen regionale Entscheidungen auf diese Weise unterlaufen, kann das nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, der ja immerhin gerade „Regionalisierung“ eingeführt hat.

Eine „partnerschaftliche Aufgabenbewältigung“, wie sie der Referatsleiter „Ambulante Versorgung“ der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein im *Ersatzkassen-Report* (Ausgabe Dezember 2014) reklamiert – und der KZV abspricht – sieht anders aus. Dass das Scheitern der Verhandlungen im Übrigen ausdrücklich auch die DAK Gesundheit einschließt, die an den Verhandlungen nur „virtuell“ teilgenommen hat, jedoch entgegen der bisher üblichen Verfahrensweise keinen eigenen Vertreter in die Gespräche mit dem vdek geschickt hatte, untermauert die „Relevanz“, die der Verband der Ersatzkassen Verhandlungen mit der KZV offenbar zuzuspricht.

Auch ein von der Techniker Krankenkasse im Vorfeld der Schiedsamtsverhandlung betriebenes Verwirrspiel ist da nur ein weiteres für das Verhältnis zu den Ersatzkassen insgesamt bezeichnendes Detail: Nachdem ein Vertreter der TK an den Vertragsverhand-

lungen mit dem vdek teilgenommen und die KZV S-H daher folgerichtig das Scheitern der Verhandlungen für alle Mitgliedskassen des vdek erklärt hatte, informierte die TK im Oktober 2014 darüber, dass der Verband der Ersatzkassen für sie zwar verhandlungsbefugt, jedoch nicht „Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis“ sei. Vielmehr würden – wie einem Schreiben vom Juli 2010 zu entnehmen sei – seit 2011 zwischen KZV und TK bilaterale Honorarvereinbarungen getroffen. Damit seien nun für 2014 zwar die Vertragsverhandlungen mit allen Mitgliedskassen des vdek gescheitert, formal jedoch sei die Vertragssituation mit der TK „einzeln“ zu bewerten.

Die KZV bemühte sich daraufhin um das Zustandekommen bilateraler Vergütungsverhandlungen mit der TK – die ja noch gar nicht stattgefunden hatten und demnach konsequenterweise auch nicht gescheitert sein konnten. Der Schiedsamtsvorsitzende Prof. Igl äußerte zwar ein „gewisses Verständnis“ dafür, dass „Irritationen“ entstanden seien. Wenn jemand verhandele, nehme man an, dass derjenige auch abschlussberechtigt sei, konstatierte er. Das zitierte Schreiben vom Juli 2010 habe keine rechtliche Bindungswirkung; die Behauptung der TK, die KZV hätte auch im aktuellen Fall über jene bilaterale Vorgehensweise informiert sein müssen, traf also nicht zu.

Nachdem jedoch die TK im Dezember 2014 gegenüber dem Landesschiedsamt das Scheitern der „Verhandlungen“ mit der KZV erklärt hatte, folgte Prof. Igl der objektiv nicht

nachvollziehbaren Ersatzkassenargumentation und stimmte zu, die Verfahren der Ersatzkassen (ohne TK) und der Techniker Krankenkasse vor dem Schiedsamt zu verbinden und in einem gleichzeitigen Termin zu verhandeln.

Grundsätzlich, so stellte Prof. Igl fest, ergäben sich vier Optionen für eine Vergütungsregelung:

- ▶ Umstellung der Vergütungsstruktur auf Einzelleistungsvergütung
- ▶ Beibehaltung der bisherigen Kopfpauschalenstruktur mit Versicherten- bzw. Mitgliederbezug bei den jeweiligen Kassen entsprechend der Vorjahresregelungen
- ▶ Kopfpauschale mit Versichertenbezug für alle Ersatzkassen
- ▶ Kopfpauschale mit Mitgliederbezug für alle Ersatzkassen

**Zum Hintergrund:** Seit 1999 sind die Vergütungsregelungen zwischen KZV Schleswig-Holstein und den Ersatzkassen durch eine Kopfpauschalenstruktur gekennzeichnet. Daran haben auch die gesetzlichen Neuregelungen durch das Versorgungsstrukturgesetz nichts geändert. Obwohl das Morbiditätsrisiko seit 2013 nicht mehr bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liegt, hatte sich die KZV Schleswig-Holstein bereit erklärt, die vorhandene Vertragsstruktur beizubehalten – und damit die strikte Budgetierung unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität fortzuführen.

Auch im Rahmen der für das Jahr 2014 geführten Verhandlungen hatte die KZV dies wieder angeboten.

Diese konsensorientierte Geschäftspolitik ist als erhebliches Entgegenkommen gegenüber den Ersatzkassen zu bewerten – sie stößt jedoch an ihre Grenzen, wenn dies von den Ersatzkassen auch nicht ansatzweise anerkannt wird. Dass die Konsensbemühungen der KZV in keiner Weise respektiert werden, zeigt auch eine weitere Bemerkung im bereits zitierten *Ersatzkassen-Report*: Die Erwartungen der KZV seien in diesem Jahr [2014] „wohl besonders hoch“, heißt es dort. – Offenbar glaubt man bei den Ersatzkassen zur Zeit, auf ein gutes Verhältnis zu den Leistungsträgern verzichten zu können.

Der Schiedsamtvorsitzende schickte die Ersatzkassen zunächst in „Klausur“ mit dem Auftrag, schriftlich niederzulegen, welche Bedingungen ihrer Ansicht nach bei einer Umstellung der Vertragsstruktur auf Einzelleistungsvergütung erfüllt sein müssten. Verhandlungen darüber zwischen der KZV und dem vdek waren nun allerdings bereits für 2013 – und erneut für 2014 – gescheitert, da die Kassen für diesen Fall umfangreiche Datenlieferungen und Preissenkungen fordern. Richtig ist, dass bei einer Einzelleistungsvergütungsvereinbarung die erbrachten zahnärztlichen Leistungen den Rechtsgrund für die Entrichtung der Gesamtvergütungsanteile darstellen. Solange jedoch Kopfpauschalen vereinbart sind, handelt es sich bei den vertragszahnärztlichen Leistungsdaten um KZV-interne Daten zur Honorarverteilung, auf die die Kassen keinen Anspruch haben. Daten über eine fiktive Einzelleistungsvergütung für die vergangenen Jahre der strikten Budgetierung werde die KZV nicht liefern, stellte der KZV-Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Kriett klar. Basis der Berechnung einer Einzelleistungsvergütung könne nur der

2012 einvernehmlich mit allen Kassenarten errechnete nivellierte Punktwert sein. Daher würden auch keine Leistungsmengen für die Bestimmung einer Ausgangsbasis benötigt.

Wie erwartet führten auch die internen Beratungen der Kassen zu keinem neuen Ergebnis: Die Ersatzkassen bestanden darauf, für eine Umstellung auf Einzelleistungsvergütung Daten über die Art der Behandlung und die abgerechneten Gebührenpositionen erhalten zu müssen, und zwar zumindest für den Zeitraum 2012 bis 2014 – das Ganze lieferbar innerhalb von 14 Tagen. Die vom Schiedsamt geforderte Begründung, warum und zu welchem Zweck diese Daten benötigt werden, blieben die Ersatzkassen schuldig. Damit legte der Schiedsamtvorsitzende die Möglichkeit der Umstellung auf Einzelleistungsvergütung für 2014 wegen weitergehender Forderungen der Ersatzkassen „zu den Akten“.

Folglich blieb nur noch die Option „Beibehaltung der Kopfpauschale“ als

Gesamtvergütungsstruktur. Die Tatsache, dass die KZV mit dem Angebot der Beibehaltung des Kopfpauschalen-Systems auch weiterhin das Morbiditätsrisiko zugunsten der Ersatzkassen trägt, war wohl nicht entscheidungserheblich. Die wohldurchdachten Schriftsätze der KZV S-H spielten offensichtlich keine Rolle – und wurden vielleicht auch nicht verstanden. Wenn zudem die Umstellung auf **Versichertenbezug** für alle Ersatzkassen mit einer Erhöhung der Kopfpauschale um die **mitgliederbezogene** Veränderungsrate verbunden wird, wird bei der Festsetzung der Höhe der Gesamtvergütungen eine einnahmeorientierte Betrachtungsweise verlassen und völlig unbegründet um ca. 0,5 Prozent gesenkt. Festzustellen bleibt, dass der finanzielle Aufwand der Ersatzkassen für die vertragszahnärztliche Versorgung in anderen KZV-Bereichen wesentlich höher liegt als in Schleswig-Holstein, also auch hier eine objektive und angemessene Entscheidungsfindung von den Ersatzkassen blockiert wird.

■ KIRSTEN BEHRENDT

## EU-Kommissar will Gesundheitsreformen

Der neue EU-Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Vytenis Andriukaitis aus Litauen, plant für seine Amtszeit, die teilweise deutlichen Unterschiede in der Lebenserwartung von Bürgern in Ost- und Westeuropa auf möglichst hohem Niveau anzugleichen.

Das kündigte er anlässlich seines Antrittsbesuchs im Gesundheitsausschuss des Bundestages an. Es gelte hier, eine „dramatische Lücke“ zu schließen. Um diese „große Herausforderung“ anzugehen, setze er auch auf die Zusammenarbeit mit den nationalen Parlamenten. Gemeinsam sollten Wege gefunden werden, um dieses Problem zu lösen, erklärte der Kommissar. Als konkrete Handlungsfelder nannte er den Konsum von Ta-

bak, Alkohol und das Thema „falsche Ernährung“.

Während in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung bei rund 81 Jahren und in der Europäischen Union im Mittel bei gut 80 Jahren liegt, kommen Polen, Estland, die Slowakei, Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Litauen und Lettland nur auf Werte zwischen rund 74 und knapp 77 Jahren.

Andriukaitis ist Arzt und Historiker. Von 2012 bis 2014 war er Gesundheitsminister der Republik Litauen. 1989 war er zudem Mitbegründer der sozialdemokratischen Partei seines Heimatlandes und 1999 bis 2000 Vorsitzender der Partei.

Deutscher Bundestag/Be

## Bundeswehr-Zahnärzte tagten in Damp

Nach zwölf Arbeitstagen der Sanitätsoffiziere Zahnarzt unter der Ägide des Sanitätskommandos I fand Mitte Januar in Damp – und damit am gleichen Ort wie zuvor – die erste Arbeitstagung Zahnmedizin unter neuer Verantwortung statt.

Federführend ist nun das seit dem 1. Januar 2013 bestehende „Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung“ mit Sitz in Diez. Die Arbeitstagung der Truppen-Zahnärzte sei damit gleichzeitig zu einer bundesweiten Veranstaltung geworden, betonten die Gastgeber vor rund 350 Teilnehmern.

Nur zwei Tage vor der Eröffnung des wissenschaftlichen Teils der Arbeitstagung waren die 13 „Sanitätsunterstützungszentren“ aufgestellt worden, die zukünftig die Hauptlast der administrativen und koordinierenden Arbeit im Sanitätsdienst leisten sollen. Sie werden in regionaler Zuständigkeit bundesweit insgesamt 128 Sanitätsversorgungszentren führen. Eines dieser Sanitätsunterstützungszentren befindet sich in Kiel. Im Zuge der Neustrukturierung der Bundeswehr wurde dagegen das bis dato für Norddeutschland zuständige Sanitätskommando I im Dezember 2014 aufgelöst.

Die Organisationsgrundlage für die Reform auf Dienststellen- und Versorgungsebene sei zu spät gekommen, kritisierte Generalstabsarzt Dr. Dirk Raphael, Kommandeur des Kommandos Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung, in Damp. – Den niedergelassenen Zahnärzten mag das Grundproblem bekannt vorkommen.

Dennoch gebe es für die Umstrukturierung „keine echte Alternative“, befand Raphael. Die neue Struktur solle vor allem auch die „Robustheit“ des Sanitätsdienstes stärken. Der

wesentliche Auftrag bestehe weiterhin in der zahnmedizinischen Versorgung der Soldaten. Das allerdings könnte in Zukunft schwieriger werden als bisher: „Die Versorgungsdichte ist geringer geworden“, beschrieb Raphael; es werde zu „Entfernungsproblemen“ kommen. Immerhin hat man laut einem Bericht des Sanitätsdienstes Bundeswehr in der neuen Struktur auf rund 70 kleinere Versorgungseinrichtungen verzichtet. Und Personalprobleme gibt es offensichtlich nicht nur im zivilen Bereich, sondern auch bei der Bundeswehr; noch konnten nicht alle vorgesehenen Stellen besetzt werden. Erschwerend hinzu kämen „Langzeitabwesenheiten“ aufgrund von Auslandseinsätzen, so Raphael. Doch allen Widrigkeiten zum Trotz: Der Kommandeur wies der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundeswehr eine „beispielgebende Rolle“ zu, sie habe „ausgezeichnete Standards“ gesetzt, lobte er.

Das „Standing“ der Zahnmedizin in der Bundeswehr habe sich kontinuierlich verbessert, unterstrich auch Admiralarzt Dr. Wolfgang Barth, Inspizient Zahnmedizin, und bezog sich dabei auf das Ansehen bei den Patienten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Truppe, national wie international.

Im Hinblick auf die Reform des Sanitätsdienstes unterstrich Barth, dass unter anderem die Zahl der zahnärztlichen Assistenzstellen – insbesondere im Bereich Prophylaxe – erhöht

werden konnte. Damit sei nun ein „zeitgemäßer Standard“ erreicht, freute er sich.

Die Geschlossenheit der Zahnärzte in der Bundeswehr sei – ebenso wie die in der zivilen Kollegenschaft – „ausgezeichnet“, bestätigte Barth. Dennoch: Sie beginne zu „bröckeln“. Er stelle eine zunehmende Individualisierung – „erst ich, dann wir“ – fest. Das jedoch könne in einem System wie der Bundeswehr nicht funktionieren. Daher appellierte er an die Geschlossenheit des Sanitätsdienstes und rief dazu auf, „im entscheidenden Moment“ Partikularinteressen dem Gesamtwohl der Zahnärzte in der Bundeswehr unterzuordnen.

Derartige Tendenzen sind zivilen Zahnärzten nicht unbekannt. Kameradschaft, Kollegialität und Geschlossenheit seien bei der Bundeswehr Grundlage für den Erfolg, in Krisengebieten teilweise sogar für das Überleben, stellte Dr. Michael Brandt, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, in seinem Grußwort fest und knüpfte damit an Admiralarzt Dr. Barth an. Auch die Kollegialität unter den niedergelassenen Zahnärzten lässt nach Brandts Auffassung manchmal zu wünschen übrig: Insbesondere in Ballungszentren sei eine zunehmende Konkurrenzsituation zu beobachten, die sich unter anderem auch in „exzessiver Werbung“ ausdrücke. Der Gesetzgeber sei in diesem Bereich wenig hilfreich, kritisierte Brandt. So vereinfache das GKV-Versorgungs-



Foto: Bundeswehr

Teilnehmer der Eröffnung des wissenschaftlichen Teils

stärkungsgesetz den Abschluss von Selektivverträgen. Die Grenzen der Werbung ließen sich „sehr weit ausdehnen“, und auch die Berufsordnung greife da nicht immer, bedauerte der Kammerpräsident. Aus diesem Grund habe die Kammerversammlung im November letzten Jahres einen Ehrenkodex beschlossen, durch den Zahnärzte sich unter anderem zu „Fairness“ gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Kollegen sowie zur Zurückhaltung bei Werbemaßnahmen verpflichten können.

**Doch damit war** Brandt bei der Auflistung von Gemeinsamkeiten zwischen Bundeswehr- und zivilen Zahnärzten noch nicht am Ende. Stichwort Bürokratielast: Die Zahnärzteschaft werde nicht nur in punkto Hygiene-dokumentation mit einer Vielzahl von Vorschriften überzogen, die den täglichen Praxisablauf erschweren.

Außerdem: „Die Zahnmedizin wird weiblicher“, konstatierte er – eine Feststellung, die sein Vorredner Generalstabsarzt Dr. Raphael ebenso für die Bundeswehr getroffen hatte. Das bringt hier wie dort besondere Herausforderungen mit sich, insbesondere im Hinblick auf die viel zitierte „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“. Im „zivilen Leben“ entschieden sich Zahnärztinnen eher als ihre männlichen Kollegen für eine Anstellung in einer freien Praxis, stellte Brandt fest.

Während die Bundeswehr – auch aufgrund der bereits beschriebenen Umbauprozesse – mit Truppenreduzierungen kämpft, sei im zivilen Bereich eine Abnahme der Niederlassungszahlen zu beobachten, erläuterte Brandt weiter. Dafür sei ein Trend zu größeren „Einheiten“ zu verzeichnen, der wiederum auch durch angestellte Zahnärzte mit verursacht wer-

de. Medizinische Versorgungszentren seien bisher eher selten, Zweigpraxen dagegen auf dem Vormarsch. In Kiel gebe es beispielsweise seit Kurzem eine Kettenpraxis „Dr. Z“.

**Die Probleme des Nachwuchsmangels** verbinde die Zahnärzteschaft mit der Bundeswehr und allen anderen „Dienstleistern“, die sich den Forderungen und Wünschen der „Generation Y“ ausgesetzt sähen, diagnostizierte auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KZV Schleswig-Holstein, Dr. Michael Diercks in seinem Grußwort. Wie beispielsweise allein mit angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten eine „Versorgung auch in der ländlichen Region und möglichst an 365 Tagen rund um die Uhr sichergestellt werden kann“, bleibe ein „Rätsel“. Und wie die Bundeswehr mit teilzeitbeschäftigten Soldatinnen und Soldaten „ihren Auftrag



glaubhaft erfüllen soll“, ebenso: „Die Wünsche nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Generation Y sind nur zu verständlich, sie stoßen aber an ihre Grenzen, wenn Versorgung hier oder Sicherheit dort nicht mehr ausreichend gewährleistet sind.“

„2015 wird schwieriger als 2014“, prognostizierte Diercks und führte den Bundeswehr-Zahnärzten vor Augen, was ihre „zivilen“ Kollegen bewegt. Dazu beleuchtete er, was sich in einem Jahr „GroKo“ getan hat, was sich 2015 im Gesundheitswesen ändern und welche Auswirkungen das auf die KZVen haben wird.

Für den zukünftigen Kassenwettbewerb werde die Höhe des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags, den die einzelnen Kassen erheben müssen, entscheidend sein. Spätestens ab 2016 erwarte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeifer, dass der Zusatzbeitrag „regelmäßig“ über einem Prozent liegt.

Die Pflicht der Kassen zu „Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“

sowie die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit, vermehrt Selektivverträge abschließen zu können, würden auch die KZVen zu spüren bekommen, erklärte Diercks und verwies auf die bereits jetzt immer schwieriger werdenden Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen.

Begriffe wie Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung prägten die gesellschaftliche und politische Diskussion, fuhr Diercks fort. So habe der Versicherte Anspruch auf die bestmögliche Qualität – „auch unter den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung“. Wenn jedoch in einem Honorarsystem wie dem Bema Leistungen nur durchschnittlich, das heißt mit einem durchschnittlichen Zeit- und Kostenaufwand vergütet würden, liege es nahe, dass damit nicht die „bestmögliche“ Qualität erzielt werden könne: „Das Bestreben von Kostenträgern, über immer weitere Qualitätsinstitute weitere Qualitätsnormen festzuschreiben zu wollen, entlarvt sich da-

mit von selbst“, kommentierte Diercks.

Die Forderung nach „Pay für Performance“ bedeute letztendlich nicht, dass die Kassen bereit wären, mehr Qualität auch höher zu vergüten, „sondern nur die Chance für die, die unter diesen verschärften Normen arbeiten wollen, ihren Anteil an der Gesamtvergütung zu sichern“ und bei allen Übrigen zu kürzen, so Diercks weiter. Gleichzeitig würden Bürokratielast und Dokumentationspflichten durch gesetzliche Vorgaben derart gesteigert, dass die „selbstständig, freiberuflich und als Unternehmen geführte Einzelzahnarztpraxis zum wirtschaftlichen Problemfall wird.“ Grundvoraussetzungen für Qualitätssteigerung und -förderung seien angemessene Rahmenbedingungen und finanzielle Sicherheit: „Aber unter dem Deckmantel der Qualität lässt sich alles subsumieren und verstecken und damit auch steuern.“

Abschließend ging Diercks auf das geplante Anti-Korruptionsgesetz ein. „Die Zahnärzteschaft lehnt jegliches korruptes Verhalten kategorisch ab“, betonte er. Zusätzliche strafrechtliche Maßnahmen über die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Sanktionierung von Fehlverhalten hinaus seien jedoch nicht erforderlich und würden „zuerst zu einer Stigmatisierung des gesamten Berufsstandes führen.“

Die erste Arbeitstagung des Kommandos Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung mündete in ein einwöchiges wissenschaftliches Programm zu verschiedenen zahnmedizinischen Themen. Dabei wurde deutlich: Das Bestreben, sich zum Wohl der Patienten fortzubilden, eint zivile und Bundeswehr-Zahnärzte ebenfalls.

■ KIRSTEN BEHRENDT

## Existenzgründungen

### Möchtegern

Wollen täten sie schon mögen, aber trauen tun sie sich nicht: Nach einer YouGov-Umfrage im Auftrag des Axa-Versicherungskonzerns trauen sich 44 Prozent der befragten Deutschen zu, mit eigenem Unternehmen selbstständig zu werden – bei den 25- bis 34-Jährigen sind es sogar 47 Prozent. Besonders fiel bei der Umfrage die interessierte Haltung seitens der weiblichen Befragten auf.

Tatsächlich aber liegt der Anteil sogenannter „junger Unternehmer“ (Anteil an der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren, die nicht länger als dreieinhalb Jahre von ihrer unternehmerischen Tätigkeit leben) nur bei knapp fünf Prozent (zum Vergleich: in den USA sind

es gut zwölf Prozent). Gründe dafür sind vielfach fehlendes Kapital, aber vor allem die Angst vor dem Scheitern. Durchaus auch aus guten Gründen: Hierzulande gibt es erhebliche Vorbehalte Bewerber gegenüber, die eine missglückte Unternehmensgründung hinter sich haben – oder gar ein Insolvenzverfahren.

Häufig herrscht in Führungsetagen das Vorurteil, ein Bewerber mit einer Pleite in seinem Lebenslauf könne doch gar nicht so sehr gut sein. Jenseits des Atlantiks hingegen setzt man eher auf ihre Erfahrungen: Solche Bewerber sind häufig besonders begehrt als künftige Mitarbeiter.

*süddeutsche zeitung/äm*



Jahresgutachten der Wirtschaftsweisen:

## Kritik an „Kehrtwende“ in der GKV

Dass der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sowohl für die Gesetzliche Krankenversicherung als auch für die Soziale Pflegeversicherung eine einkommensunabhängige Finanzierung präferiert, ist seit nunmehr zehn Jahren in den Gutachten der Wirtschaftsweisen nachzulesen.

Da ist es kaum verwunderlich, wenn die fünf Sachverständigen in ihrem jüngsten Jahresgutachten eine äußerst kritische Bilanz der schwarz-roten Gesundheitspolitik ziehen. Besonders an der Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung lässt der Rat kein gutes Haar.

„Beinahe unbemerkt von der Öffentlichkeit“ sei im Sommer 2014 die Finanzierungsstruktur der GKV „erneut“ geändert worden, heißt es unter dem Punkt „Gesundheitspolitik: Vermischung von Effizienz und Verteilung“. An die Stelle des bisher zwar gesetzlich vorgesehenen, aber nie erhobenen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags trete künftig ein kassenindividueller einkommensabhängiger Zusatzbeitrag. Der Rat sieht das als „Kehrtwende“, nachdem mit dem GKV-Finanzstärkungsgesetz ein „Schritt in Richtung einer einkommensunabhängigen Finanzierung der GKV“ unternommen worden war, um so „Effizienz und Verteilungsziele auf Dauer erfolgreich voneinander zu trennen“.

„Preissignale“, die von Pauschalbeiträgen ausgehen, dürften Versicherte deutlicher wahrnehmen als einkommensabhängige Zusatzbeiträge, da sie nicht von einer „Umverteilungskomponente“ überlagert würden, vermuten die Wirtschaftsweisen. Daher werde sich nach der Neuregelung voraussichtlich der Anreiz für Mitglieder abschwächen, die Krankenkasse zu

Foto: Sachverständigenrat



Die fünf Wirtschaftsweisen ziehen eine kritische Bilanz der schwarz-roten Gesundheitspolitik.

wechsellern, wenn sie teurer ist als andere: „Dies wird den Kassenwettbewerb mindern und somit dessen kostendämpfende Effekte verringern“, so der Sachverständigenrat.

Das Ziel, den Kassen-Wettbewerb um einkommensstarke Mitglieder durch einen Einkommensausgleich einzudämmen und ihn stattdessen auf eine effiziente Gesundheitsversorgung zu fokussieren, hält der Rat „grundsätzlich“ für richtig. Auf Ablehnung stößt bei den Wirtschaftsweisen allerdings, dass der Einkommensausgleich auf Basis der Anzahl der Krankenkassenmitglieder und ihrer sozialversicherungspflichtigen Einkommen vorgenommen werden soll. Damit blieben die durch mitzuversichernde Familienangehörige entstehenden Kosten beim Einkommensausgleich unberücksichtigt: „Der Zusatzbeitrag dürfte daher für sich genommen umso höher ausfallen, je größer die Anzahl der mitzuversichernden Familienangehörigen ist“, so der Rat. Richtig wäre es seiner Ansicht nach gewesen, den Einkommensausgleich auf Basis der Anzahl der Versicherten und ihrer durchschnittlichen Einkommen vorzunehmen.

Skeptisch sind die Wirtschaftsweisen im Hinblick auf den geplanten Pflegevorsorgefonds. Ein solcher Fonds

könne „prinzipiell“ zur Dämpfung zukünftiger demografisch bedingter Beitragssatzsteigerungen in der Pflegeversicherung beitragen – allerdings nur, wenn der Aufbau des Kapitalstocks tatsächlich, wie vorgesehen, bis zum Jahr 2034 durchgehalten werde. Die Vergangenheit habe jedoch gezeigt, dass Reserven in den Sozialversicherungen, die aus den Überschüssen mehrerer Jahre gespeist werden, „bisweilen“ zweckentfremdet würden, kritisiert der Sachverständigenrat. So werde die Nachhaltigkeitsrücklage der Gesetzlichen Rentenversicherung derzeit zur Finanzierung des Rentenpakets verwendet, und die hohe Liquiditätsreserve der GKV habe dazu geführt, dass der Bund seine Zuschüsse zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen vorübergehend kürzt.

Indem der Deutschen Bundesbank die Verwaltung des Vorsorgefonds übertragen wird, solle wohl der „unsachgemäßen Verwendung entgegen gewirkt werden“, vermuten die Wirtschaftsweisen. Aber: Die Deutsche Bundesbank habe keine Entscheidungskompetenzen über die Mittelverwendung und könnte deshalb letztendlich eine sachfremde Verwendung nicht verhindern, stellen die Wissenschaftler fest.

Be

Sozialversicherung:

## Mängel beim Risikomanagement der Finanzanlagen

„Sozialversicherungen können nur schlecht mit Geld umgehen“, war am 9. November 2014 im Magazin Focus zu lesen. Aufhänger war der im Spätsommer letzten Jahres veröffentlichte Tätigkeitsbericht 2013 des Bundesversicherungsamts. Darin hatte die Aufsichtsbehörde diversen Sozialversicherungsträgern erhebliche Mängel beim Risikomanagement ihrer Finanzanlagen bescheinigt.

Die Fraktion Die Linke hatte das zum Anlass für eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung genommen und das Thema „Geldanlage von Sozialversicherungen“ hinterfragt.

**Zum Hintergrund:** Das Bundesversicherungsamt (BVA) prüfte im Jahr 2013 die liquiden Vermögensanlagen aller bundesunmittelbaren Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger sowie des damaligen Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der Künstlersozialkasse zum Stichtag 31. Dezember 2012. Die Ergebnisse: Die Einlagensicherungsgrenze einzelner Kreditinstitute beim Bundesverband Deutscher Banken wurde von zwei Trägern überschritten. Ein Sozialversicherungsträger hatte eine Einlage bei einer Privatbank getätigt, die nicht einmal Mitglied im Einlagensicherungsfonds war. Die Vermögensanlage und -verwaltung von 34 Trägern wies sogenannte Klumpenrisiken auf, also einseitige Vermögensanlagen. 16 dieser Sozialversicherungsträger verfügten über Girokonten bei nur einem Kreditinstitut. 22 Träger hatten mehr als 70 Prozent ihrer liquiden Mittel bei einem Kreditinstitut angelegt.

Besonders ärgerlich: Auch in seinem Tätigkeitsbericht 2012 hatte das BVA – damals zum Stichtag 31. Dezember 2011 – bereits ähnliche Mängel bei der Vermögensanlage von Sozialversicherungsträgern diagnostiziert und die Betroffenen nach eigen-

nen Angaben auf die festgestellten Einlagensicherungs- und Klumpenrisiken hingewiesen – verbunden mit der Bitte, ihr Anlagevermögen so umzuschichten, dass diese Risiken künftig vermieden werden.

**Insgesamt belief sich** das liquide Anlagevermögen der Sozialversicherungsträger Ende 2012 auf 59,73 Milliarden Euro. Das „Klumpenrisiko“ habe eine Anlagesumme von 900 Millionen Euro umfasst, erläuterte die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Linken. Das entspreche ca. 4,9 Prozent der gesamten Einlagen aller bundesunmittelbaren Kassen. Der überwiegende Teil der beanstandeten Sozialversicherungsträger habe die zuvor bestehenden Risiken inzwischen abgestellt, betonte die Bundesregierung mit Verweis auf das BVA. Die übrigen stünden noch im Dialog mit der Aufsichtsbehörde.

**Aufsichtsprüfungen** der liquiden Vermögensanlagen werden laut BVA-Bericht seit 2009 durchgeführt – also seit die „Finanzkrise“ gezeigt hat, wie schnell sich vermeintlich sichere Anlagen als unsicher entpuppen können. Insbesondere wird dabei geprüft, ob die Einlagen der Träger durch die jeweiligen Sicherungseinrichtungen der Kreditwirtschaft vollständig abgesichert sind und ob eine ausreichende Risikostreuung vorgenommen wurde. Denn im Falle der Insolvenz eines

Kreditinstituts könnten die damit einhergehenden „Zahlungsverzögerungen“ nicht nur die Sicherheit der Geldanlagen, sondern auch die Liquidität eines Sozialversicherungsträgers beeinträchtigen, so das BVA. Das gelte vor allem bei einseitigen Vermögensanlagen.

Die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger seien gehalten, im Rahmen ihrer Geldanlagen die Vorgaben des SGB IV zu beachten, betonte nun auch die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage. Danach seien die Anlagen so zu tätigen, dass ein Verlust ausgeschlossen „scheint“, ein angemessener Ertrag erzielt wird und eine ausreichende Liquidität gewährleistet ist. Diese Grundsätze stünden zueinander in „Zielkonflikt“, gesteht die Bundesregierung zu und unterstreicht, dass „Sicherheit“ die höchste Priorität habe. Danach folge „Liquidität“, daneben stehe das Anlageziel des „angemessenen Ertrages“.

**Das Bundesversicherungsamt** hatte nach der letzten Prüfung die bundesunmittelbaren Versicherungsträger bereits im Februar 2013 per Rundschreiben aufgefordert, Anlagerichtlinien zu erlassen und sich dabei an den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund zu orientieren. Darüber hinaus stimmte die Behörde Ende 2013 „Empfehlungen für die Erstellung einer Anlagerichtlinie durch Krankenkassen“ mit

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Aufsichtsbehörden der Länder ab. Eine weitere Abstimmung erfolgte mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Unfallversicherung.

Mit der DRV Bund hatten das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das BVA bereits 2012 eine „Anlagerichtlinie und Grundsätze für Arbeitsanweisungen der Träger der allgemeinen Rentenversicherung“ abgestimmt. Diese Richtlinie sieht unter anderem vor, dass bei einer Anlage-summe von 100 Millionen Euro maximal 50 Prozent bei nur einem Kreditinstitut angelegt werden dürfen.

Ab einer Summe von 500 Millionen Euro sinkt dieser Höchstbetrag auf maximal 30 Prozent; die Gesamtsumme muss in diesem Fall auf mindestens fünf Banken verteilt werden. Zusätzlich gilt, dass die Anlagebanken ab diesem Betrag mindestens drei unterschiedlichen Sicherungseinrichtungen angehören müssen.

**Wichtigste Regel:** „Der Grundsatz der Anlagesicherheit hat Vorrang gegenüber der Erzielung eines angemessenen Ertrags.“

Das sollte eigentlich selbstverständlich sein. „Dem Risikomanagement kommt hinsichtlich der Anlagesicherheit eine herausragende Bedeu-

tung zu. Denn in Folge der anhaltenden Finanzmarktkrise reicht eine einfache Auswahl der zulässigen Vermögensanlagen nicht mehr aus, um dem Grundsatz der Anlagesicherheit zu genügen. Zur Beurteilung der Anlagesicherheit ist heute eine differenzierte Risikobewertung der zulässigen Anlagearten unbedingt erforderlich“ – nachzulesen war das bereits im Tätigkeitsbericht 2012 des Bundesversicherungsamts. Die Reaktion der Sozialversicherungsträger erfolgte allerdings offenbar erst mit einiger Verzögerung.

■ KIRSTEN BEHRENDT

BVA:

## Geldanlagevolumen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger stieg 2013 auf 63,1 Milliarden Euro

Die Auswertung der Abfragen zu den Geldanlagen der bundesunmittelbaren Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherungsträger zum Stichtag 31. Dezember 2013 veröffentlichte das Bundesversicherungsamt (BVA) am 22. Januar. Demnach sind die Geldanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger im Vergleich zu 2012 um rund 5,6 Prozent auf 63,1 Milliarden Euro gestiegen.

Der überwiegende Teil dieser Mittel in Höhe von 29 Milliarden Euro – das entspricht 45,8 Prozent des Gesamtanlagevolumens – entfiel auf die 82 gesetzlichen Krankenkassen, die dem BVA Ende 2013 unterstellt waren. 23,8 Milliarden Euro (37,7 Prozent) entfielen auf die beiden Rentenversicherungsträger DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See (KBS). Die weiteren Mittel in Höhe von 10,4 Milliarden Euro verteilen sich nach Angaben des BVA auf die zwölf bundesunmit-

telbaren Unfallversicherungsträger, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie die Künstlersozialkasse.

Die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger tätigten 2013 Geldanlagen in den Kategorien Einlagen, Wertpapiere (Direktinvestments) und Investmentvermögen, teilt die Aufsichtsbehörde weiter mit. Insgesamt hätten die Versicherungsträger 52,4 Milliarden Euro (83,1 Prozent der Mittel) in Einlagen, 5,5 Milliarden Euro (8,7 Prozent) in Wertpapieren und 5,2 Milliarden Euro (8,2 Prozent) in Investmentvermögen angelegt.

Anteile an Investmentfonds würden von den gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungsträgern überwiegend erworben, um ihrer „gesetzlichen Verpflichtung zum Aufbau eines Kapitalstocks für zukünftige Altersversorgungsverpflichtungen nachzukommen“, heißt es in der Pressemitteilung des BVA. Angaben über

das Risikomanagement machte die Behörde dabei nicht.

Aufgrund „prognostizierter Kostensteigerungen“ und infolge der Absenkung der Bundeszuschüsse an die Gesetzliche Krankenversicherung erwartet das Bundesversicherungsamt in den nächsten Jahren einen „signifikanten Rückgang der liquiden Mittel“, die den Krankenkassen zum Ausgleich der Einnahmen- und Ausgabenschwankungen zur Verfügung stehen. Auch in der Gesetzlichen Rentenversicherung zeichne sich ein Rückgang der Nachhaltigkeitsrücklage ab, so das BVA. Dazu erklärte der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Dr. Maximilian Gaßner: „Die hohen Anlagevolumina in der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung gehören der Vergangenheit an. Umso wichtiger ist es, dass dieses Geld sicher und liquide angelegt wird. Dies werden wir auch zukünftig jährlich überprüfen.“

PM/Be



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

## „Vom ersten bis zum letzten Zahn – Behandlungskonzepte“

Wenn dieses Zahnärzteblatt erscheint, sind es nur noch gut vier Wochen bis zur Eröffnung des 21. Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetages. Praxen, die sich bisher noch nicht angemeldet haben, aber planen teilzunehmen, sollten Ihre Anmeldung schnellstmöglich vornehmen! Eine Vielzahl wissenschaftlicher Vorträge für Zahnärzte und das Praxisteam, eine Dentalausstellung, Gastronomie und Kinderbetreuung bilden das „Gesamtpaket“ des Zahnärztetages.

Die Umbauarbeiten in den Holstenhallen – letztes Jahr hatte vieles dort noch „Baustellencharakter“ – sind inzwischen abgeschlossen, so dass anlässlich des Zahnärztetages „nebenbei“ auch die Messehallen in ihrem neuen Gewand bewundert werden können. Das vollständige Programm des Zahnärztetages finden Sie zur Erinnerung noch einmal auf der Rückseite dieses Heftes.

Lesenswert in dieser Ausgabe sind nicht nur die Abstracts dreier weiterer Referenten, sondern auch die Überlegungen von Heike Kamps, die gemeinsam mit ihren Kolleginnen den hohen „Störfaktor“ auf dem Zahnärztetag 2014 insbesondere im Mitarbeiter/innenteil moniert und ein wenig mehr Rücksichtnahme gegenüber interessierten Zuhörern und nicht zuletzt auch den Referenten einfordert.

Mut zur Lücke(nversorgung)

### Einzelzahnersatz im Front- und Seitenzahnbereich

Schöne Zähne und ein daraus resultierendes schönes Lächeln und Lachen beeinflussen die Lebensqualität der Patienten positiv. Fehlende Zähne im sichtbaren Bereich hingegen werden in unserem westlichen Kulturkreis in der Regel sozial nicht akzeptiert, sondern erfordern prothetischen Ersatz.

Ganz anders stellt sich die Situation in nicht so sichtbaren Seitenzahnbereichen dar, wo Patienten den Verlust eines einzelnen Zahnes häufig nicht als störend empfinden. Sind die der Lücke benachbarten Zähne ausreichend abgestützt, können Einzelzahnlücken über viele Jahre oder sogar Jahrzehnte stabil bleiben und es besteht dann weder ein subjektiver noch objektiver Behandlungsbedarf. Kommt es aber zu klinisch relevanten Zahnwanderungen, die in der Nachsorge frühzeitig erkannt werden können, sollten auch Seitenzahnlücken prothetisch versorgt werden. Bei kariesfreien Nachbarzähnen kommen in

#### PROF. DR. MATTHIAS KERN

Studium der Zahnheilkunde in Freiburg 1980-85, Promotion 1987, Assistent an der Prothetischen Abteilung der Zahnklinik in Freiburg 1985-89. Oberarzt an der Prothetischen Abteilung 1989-91 und 1994-97. Forschungsaufenthalt an der University of Maryland in Baltimore, USA 1991-93 (Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft). Habilitation 1995. Ruf auf die C 4-Professur für Zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffkunde an der Christian-Albrechts-Universität 1997. Bestellung zum Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffkunde an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und Universitätsprofessor seit 1998.

Studiendekan Zahnmedizin 2002-2011. 1. Vorsitzender der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde seit 2004. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro; vormals DGZPW) von 2008-2012, seit Juni 2012 Präsident der DGPro. In Dezember 2011 als erster Deutscher Wissenschaftlicher Empfänger des Schweizer Research Awards der Greater New York Academy of Prosthodontics (GNYAP).

Mitglied der Fachredaktionen der Zeitschriften *Quintessenz* und der *Implantologie*. Fachbeiratsmitglied der wissenschaftlichen Fachzeitschriften *Ästhetische Zahnmedizin*, *Clinical Oral Investigations*, *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, *European Journal of Oral Implantology*, *International Journal of Prosthodontics*, *Journal of Adhesive Dentistry*, *Journal of Prosthodontics* und *Quintessence International*.

Hauptarbeitsgebiete: Adhäsivprothetik, Implantologie, vollkeramische Restaurationen und Materialkunde.



# Konzepte für Generationen“

erster Linie Einzelzahnimplantate und Adhäsivbrücken als definitive prothetische Lösungen in Frage. Letztere werden im Seitenzahnbereich als metallkeramische Adhäsivbrücken mit zwei Flügeln angewendet, während im Frontzahnbereich einflügelige vollkeramische Adhäsivbrücken bevorzugt eingesetzt werden. Indikationen und Kontraindikationen sowie die Vor- und Nachteile dieser Versorgungen werden einander gegenüber gestellt.

Sind die Nachbarzähne nicht mehr kariesfrei, stellt die konventionelle Brückenversorgung immer noch das Mittel der Wahl dar, wobei im Seitenzahnbereich auch adhäsiv befestigte vollkeramische Inlaybrücken mit einem modifizierten Design eine gute mittelfristige Bewährung aufweisen. Soweit vorhanden, werden die wissenschaftlichen Daten zur klinischen Langzeitbewährung der verschiedenen Versorgungsformen – auch in Abhängigkeit von der Materialwahl – dargestellt.

■ PROF. DR. MATTHIAS KERN



## Prophylaxekonzepte für alle Altersgruppen

Prophylaxe zahlt sich aus. Die Zahl der Extraktionen ist seit Jahren rückläufig und es muss weniger gebohrt werden. Allerdings nehmen aufgrund der demographischen Entwicklung Erkrankungen des Zahnhalteapparates eher zu.

Ein zeitgemäßes Prophylaxekonzept soll bei Patienten aller Altersgruppen für eine dauerhafte Erhaltung der Zähne und eine nachhaltige Mund- wie Allgemeingesundheit sorgen. Deshalb ist es erforderlich, je nach individuellem Risiko, entsprechende altersgerechte Konzepte zu etablieren.

Schwerpunkte des Vortrags sind deshalb u.a. folgende Themen:

- ▶ Wann soll Prophylaxe beginnen, welche Beratung benötigen Eltern von Säuglingen und Kleinkindern, was ist zu beachten im Milchgebiss, Wechselgebiss und bei bleibenden Zähnen?
- ▶ Wie definieren wir Risikogruppen wie Karies, Parodontitis, KFO-Behandlungen und bei Allgemeinerkrankungen?
- ▶ Was ist zu beachten bei prothetischen Restaurationen und bei Implantaten?
- ▶ Welche Besonderheiten sind bei alternden Patienten zu berücksichtigen?

■ PROF. DR. KLAUS K.-F. ROTH

### PROF. DR. KLAUS K.-F. ROTH

Geboren 1953 in Stuttgart

1973 bis 1975 Studium der Physik an der Universität Ulm

1975 bis 1978 Zahntechnikerlehre mit Gesellenprüfung in Stuttgart

1979 bis 1984 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Hamburg

1986 Promotion an der Abt. für Oralpathologie

1985 bis 1989 wissenschaftlicher Assistent an der Universitätszahnklinik Hamburg, Abt. für Zahnerhaltung und Parodontologie (Direktorin: Prof. Dr. Ursula Platzer),

1989 Bestellung zum Oberarzt

1990 bis 1996 Hochschulassistent

1992 Habilitation und Venia Legendi

seit 1996 Professor für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie

seit 1998 in eigener Praxis in Hamburg niedergelassen

Verschiedene Forschungsaufenthalte im In- und Ausland

zahlreiche Vortragstätigkeiten auf dem Gebiet der Parodontologie

Lehrbeauftragter der Zahnärztekammer Hamburg

Lehrer der Akademie Praxis und Wissenschaft

regelmäßige Lehrtätigkeit an der Abteilung für Zahnerhaltung der Universität Hamburg, Mitgliedschaften u.a. in DGZMK, DGP, DGZ, VHZMK



## 22. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

### Unterstützende Parodontistherapie Durch die Jahre begleiten, motivieren, intervenieren

Das primäre Ziel parodontal therapeutischer Maßnahmen besteht in der Elimination parodontal pathogener Biofilme sowie der Beseitigung nicht mehr mit häuslichen Mundhygienemaßnahmen reinigungsfähigen und pathologisch vertieften Zahnfleischtaschen.

Dieses Ziel wird nur erreicht, wenn es gelingt, ein immunologisch kompetentes und funktionsfähiges Saumepithel wiederherzustellen. Klinisch manifestiert sich dies in flachen und auf Sondierung blutungsfreien Taschen. Die Aufgabe einer unterstützenden Parodontistherapie besteht in der langfristigen Aufrechterhaltung des erzielten Behandlungsergebnisses.

Da bereits die ätiologischen Faktoren, die zur Entstehung einer Parodontitis geführt haben, individuell sehr unterschiedlich und multifaktoriell sind, erwähnt seien hier nur Pathogenität des individuellen Biofilms, unterschiedliche immunologische Abwehrlage, genetische Disposition sowie systemische Einflussfaktoren, müssen ebendiese Faktoren in ein individuell zu erstellendes Maßnahmenpaket der unterstützenden Parodontistherapie einfließen. Vorgestellt wird ein Konzept, welches klinisch relevant das individuelle Parodontitis- und Rezidivrisiko abschätzen hilft und entsprechend altersgerecht angepasst werden kann.

■ PROF. DR. KLAUS K.-F. ROTH

### Zahnärztliche Behandlung und Medikation in der Schwangerschaft

Der physiologische Wandel während einer Schwangerschaft führt bei vielen Frauen zu Unsicherheit und oft auch zu vermehrter Scheu gegenüber zahnärztlichen Eingriffen.

Deshalb sollten der Zahnarzt und das gesamte Behandlungsteam diese sensible Patientengruppe mit besonderer Empathie betreuen und sie mit fundiertem Wissen über die spezifischen Gefahren und Behandlungsmodalitäten therapeutisch begleiten.

Gleichermaßen stellt die Schwangerschaft auch für den behandelnden Zahnarzt eine besondere Herausforderung dar, da sie einerseits eine

Kontraindikation für gewisse zahnärztliche Eingriffe darstellt, andererseits aber einen erhöhten Therapiebedarf mit sich bringen kann. Es gilt daher, die Indikationen genau zu erkennen und die therapeutischen Bedürfnisse gegen die Schwangerschaftsrisiken abzuwägen.

Ziel des Referates ist es, relevante Fragen des klinischen Alltags aufzugreifen und zu beantworten wie zum Beispiel Schwangerschaft und Gingivitis, Röntgenbilder und Diagnostik etc.

■ PROF. DR. PATRICK R. SCHMIDLIN

#### PROF. DR. PATRICK R. SCHMIDLIN

Patrick Schmidlin studierte Zahnmedizin an der Universität Zürich von 1993 bis 1998. Nach dem Staatsexamen war er als Assistenz Zahnarzt an der Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich tätig und verfolgte dort postgraduale Ausbildungen in Restaurativer Zahnmedizin und Parodontologie. Nach der Promotion im Jahre 1999 erhielt er 2001 einen Lehrauftrag für Restaurative Zahnmedizin und Parodontologie. Im Jahr 2002 wurde er zum Oberassistenten ernannt und erlangte den Weiterbildungsausweis für Präventive, Restaurative und Ästhetische Zahnmedizin (SVPR/SSO). Im Jahr 2005 absolvierte er im Rahmen einer Fellowship einen Forschungsaufenthalt am Department of Oral Sciences an der University of Otago (NZ) und habilitierte sich 2006 (Venia Legendi, Priv.-Doz.). Ein Jahr später wurde Dr. Schmidlin zum wissenschaftlichen Abteilungsleiter und Leiter der Fachgruppe Parodontologie ernannt und 2009 erhielt er einen Ruf als Ordinarius an die University of Otago, welchen er ablehnte. Im Jahr 2011 war Dr. Schmidlin A.J. Herman Fellow an der Dental School der Universität von Western Australia in Perth und 2012 wurde er zum Honorary Associate Professor am Sir John Walsh Research Institute der Universität Otago ernannt. Im Jahr 2013 wurde ihm der Titularprofessor an der Universität Zürich zugesprochen. Im Jahr 2014 erhielt er den Weiterbildungsausweis in Orale Implantologie (SGI/SSO).





Zahnärztetag

## Mitarbeiter-Vorträge oder Kindergeburtstag?

Auch auf dem diesjährigen Zahnärztetag [2014] war es wieder zu beobachten. Zumindest in der Halle der Mitarbeiterinnen. Obwohl selbst dazugehörig, war wieder einmal ein gewisses Maß an Fremdschämen angesagt.

Eigentlich dachte ich, einen Tag unter Gleichgesinnten und fortbildungsinteressierten Kolleginnen verbringen zu können. Auf jeden Fall erwartete ich zumindest ausschließlich erwachsene Anwesende.

Aber nein. Man könnte es auch „Die Reise nach Jerusalem Spiel“ eines Kindergeburtstages nennen, oder Völkerwanderung – oder ganz einfach fragen:

Liebe Kolleginnen, wo bitte ist Euer gutes Benehmen?

Ganze Völkerscharen strömten bis lange nach Beginn der ersten Vorträge in die Halle, natürlich mit allen dazu gehörenden Störfaktoren: Lärm, Aufstehen und Durchlassen, Gerempele etc.

Gut, sagte ich mir, es war vielleicht Stau auf irgendeiner Straße o. ä., dafür muss Verständnis aufgebracht werden.

Aber – komischerweise war der Großteil der einströmenden Damenmassen mit einer enormen Anzahl von Tüten in allen erdenklichen Größen der angrenzenden Dentalausstellung bestückt. Ach so, die Proben wären schon einmal alle gesichert, klar, dass man nicht pünktlich und ohne zu stören anwesend sein und dem Programm lauschen kann.

Aber jetzt.

Nein – falsch! Denn nun war schon eine lange Stunde Ausharren vergangen und die erste Massenbewegung in die entgegen-

gesetzte Richtung setzte sich in Bewegung. Nicht zwei, nicht drei, nicht zwanzig, nicht dreißig Personen – ganze Reihen wanderten ab.

Wanderten teilweise auch wieder zurück in die Halle, um nach wenigen Minuten dieselbe schon wieder zu verlassen.

Wo waren wir noch gleich? Fortbildung/Kindergeburtstag?

Ein Albtraumgefühl machte sich während des letzten Vortrages vor der Mittagspause in mir breit – scharenweise und ununterbrochen wanderten die Damen schon einmal ab – wohin eigentlich? Zum „wichtigen“ Teil? Dem Essen?

Auch wenn ein Thema mal etwas weniger interessiert, kann man nicht einmal 30 Minuten zuhören??

Liebe Kolleginnen, darf ich mal fragen, wo hier der Anstand bleibt? Kennen wir das noch? Rücksicht?!

Rücksicht auf diejenigen, die zuhören möchten und auch Rücksicht auf den Referenten, der diesem Treiben zuschauen muss, es auf sich und seine Worte beziehen muss und trotzdem (motiviert) weitermachen muss?

Nach der Mittagspause war die Halle – wie gewohnt – dauerhaft extrem geleert und wir konnten endlich ohne massive Störungen dem Programm folgen.

Liebe Kolleginnen, wir danken Euch! Und nächstes Jahr?? ..

*„Wenn Menschen reden, höre ihnen zu. Die meisten Menschen hören niemals zu.“ (Ernest Hemingway)*

Heike Kampka/Scharbeutz

GKV:

### Für rund eine Million Versicherte wird es teurer

Der Gesetzgeber senkte den GKV-Beitragsatz zum 1. Januar 2015 bekanntlich von 15,5 auf 14,6 Prozent. An die Stelle des bisherigen Sonderbeitrags von 0,9 Prozent, der nicht paritätisch finanziert wurde, sondern von den Mitgliedern alleine zu tragen war, ist ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag getreten, den jede Kasse nach Bedarf erheben kann. Der GKV-Spitzenverband wurde gesetzlich verpflichtet, kontinuierlich eine Liste mit allen aktuellen Zusatzbeiträgen zu führen.

Demnach erheben zurzeit nur zwei Kassen bei ihren insgesamt 34.000 Versicherten gar keinen Zusatzbeitrag – beide sind jedoch nicht bundesweit geöffnet. Fünf Kassen fordern 0,3 Prozent. Insgesamt senkten 65 Kassen ihren Beitragsatz unter 15,5 Pro-

zent – zum Teil, wie beispielsweise im Falle der Techniker Krankenkasse (15,4 Prozent) allerdings nur geringfügig. 50 Kassen verlangen genau 0,9 Prozent. Bei acht Kassen müssen die insgesamt rund eine Million Versicherten mehr bezahlen als im letzten Jahr. Der tatsächliche durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt nach Berechnungen des Portals *Gerechte Gesundheit* bei 0,77 Prozent.

20 Millionen Krankenkassenmitglieder würden 2015 von einem niedrigeren Beitragsatz profitieren, hatte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Mai 2014 angekündigt: Davon, dass die Ersparnis zum Teil nur äußerst gering ausfallen würde, war dabei nicht die Rede.

Gröhe wie auch der Präsident des Bundesversicherungsamtes Dr. Maximilian Gaßner warnten zudem davor, einen Krankenkas-

senwechsel allein von der Höhe der Zusatzbeitragsätze abhängig zu machen: „Man darf bei den jetzigen Zahlen nicht vergessen, dass sehr viele Zusatzbeitragsätze der Krankenkassen über die teilweise gut gefüllten Rücklagen subventioniert werden. Dies bedeutet, dass sich das Bild in Folge der Ausgabendynamik in den nächsten Jahren ändern und vor allem verschieben wird“, sagte Gaßner bereits Anfang Dezember in einer Pressemitteilung. Für rechtlich zwar zulässig, aber wettbewerblich verfehlt hält Dr. Gaßner die Festlegung eines Zusatzbeitragsatzes auf der zweiten Stelle nach dem Komma: „Dies fördert den reinen Preiswettbewerb wie an der Tankstelle. Gerade diesen wollte der Gesetzgeber mit der Einführung des prozentualen Zusatzbeitrages verhindern.“

Be

Wertewandel in der Gesellschaft:

## Ich zuerst – und zwar sofort!

Der Deutsche Zahnärztetag 2014 wurde am 6. November mit Statements von Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, und Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, in der Frankfurter Paulskirche eröffnet. Den Festvortrag zum Thema „Wertewandel in Deutschland. Chancen für eine neue Praxiskultur“ hielt Prof. Dr. phil. Eugen Buß vom Institut für Rechts- und Sozialwissenschaften der Universität Hohenheim.

Die „Werte“ unserer Gesellschaft seien in Bewegung geraten, erklärte Buß, eine Entwicklung, die wohl jeder Zuhörer bereits wahrgenommen hat, ohne sie jedoch wissenschaftlich untermauern zu können. Besonders deutlich sei die „Sprengkraft unserer gewandelten Ansprüche“ innerhalb der letzten 30 Jahre geworden, so Buß. Die „Werteeruption im Sediment unserer Gesellschaft“ zeigte der Soziologe exemplarisch anhand von drei „globalen Kulturindikatoren“ auf.

### Wachsende „Selbsterfüllungsmentalität“

Der erste Indikator, das „Wir und das Ich“, definiert nach Buß die Interessen des Individuums im Vergleich zur Gruppe. Dabei sei insbesondere in den westlichen Ländern eine zunehmende Ich-Bezogenheit und eine Lockerung der zwischenmenschlichen Beziehungen zu beobachten. Im Mittelpunkt stehe die eigene Person, Gemeinschaftsinteressen müssten vor dem eigenen Nutzen und persönlichen Zielen zurückstehen. Die „deutsche Form des Individualismus“ sei geprägt von „individuellen Gütern“ wie Sicherheit, Gesundheit oder einem „befriedigenden Beruf“, verbunden mit einer wachsenden „Selbsterfüllungsmentalität“.

Diese „Tendenz einer Wende zum eigenen Ich“ habe tiefgreifende Folgen für das Selbstverständnis, beschrieb Buß: Vor allem sei eine „dosierte Bindungshaltung“ zu beobachten.

Die Deutschen seien nicht mehr ohne weiteres bereit, Beziehungen im privaten Bereich wie auch im öffentlichen Sektor einzugehen bzw. fortzusetzen. Verpflichtungen würden bewusst dosiert, um der angestrebten Unabhängigkeit nicht im Weg zu stehen.

Die „Sedimentsverschiebung in Richtung Individualismus“ dränge den Zahnarzt immer mehr in die Rolle des Unternehmers und „Leistungserbringers“, verdeutliche Buß die direkten Auswirkungen dieser gesellschaftlichen Entwicklung auf den Berufsstand. Sein gesellschaftliches Engagement „verblasse“. Verantwortung und Vertrauen als zentrale Charakteristika freiberuflichen Handelns würden durch die Tendenz zur Auflösung von Bindungen in der Gesellschaft zunehmend in Frage gestellt. Damit schein auch die freiberufliche Selbstverwaltung in schwieriges Fahrwasser zu geraten, meinte Buß.

### Unsicherheitsvermeidung

Als weiteren Indikator für den Wertewandel zog Buß die „Vorstellung von der kulturellen Bedeutung von Sicherheit“ heran, also das Ausmaß, in dem Menschen sich durch Alltagsrisiken gefährdet fühlen. Der Wunsch nach „Unsicherheitsvermeidung“ nehme zu, so Buß – auch in Deutschland. Alles was „anders, mehrdeutig oder intransparent“ sei, werde als „gefährlich“ eingestuft, erklärte der Referent. Neue organisatorische Abläufe stießen auf Ablehnung, man sei bestrebt



Fotos: BZAK/axentis.de

Prof. Dr. Eugen Buß: „Deutschland geht die Zukunft abhanden.“

zu bewahren, „was man hat“. „Sicherheit“ rangiere in Deutschland in allen Umfragen an erster Stelle, zeigte Buß auf. Die Deutschen seien risikofeindlich, sie schätzten „Klarheit und Verlässlichkeit“. Da ist es vermutlich nur folgerichtig, dass Flexibilität und Mobilitätsbereitschaft der Deutschen in den letzten Jahren gesunken sind.

Die zunehmende „Regelungsdichte“ sei auch Ausdruck des Wunsches, Unklarheiten und Mehrdeutigkeiten zu vermeiden. Selbst unsinnige Regelungen würden da eher akzeptiert als Zweideutigkeiten, erläuterte Buß. Paradoxe Weise schärften jedoch immer mehr Regelungen und Absicherungen die Risikowahrnehmung nur noch weiter. Der Wunsch

nach Unsicherheitsvermeidung treffe auf eine Gesellschaft, die immer weitere Unsicherheiten schafft. Viele Menschen seien den neuen Risiken nicht mehr gewachsen, meinte Buß.

Die Folge: Das Vertrauen in Organisationen und Berufsgruppen sei erschüttert. Vertrauen jedoch sei in jeder Gesellschaft unabdingbar, schaffe Sicherheit, erübrige Kontrollen und spare Zeit. Vertrauen besitze eine „bisher unerforschte Wirkungskraft“. Beispiel: Wer seinem Arzt vertraue, fühle sich gesünder.

Für den ärztlichen Qualitätsbegriff ergibt sich für Buß daraus, dass ein größeres Gewicht auf die „Informations- und Kommunikationsqualität“ gelegt werden muss. Der Patient nehme die gesamte Kommunikation in der Praxis auf und richte seine „positive oder negative Vertrauenserwartung“ an ihr aus. Buß postulierte Kommunikation als „Leitmotiv“ für Vertrauen: „Kommunikation schafft Unsicherheitsvermeidung“, ist er überzeugt.

#### Die „Konfuzianische Dimension“

Als letzten Kulturindikator beschrieb Buß die „Konfuzianische Dimension“, also die Langzeitorientierung des Menschen. Deutschland verändere sich zu einer in kurzfristigen Kategorien denkenden Gesellschaft, stellte er dabei fest. Man sei an kurzfristigen Erfolgen orientiert und könne sich nicht mehr „in Geduld üben“. Langfristige Ziele wie Sparsamkeit, Beharrlichkeit oder Disziplin verlören an Bedeutung. Durch den Trend zur „Augenblicksorientierung“ gehe Deutschland „Zug um Zug die Zukunft abhandeln“, bedauerte Buß. Die Deutschen seien nicht mehr bereit, zugunsten zukünftiger „Erträge“ in der Gegenwart auf etwas zu verzichten: „Verzichtsmoral wird zur Jetzt-Erlebnis-Moral“, sagte

Buß. Die Menschen legten sich nicht dauerhaft fest, denn Dauerbindungen verpflichten.

Das mit der „Paradise now“-Moral verbundene Gefühl, ständig etwas „erleben“ zu müssen produziere einen permanenten Zeitdruck. „Die Deutschen verpassen ihrem Alltag ein strukturiertes Zeitkorsett“, sagte der Referent: Zeitdruck als Kulturfaktor. Damit verkürzten sich jedoch auch die Zeiträume für Muße und „selbst gestaltete Zeit“. „Wer es eilig hat, kann nicht denken“, zitierte Buß dazu den griechischen Philosophen Platon. Damit würden beispielsweise auch „innovative Prozesse“ im zahnärztlichen Praxisalltag erschwert.

Die „Wartebereitschaft“ der Deutschen sinke, beobachtete Buß. Die „Verfügbarkeit einer Leistung“ sei neben der „Qualität“ besonders wichtig.

Als eine der gravierendsten Folgen der „als knapp gedeuteten Zeit“ beschrieb Buß eine sinkende Verständigungsbereitschaft. Vor allem, wenn es um komplexe Sachverhalte gehe, wüchsen die Verständigungsprobleme. Das kleine zur Verfügung stehende Zeitfenster erschwere die Suche nach einem Konsens. Rückzug, aber auch eine Eskalation von Konflikten seien die Konsequenzen.

Zeitmangel habe auch Einfluss auf Entscheidungsfindungen. Da die verfügbaren Reaktionszeiten knapp bemessen seien, gebe es eine Tendenz zu intuitiven und autoritären Entscheidungen. Damit würden auch „Risikoentscheidungen“ zunehmen.

Die Mentalität des „Jetzt etwas Erleben-Wollens“ betreffe auch den Zahnarztbesuch, schloss Buß. Durch die immer kurzfristiger orientierte Gesellschaft verlören die Zahnärzte die notwendigen Freiräume für zeitgebundenes therapeutisches Handeln. Gleichzeitig suche der Patient



Paulskirche in Frankfurt

auch in der Zahnarztpraxis nach einem „Erlebniswert“. Zahnärzte würden so in ein Spannungsfeld zwischen Mensch und „Zahnarzt als Unternehmer“ gedrängt. Diesen „inneren Spagat“ zu überwinden sah Buß als die „eigentliche Herausforderung“ des Kulturwandels in Deutschland.

Ich-Bezogenheit, mangelnde Flexibilität, nicht warten können – all das sind Eigenschaften, über die sich vermutlich jeder Zahnarzt in seiner Praxis – und privat – bereits geärgert hat. Bei der Bewältigung der damit verbundenen Probleme mag es helfen, wenn man weiß, dass es sich dabei nicht um Einzelfälle handelt, sondern um ein – wenn auch zum Teil recht bedenklich erscheinendes – kulturelles Phänomen. Die Frage nach den Ursachen ist da vermutlich zweitrangig und wurde von Buß auch nicht gestellt. Fakt ist: Der kulturelle Wertewandel in Deutschland hat weitreichende Folgen. Die Zahnärzte und ihre Organisationen werden sich – wohl oder übel – darauf einstellen müssen.

■ KIRSTEN BEHRENDT



## Hightech von den Förden

Ein jährlicher Außentermin des Kammervorstandes bei einem der führenden Unternehmen der Dentalbranche in Schleswig-Holstein ist schon zur guten Tradition geworden: Letztes Jahr noch bei Transcodent an der Kieler Förde, dieses Jahr in Eckernförde in der Akademie der DAMPSOFT GmbH Zahnarztsoftware.



Foto: Dampsoft

Der Kammervorstand zu Gast in der Akademie der Dampsoft Zahnarztsoftware, von links nach rechts Dr. Kai Voss, Dietmar Hermann (zahnärztlicher Produktmanager), Janosch Greifenberg (Geschäftsführer Dampsoft), Dr. Andreas Sporbeck, Dr. Roland Kaden, Dr. Michael Brandt, Dr. Thomas Ruff (Kammergeschäftsführer), Dr. Martina Walther und Dr. Gunnar Schoepke

Beide Firmen haben etwas Gemeinsames: Sie haben freiwerdende Gebäude der Marine nach ihren Bedürfnissen hergerichtet. Völlig anders natürlich die Ausrichtung: Transcodent mit Kanülen und Einmaldosierungen „Hardware“, Dampsoft „Software“.

Dampsoft hat sich von der 1986 durch Kollegen Greifenberg zunächst für die eigene Praxis entwickelten Praxissoftware auf MS-DOS Basis zum zweitgrößten Anbieter von Praxisverwaltungssoftware auf dem deutschen Markt entwickelt. Die Marktanteile in Schleswig-Holstein

betragen fast 50 Prozent, in Hamburg 42 Prozent und am gesamtdeutschen Markt gut ein Viertel.

Schon bald nach ihrer Gründung wurde die Firma in eine GmbH umgewandelt und war bereits 1989 der fünftgrößte deutsche Softwareanbieter. Den software-technischen Meilenstein in der Unternehmensgeschichte stellte die Entwicklung der Windows-Programmierung 1992 dar.

Heute ist das Unternehmen an die zweite Generation übergeben. Janosch Greifenberg führt dieses Unterneh-

men – als Betriebswirt. Das zahnärztliche Know-how ist weiterhin auch durch den angestellten zahnärztlichen Kollegen Hermann gesichert. Insgesamt beschäftigt Dampsoft 165 Mitarbeiter an den Standorten Bremen, Leipzig, Eckernförde und am Stammsitz Damp. Das Gros der Mitarbeiterinnen arbeitet im telefonischen Kundenservice. Die Entwicklungsabteilung benötigt mehr als zwei Dutzend Personen.

Nicht ganz einfach dürfte das Personalmanagement im telefonischen Kundenservice sein. Wenn es einmal Fragen zur Software gibt, haben diese wohl die meisten der inzwischen über 10.000 Kunden. Ansonsten orientiert sich die Zahl der vorgehaltenen Mitarbeiter am Bedarf der Kunden; er ist nach wie vor zu den klassischen Praxisprechzeiten am höchsten. Die durchschnittliche telefonische Beratungszeit beträgt etwa sechs Minuten.

Zum Geschäftserfolg hat auch beigetragen, dass sich Dampsoft von Anbeginn bis heute konsequent auf die Software konzentriert hat und nicht auch Hardware vertreibt. So konnte neben der Direktvermarktung der Dentalhandel als wichtiges Standbein für den Vertrieb gewonnen werden.

■ DR. THOMAS RUFF

## Vorstand zeichnet Ehrenkodex ...

Foto: Dr. Thomas Ruff



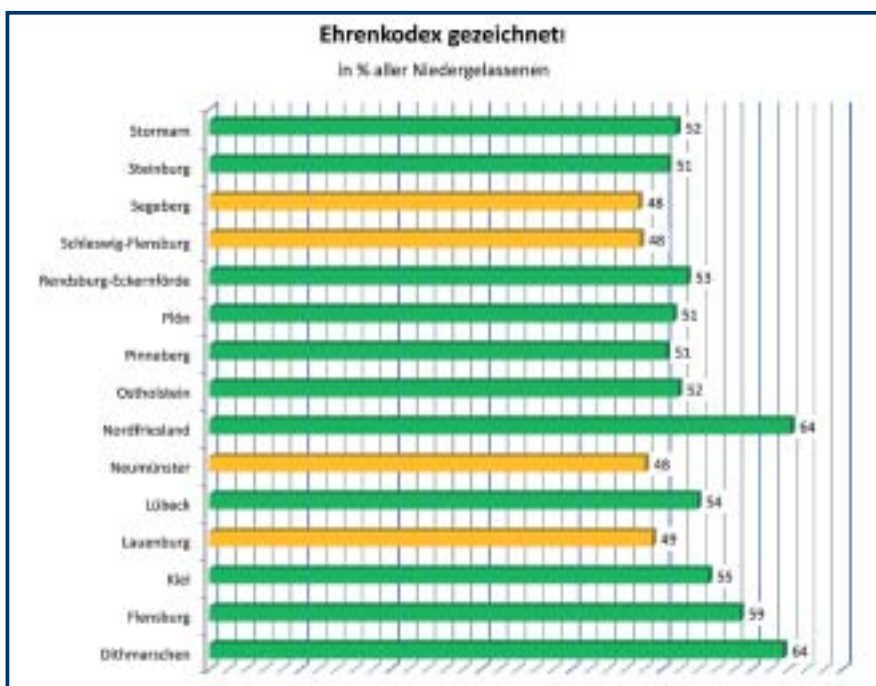
Mit gutem Beispiel gehen die Mitglieder des Vorstandes der Zahnärztekammer voran und zeichnen den von der Kammerversammlung beschlossenen Ehrenkodex. Der Vorstand tut dies ganz offensichtlich nicht als Pflichtübung, sondern mit großer Freude und tiefer innerer Überzeugung.

(v. l.) Dr. Gunnar Schoepke, Dr. Andreas Sporbeck, Dr. Martina Walther, Dr. Joachim Hüttmann, Dr. Michael Brandt, Dr. Roland Kaden, Dr. Kai Voss.

## ... und trifft den Nerv der Kollegenschaft

Die Resonanz auf die Aktion Ehrenkodex ist überwältigend: Gut zwei Wochen nach dem ersten Aufruf sind die Rückmeldungen von über tausend niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bei der Kammer eingetroffen. 97,1 % haben sich zu dem Ehrenkodex der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein bekannt.

Ein Ergebnis, das selbst die optimistischsten Erwartungen bei weitem übertroffen hat! Zumindest bis zum Redaktionsschluss fiel das Bekenntnis zum Ehrenkodex in den Regionen noch unterschiedlich aus. Die Übersicht berücksichtigt die Rückmeldungen, die bis zwei Wochen nach Aktionsstart bei der Kammer eingetroffen sind.



Im Rahmen dieser Umfrage werden auch die Angaben für die elektronische Praxissuche in der Rubrik Patientenservice auf der Homepage der Zahnärztekammer aktualisiert

(<http://www.zaek-sh.de/Patientenservice/Praxissuche/index.html>).

Hier gibt es wie gewohnt die Möglichkeit, auch Praxisspezialitäten zu nennen oder einen Link auf die eigene, praxisindividuelle Homepage schalten zu lassen. Auch die Zeichnung des Ehrenkodex ist jetzt ein Merkmal der Praxissuche.

Die bislang nur „gefühlte“ Zunahme der praxisindividuellen Homepages ist nun auch statistisch belegt: Fast 60 Prozent der an der Aktion teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen haben eine solche Internet-Präsenz.

ZÄK

## Scharnierachsenbestimmung – analog und digital

Die folgenden Abrechnungspositionen der instrumentellen Funktionsdiagnostik wurden in der GOZ 2012 neu gefasst und systematisiert. Die Ziffern 8020 und 8050 betreffen die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, die Ziffern 8030 und 8060 die kinematische (analoge) Scharnierachsenbestimmung zur Einstellung eines voll-adjustierbaren Artikulators und die Ziffern 8035 und 8065 die entsprechende kinematische (elektronische) Aufzeichnung zur Einstellung eines volladjustierbaren Artikulators.

Die GOZ-Nr. 8020 beschreibt die „Arbiträre Scharnierachsenbestimmung“ und umfasst die Bestimmung der arbiträren Scharnierachse, das Anlegen des Übertragungsbogens und die entsprechende Koordination des Übertragungsbogens mit einem Artikulator.

Die GOZ-Nr. 8030 betrifft die „Kinematische Scharnierachsenbestimmung“ einschließlich der Scharnierachsenbestimmung, des definitiven Markierens der Referenzpunkte, des Anlegens eines Übertragungsbogens und des folgenden Koordinierens des Übertragungsbogens mit einem Artikulator, also eine „analoge“ kinematische Scharnierachsenbestimmung.

Davon abgegrenzt ist die „kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung“, also eine digitale kinematische Bestimmung der Scharnierachse, die durch die GOZ-Nr. 8035 abgebildet wird.

Die GOZ-Nr. 8050 beschreibt die „Registrierung der Unterkieferbewegungen zur Einstellung halb individueller Artikulatoren und Einstellung nach gemessenen Werten, je Sitzung“, während die GOZ-Nr. 8060 die „Registrierung von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach

gemessenen Werten, je Sitzung“ als analoge Registrierung beschreibt. Davon abzugrenzen ist dann die entsprechende digitale Registrierung der Unterkieferbewegungen nach der GOZ-Nr. 8065. Im Prinzip entsprechen die Leistungen der GOZ-Nr. 8030 der Ziffer 8035 und die der GOZ-Nr. 8050 der Ziffer 8060 mit dem alleinigen Unterschied der elektronischen Aufzeichnung. Die Leistungen sind in ihrer Berechenbarkeit auf eine Sitzung bezogen und können je nach Indikation mehrmals berechnet werden. Entsprechende Material- und Laborkosten sind immer **zusätzlich nach § 9 GOZ** berechnungsfähig.

Das Registrieren mittels elektronischer Aufzeichnung und das Einstellen virtueller Modelle in einen virtuellen Artikulator sowie die virtuelle Modellation der Kauflächen, also die komplette Weiterverarbeitung der digitalen Daten im Computer zur weiteren Diagnostik bzw. Bearbeitung in einem Simulationsprogramm ist nicht in der GOZ 2012 beschrieben und daher **analog nach § 6 Abs. 1 GOZ** zu berechnen.

Die GOZ-Nr. 8080 und 8090 des Abschnitts J. der GOZ betreffen funktionsdiagnostische Maßnahmen. Voraussetzung ist das Vorliegen einartikulierter Modelle, um nach GOZ-Nr. 8080 „Diagnostische Maßnahmen an

Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung“ an den Modellzähnen vorzunehmen. Das heißt, durch Probееinschleifen oder Aufwachsen an den Modellzähnen können Veränderungen simuliert und ausgewertet werden. Zum Leistungsinhalt gehört die anschließende Befunderstellung und Dokumentation. Die diagnostischen additiven und subtraktiven Maßnahmen an Modellen müssen in den Folgesitzungen durch Änderungen der klinischen Situation o. ä. gegebenenfalls wiederholt und berechnet werden. Eine erneute Berechnung wäre auch bei der Simulation alternativer Behandlungsplanungen möglich (Dokumentation). Der daraus entstehende Therapieplan (Einschleifprotokoll) kann dabei sowohl durch die GOZ-Nr. 8100 direkt im Mund umgesetzt werden oder auch in eine reversible Behandlung, zum Beispiel mit einer Aufbisschiene, einfließen. Auch hier sind die anfallenden Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ gesondert berechnungsfähig. Der Ansatz der GOZ-Nr. 8080 kann auch im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen erbracht und berechnet werden.

In der GOZ-Nr. 8090 wird ein „Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am fest-



## Fortsetzung des Beitrags aus dem Zahnärzteblatt 1 (Januar) 2015

sitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung“ beschrieben. Gemeint ist hier der diagnostische Aufbau an natürlichen Zähnen oder an Zahnersatz, wobei ein Zahn in der Regel mehrere Funktionsflächen aufweist. Der Aufbau hat eine temporäre diagnostische oder therapeutische Funktion, indem er der Beurteilung der neuen okklusalen Beziehung sowie der Programmierung des neuromuskulären Systems dient. Das kann ein Aufbau am natürlichen Zahn oder am Zahnersatz sein, er kann der Beseitigung einer Infraokklusion dienen, er kann ein therapeutisches Hypomochlion zur Veränderung der Kondylenposition, eine Bisserrhöhung oder eine Vorbehandlung für definitiven Zahnersatz sein. Der Aufbau wird später durch definitive Funktionsflächen (Berechnung analog nach § 6 Abs.1 GOZ) oder durch eine definitive Rekonstruktion ausgetauscht. Die BZÄK schreibt in ihrer Kommentierung, dass die Leistung pro Zahn berechnet wird, weil die Behandlung

zahnbezogen erfolgt. Die Höhe der Honorierung ist entsprechend. Therapeutische Funktionsflächenaufbauten im indirekten Verfahren werden in der Gebührenposition nicht beschrieben und müssen analog nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden.

Als letzte Leistung des Abschnitts J. der GOZ umfasst die **GOZ-Nr. 8100** „Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar“ und beschreibt damit die Einschleiftherapie. Durch die systematischen subtraktiven Maßnahmen je Zahnpaar, gemeint ist die funktionelle Einheit Zahn/Antagonist, sollen Funktionsstörungen oder schädliche Angewohnheiten minimiert oder behoben werden. Wegen Änderung der funktionellen Situation, die auf den ersten Blick oft nur minimal erkennbar ist, muss diese Position gegebenenfalls in Folgesitzungen an den gleichen Zahnpaaren erneut erbracht werden, um

als Endziel eine neue Zuordnung der okklusalen Beziehungen und der Artikulation zu erreichen. Diese Ziffer beschreibt also das Feineinschleifen, während grobe Einschleifmaßnahmen nach der **GOZ-Nr. 4040** berechnet werden. Das systematische Einschleifen erfordert eine Planung und Festsetzung des Einschleifergebnisses, setzt aber nicht zwingend eine komplette instrumentelle Funktionsanalyse voraus. Bei anderen Indikationsstellungen kann die Erbringung der GOZ-Nrn. 8020ff. Voraussetzung für die systematischen Einschleifmaßnahmen sein.

Alle funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen können einzeln oder zusammen mit anderen Ziffern des Abschnitts J. GOZ erbracht und berechnet werden, auch wenn sie im Einzelfall nicht zusammen indiziert sind.

■ DR. ROLAND KADEN  
Vorstand Gebührenrecht

## Nachruf

## Dr. Horst Wesendahl



Am 6. Januar 2015 verstarb unser Kollege Dr. Horst Wesendahl.

Kollege Wesendahl war von 1967 bis 1995 in seiner Praxis in Oldenburg tätig. Er engagierte sich im Kreisverein Ostholstein ab 1976 zunächst als 2. Vorsitzender und dann ab 1985 als Vorsitzender bis 1993. Noch länger – nämlich bis 1997 – war er Delegierter der Kammerversammlung. Fast schon unnötig zu erwähnen, dass er sich im Kreisverein auch für die Pressearbeit und in der Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege engagierte.

Er war stets aufmerksamer Wächter der zahnärztlichen Berufsordnung in ihrer klassischen ärztlich-freiberuflichen Auslegung.

Für sein breit gefächertes und langjähriges Engagement zum Wohle des Berufsstandes wurde er schon im Mai 1994 mit der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft ausgezeichnet. Lange Jahre war er Vorstandsmitglied in der AG Implantologie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Seit der ersten Veranstaltung am 13. Mai 1959 war Kollege Wesendahl regelmäßiger und gern gesehener Teilnehmer der Sylter Fortbildungswoche. Kollege Wesendahl hatte sich schon auf sein 60-jähriges Westerbilder Fortbildungsjubiläum gefreut. Wir hätten es ihm von Herzen gegönnt.

Dr. Thomas Ruff

Die korrekte Berufsbezeichnung

## „ZMF zur Ausbildung gesucht“?

Verloren im Dschungel der Abkürzungen findet sich auf dem Anzeigenmarkt so manch merkwürdiges Stellenangebot für unsere Berufe. Nicht selten wird da ein/e „ZMF zur Ausbildung gesucht“.

Mit Fantasie ließe sich daraus entnehmen, dass ein/e Zahnmedizinische/r Fachassistent/in gesucht wird, um den Praxisinhaber bei der Ausbildung der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) zu unterstützen. Denn dafür haben ZMF unter anderem eine bis zu 850 Stunden dauernde Fortbildung besucht.

In diesem Fall wurde aber die falsche Abkürzung verwendet: ZMF statt ZFA. Als Berufsvertretung möchten wir Klarheit über die Abkürzungen und vor allem über die damit verbundenen Qualifikationen schaffen. Nicht nur für die Suche nach passendem Personal, sondern auch für die angemessene Bezahlung der Mitarbeiter/innen sind diese Fragen immens wichtig.

- ▶ Nach Ende der dreijährigen Ausbildung führen die Mitarbeiter/innen die Berufsbezeichnung Zahnmedizinische Fachangestellte. Die offiziell vereinbarte Abkürzung dafür lautet „ZFA“.

Die Aufstiegsfortbildungen sind nach den §§ 53 und 54 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) geregelt. Für Fortbildungen nach § 53 besteht eine bundeseinheitliche Regelung der Inhalte und Anforderungen. Das betrifft zurzeit den/die **geprüfte/n Fachwirt/ in im Gesundheits- und Sozialwesen**.

Mit dem Rahmenplan und einer Prüfungsverordnung ist sie bundesweit vergleichbar und umfasst 620 Unterrichtsstunden. Inhalte sind zum Beispiel die Steuerung betriebswirtschaftlicher Prozesse, Qualitäts-

management, Personalentwicklung und Organisation.

Durch die einzelnen Landes Zahnärztekammern sind Aufstiegsfortbildungen nach § 54 BBiG geregelt. Sie unterliegen regionalen Abweichungen in Kosten, Inhalt, Prüfung und Prüfverfahren und sind nur bedingt vergleichbar. Dazu gehören:

- ▶ **Zahnmedizinische Prophylaxeassistent(inn)en (ZMP)**. Sie übernehmen u. a. die Aufklärung zur Gesundheitsvorsorge und die selbstständige Durchführung präventiv-therapeutischer Maßnahmen wie die Individualprophylaxe oder Professionelle Zahnreinigung. Um diesen Abschluss zu erhalten, sind ca. 400 Stunden Fortbildung notwendig.
- ▶ Bis zu 850 Ausbildungsstunden umfasst hingegen die Fortbildung der **Zahnmedizinischen Fachassistent(inn)en (ZMF)**. Weitergehend zu den vorgenannten Inhalten der ZMP können an ZMF prothetische und kieferorthopädische Maßnahmen übertragen werden. Sie sind auch befähigt, Aufgaben in der Praxisverwaltung und -organisation zu übernehmen und bei der Ausbildung von Auszubildenden mitzuwirken.
- ▶ Die /der **Zahnmedizinische Verwaltungsassistent/in (ZMV)** ist eine spezialisierte Fachkraft für die Abrechnung, Organisation und Verwaltung und erfordert einen Fortbildungsumfang von 400 Stunden.

Neu hinzugekommen sind kammer-spezifische Weiterbildungen wie der/die **Assistent/in für zahnärztliches Praxismanagement (AZP)** oder der/die **Fachwirt/in für zahnärztliches Praxismanagement**. Im Bereich der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein begegnen uns hingegen die **qualifizierten Praxismanager/innen**. Diese regional angebotenen Aufstiegsfortbildungen umfassen in ca. 600 Stunden zusätzliche Schwerpunkte der Praxisorganisation und Strukturierung von Abläufen.

Bisher sind jene modularen Fortbildungen nicht einheitlich geregelt und damit schwer mit anderen Anbietern einer Praxismanagement-Ausbildung vergleichbar.

Diese **nicht abschließende Aufzählung** soll nur einen Überblick bieten. Informationen zu weiteren Perspektiven finden Sie auf der Homepage des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. unter [www.vmf-online.de](http://www.vmf-online.de).

Welche Fortbildung auch gewählt wird, die Bereitschaft zur beruflichen Weiterentwicklung ist in jedem Fall zu begrüßen und unterstützenswert.

Vor Beginn der Fortbildung empfehlen wir Mitarbeitern und Praxisinhabern, gemeinsam die unterschiedlichen Angebote zu prüfen. Abgestimmt auf den Praxisbedarf und die Wünsche der Beschäftigten kann so eine passgenaue Aufstiegsmöglichkeit gefunden werden. Am Ende wissen damit auch beide Seiten, was die Fortbildung in Zeit, Geld und Perspektive „wert“ ist.

■ HANKA SCHIEBOLD  
Verband medizinischer  
Fachberufe e.V./LV Nord

ZFA – like it

## Videowettbewerb für Auszubildende

Noch entscheiden sich in Schleswig-Holstein genügend Schülerinnen und Schüler für den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten, zukünftig wird es aber wegen geburtenschwacher Jahrgänge immer schwieriger werden, geeignete Auszubildende zu finden.

Der ZFA-Ausschuss der Zahnärztekammer hat jetzt die Informationen der Kammer zur Werbung für den Beruf um ein weiteres Medium erweitert: Die Auszubildenden selbst werden aufgefordert, für ihren Beruf die Werbetrommel zu rühren.

Am 12. Januar 2015 startete daher der erste Videowettbewerb der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein. Unter dem Motto „Ihr lernt ZFA? Wie geil ist das denn?“ sind die Auszubildenden aufgefordert, ihren Beruf in einem dreiminütigen Video vorzustellen.

Bis zum 1. April 2015 haben diese noch Zeit, ihre fertigen Filme auf der eigens für den Wettbewerb eingerichteten Website einzustellen. Die Besucher der Seite bestimmen per „Klick“ den besten Film, es winken drei Geldpreise von 1000, 500 und 250 Euro.

Die Schülerinnen und Schüler der Berufsschulen haben den Aufruf zur Teilnahme bereits über die Klassenlehrer erhalten, Informationen zum Wettbewerb und Teilnahmebedingungen gibt es online unter [www.zfa-like-it.de](http://www.zfa-like-it.de).

„Wir bitten Sie, Ihre Auszubildenden zu unterstützen und zur Teilnahme zu motivieren!“, so Dr. Gunnar Schoepke, Vorstand Praxispersonal der Zahnärztekammer.

„Denn das Ziel, neben dem Spaß und den Gewinnen, sollte doch sein, dass der schöne und abwechslungsreiche Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten wieder näher in das Visier der Jugendlichen rückt, die vor der Entscheidung stehen: Was könnte mein Traumberuf sein? ZFA – like it!“

■ DR. CLAUDIA STANGE/MG



# Neuer Anlauf für Antikorruptionsgesetz

Korruption unter Heilberuflern soll künftig mit einer Haftstrafe von bis zu drei Jahren – in „besonders schweren Fällen“ sogar bis zu fünf Jahren – oder einer Geldstrafe belegt werden.

Das sieht der lang erwartete Referentenentwurf von Bundesjustizminister Heiko Maas vor, der den neuen Straftatbestand „Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ einführt. Ein „besonders schwerer Fall“ liegt demnach vor, wenn die Straftat sich auf einen Vorteil „großen Ausmaßes“ bezieht oder der „Täter“ als Mitglied einer Bande – diese umfasst mindestens drei Personen – handelt.

Die Regelung soll ausdrücklich nicht nur für Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker gelten, sondern auch für andere „Gesundheitsfachberufe“ wie Physiotherapeuten und Krankenpfleger, deren Ausbildung gesetzlich geregelt ist. Beim Ausklammern dieser Berufsgruppen würden „Schutzlücken“ entstehen, heißt es zur Begründung.

Eine derart weitgehende Regelung ist allerdings umstritten: Das Land Bayern brachte einen eigenen Gesetzentwurf in den Bundesrat ein, der eine Beschränkung auf Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker vorsieht.

## Der Gesetzentwurf aus dem Justizministerium

muss noch von den anderen Ressorts gebilligt, von Kabinett und Bundestag beschlossen und schließlich von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werden. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hat bereits „Nachbesserungen“ angekündigt.

Dazu will er bei der Ressortabstimmung eine entscheidende Änderung durchsetzen: Im Verdachtsfall sollen auch die gesetzlichen Krankenkassen einen Strafantrag stellen dürfen. Der Referentenentwurf des Justizministeriums



Foto: Frank Nürnberger



Foto: Laurence Chaperon

Während Maas (li.) von den Heilberuflern scharf kritisiert wird, plant Gröhe – weitgehend unkommentiert – „Nachbesserungen“.

gesteht das Recht auf einen eigenen Strafantrag bislang nur dem Geschädigten selbst sowie Wettbewerbern, Kammern und Berufsverbänden zu. Wie aus der Begründung hervorgeht, können auch Krankenkassen allerdings antragsberechtigt sein, wenn Pflichten gegenüber der Kasse durch „korruptive Absprachen“ verletzt wurden.

Be

## RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

### Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung teilt gem. § 2 Abs. 2 der Geschäftsordnung der KZV Schleswig-Holstein mit, dass die Einberufung einer Vertreterversammlung beabsichtigt ist, und zwar am

**Mittwoch, den 29. 4. 2015 – 14.00 Uhr**

**im Zahnärztheus – Hörsaal, Westring 498, 24106 Kiel.**

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung hat gemäß § 2 Abs. 2 der Geschäftsordnung der KZV Schleswig-Holstein nachstehende vorläufige Tagesordnung in Absprache mit dem Vorstand der KZV Schleswig-Holstein beschlossen:

#### Vorläufige Tagesordnung

- |  |   |
|--|---|
| 1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit durch den Vorsitzenden der VV | 4. Bericht des Vorstandes   |
| 2. Bericht des VV-Vorsitzenden   | 5. Beschlussfassung über Anträge (soweit nicht unter TOP 4 behandelt) |
| 3. Beantwortung schriftlich gestellter Fragen (ohne Aussprache)                    | 6. Verschiedenes  |



# Versorgungsgradzahlen aus dem Bedarfsplan

(Stand: 1. Januar 2015 · Behandlungsfälle III. Quartal 2014) – Bezugnehmend auf unseren Artikel auf den amtlichen Seiten des Zahnärzteblattes 5/2007, Seite 26, weisen wir nochmals auf den rein informativen Charakter der nachfolgenden Daten hin.

## Planungsblatt B – Zahnärztliche Versorgung

| PB Nr. | Planungs-bereich        | Einwohner-zahl | Vers.-grad 100 % | Vertrags-zahnärzte | Angest. Zahnärzte | Insges. | KFO-An-rechnung Zahnärzte | Insges. | Vers.-grad in % |
|--------|-------------------------|----------------|------------------|--------------------|-------------------|---------|---------------------------|---------|-----------------|
| 1      | Kreis Dithmarschen      | 132.665        | 79,0             | 69                 | 5,00              | 74,00   | 0                         | 74,00   | 93,7            |
| 2      | Flensburg               | 83.971         | 50,0             | 53                 | 6,00              | 59,00   | 0                         | 59,00   | 118,0           |
| 3      | Kiel                    | 241.533        | 188,7            | 201                | 30,50             | 231,50  | 2                         | 229,50  | 121,6           |
| 4      | Kreis Lauenburg         | 189.043        | 112,5            | 90                 | 19,25             | 109,25  | 0                         | 109,25  | 97,1            |
| 5      | Lübeck                  | 212.958        | 166,4            | 153,5              | 19,00             | 172,50  | 0                         | 172,50  | 103,7           |
| 6      | Neumünster              | 77.058         | 45,9             | 48                 | 6,25              | 54,25   | 0                         | 54,25   | 118,2           |
| 7      | Kreis Nordfriesland     | 161.923        | 96,4             | 83                 | 11,00             | 94,00   | 1                         | 93,00   | 96,5            |
| 8      | Kreis Ostholstein       | 197.835        | 117,8            | 126                | 13,00             | 139,00  | 1                         | 138,00  | 117,1           |
| 9      | Kreis Pinneberg         | 301.223        | 179,3            | 170                | 23,50             | 193,50  | 1                         | 192,50  | 107,4           |
| 10     | Kreis Plön              | 126.643        | 75,4             | 69                 | 11,00             | 80,00   | 0                         | 80,00   | 106,1           |
| 11     | Kreis Rendsb.-Eckernf.  | 268.075        | 159,6            | 165                | 32,50             | 189,50  | 1                         | 188,50  | 118,1           |
| 12     | Kreis Schleswig-Flensb. | 195.135        | 116,2            | 103                | 12,00             | 115,00  | 1                         | 114,00  | 98,1            |
| 13     | Kreis Segeberg          | 263.202        | 156,7            | 142,5              | 27,25             | 169,75  | 0                         | 169,75  | 108,3           |
| 14     | Kreis Steinburg         | 130.017        | 77,4             | 67                 | 15,25             | 82,25   | 2                         | 80,25   | 103,7           |
| 15     | Kreis Stormarn          | 234.674        | 139,7            | 136,5              | 15,00             | 151,50  | 1                         | 150,50  | 107,7           |

## Planungsblatt C – Kieferorthopädische Versorgung

| PB Nr. | Planungs-bereich        | Einwohner-zahl (0 – 18 J.) | Vers.-grad 100 % | Vertrags-zahnärzte + Ermächt. | Angest. Zahnärzte | Insges. | KFO-An-rechnung Zahnärzte | Insges. | Vers.-grad in % |
|--------|-------------------------|----------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------|---------|---------------------------|---------|-----------------|
| 1      | Kreis Dithmarschen      | 24.074                     | 6,0              | 5                             | 1,00              | 6,00    | 0                         | 6,00    | 100,0           |
| 2      | Flensburg               | 13.335                     | 3,3              | 4                             | 0,50              | 4,50    | 0                         | 4,50    | 136,4           |
| 3      | Kiel                    | 36.173                     | 9,0              | 14                            | 0,25              | 14,25   | 2                         | 16,25   | 180,6           |
| 4      | Kreis Lauenburg         | 34.947                     | 8,7              | 7                             | 0,00              | 7,00    | 0                         | 7,00    | 80,5            |
| 5      | Lübeck                  | 33.448                     | 8,4              | 6                             | 2,00              | 8,00    | 0                         | 8,00    | 95,2            |
| 6      | Neumünster              | 13.533                     | 3,4              | 8                             | 1,00              | 9,00    | 0                         | 9,00    | 264,7           |
| 7      | Kreis Nordfriesland     | 29.096                     | 7,3              | 4                             | 0,00              | 4,00    | 1                         | 5,00    | 68,5            |
| 8      | Kreis Ostholstein       | 31.881                     | 8,0              | 7                             | 0,00              | 7,00    | 1                         | 8,00    | 100,0           |
| 9      | Kreis Pinneberg         | 54.493                     | 13,6             | 11                            | 1,00              | 12,00   | 1                         | 13,00   | 95,6            |
| 10     | Kreis Plön              | 22.277                     | 5,6              | 8                             | 0,00              | 8,00    | 0                         | 8,00    | 142,9           |
| 11     | Kreis Rendsb.-Eckernf.  | 50.219                     | 12,6             | 17                            | 2,00              | 19,00   | 1                         | 20,00   | 158,7           |
| 12     | Kreis Schleswig-Flensb. | 36.684                     | 9,2              | 4                             | 0,00              | 4,00    | 1                         | 5,00    | 54,3            |
| 13     | Kreis Segeberg          | 48.003                     | 12,0             | 14                            | 1,00              | 15,00   | 0                         | 15,00   | 125,0           |
| 14     | Kreis Steinburg         | 23.510                     | 5,9              | 3                             | 0,00              | 3,00    | 2                         | 5,00    | 84,7            |
| 15     | Kreis Stormarn          | 43.303                     | 10,8             | 9                             | 0,00              | 9,00    | 1                         | 10,00   | 92,6            |

## 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.

# Weiterbildungsordnung (Satzung) der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 22. November 2014 eine Novellierung der Weiterbildungsordnung beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat diese Novellierung genehmigt, die Veröffentlichung erfolgte im Amtsblatt für Schleswig-Holstein 2015, Seite 74 und auf der Homepage der Zahnärztekammer unter [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de), Rubrik „Wir über uns“ – „Amtliche Bekanntmachungen“, „Weiterbildungsordnung (Satzung) der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein vom 5. Januar 2015“.

Aufgrund des § 35 Absatz 6 und § 39 i. V. m. § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgleichheit für die Heilberufe (Heilberufekammergesetz – HBKG) vom 29. Februar 1996 (GVBl. Schl.-H. S. 248), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Januar 2014 (GVBl. Schl.-H. S. 17), erlässt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nach Beschluss der Kammerversammlung am 22. November 2014 mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde folgende Weiterbildungsordnung (Satzung):

## Weiterbildungsordnung (Satzung) der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

### Teil 1 – Ziel, Art, Inhalt und Dauer der Weiterbildung

#### § 1 Fachzahnärztliche Weiterbildung

- (1) Die fachzahnärztliche Weiterbildung ist der geregelte Erwerb besonderer beruflicher Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den durch die Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung bezeichneten Fachgebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.
- (2) Mit der Weiterbildung kann erst nach der Approbation als Zahnärztin oder Zahnarzt oder nach Erteilung einer fachlich uneingeschränkten Erlaubnis gemäß § 13 Zahnheilkundengesetz begonnen werden.
- (3) Eine Fachgebietsbezeichnung darf nur führen, wer die Anerkennung einer Zahnärztekammer erhalten hat.
- (4) Fachgebietsbezeichnungen dürfen nur in der in den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung bezeichneten Form geführt werden.
- (5) Es können bis zu drei Fachgebietsbezeichnungen nebeneinander geführt werden.
- (6) Für Entscheidungen nach dieser Weiterbildungsordnung ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der jeweilige Prüfungsausschuss der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein (Prüfungsausschuss) zuständig.

#### § 2 Art und Inhalt der Weiterbildung, Weiterbildungsstätten

- (1) Die Weiterbildung erfolgt in theoretischer Unterweisung und praktischer Berufstätigkeit. Die theoretischen und praktischen Inhalte der jeweiligen Fachgebiete ergeben sich aus den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung.
- (2) Die Weiterbildung wird unter verantwortlicher Leitung hierzu ermächtigter Zahnärztinnen oder Zahnärzte in Einrichtungen der Hochschulen, Krankenhausabteilungen oder in der Praxis einer ermächtigten Zahnärztin oder eines ermächtigten Zahnarztes durchgeführt, die gemäß § 8 zugelassen sind (Weiterbildungsstätten).
- (3) Zeiten beruflicher Tätigkeit in der eigenen Praxis sind auf die Weiterbildungszeit nicht anrechnungsfähig.
- (4) Die Weiterbildung muss in fachlich weisungsabhängiger Stellung erfolgen.

#### § 3 Dauer der fachspezifischen Weiterbildung

- (1) Die Weiterbildung auf Vollzeitbasis umfasst mindestens 3 fachspezifische Jahre.
- (2) Die oder der Weiterbildende sowie die oder der Weiterzubildende sind verpflichtet, Beginn und Ende der Weiterbildung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein (Zahnärztekammer) zu melden.
- (3) Erfolgt die Weiterbildung in Teilzeit, muss sichergestellt sein, dass
  - Gesamtdauer und Qualität nicht geringer sind als bei einer Vollzeit-Weiterbildung und
  - die Weiterbildung in Teilzeit in einem Umfang erfolgt, der mindestens der Hälfte der üblichen, wöchentlichen Arbeitszeit entspricht. Die Zahnärztekammer entscheidet über die Zulässigkeit einer Weiterbildung in Teilzeit.

- (4) Die Weiterbildung gemäß Absatz 1 muss innerhalb eines Zeitraumes von 8 Jahren abgeschlossen werden. Die Weiterbildung soll zusammenhängend erfolgen. Für weiterbildungsfreie Zeiten innerhalb dieses Zeitraumes ist der Nachweis kontinuierlicher zahnärztlicher Tätigkeit zu erbringen. Auf schriftlichen Antrag kann die Zahnärztekammer aus zwingenden familiären, gesundheitlichen oder sonstigen wichtigen Gründen hiervon Ausnahmen zulassen, wenn dies mit dem Ziel der Weiterbildung vereinbar ist.
- (5) Längere Unterbrechungszeiten (mehr als 6 Wochen), die die Weiterbildung beeinträchtigen (z. B. Krankheit, Schwangerschaft), sind nachzuholen.

#### § 4 Anrechnung von Fortbildung

Theoretische Lerninhalte einer strukturierten, curricularen Fortbildung, die nach Zulassung zur Weiterbildung erbracht werden, werden auf Antrag der oder des Weiterzubildenden auf die theoretische Unterweisung im Rahmen der Weiterbildung angerechnet, wenn sie den Vorgaben der in den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung aufgeführten Anforderungen entsprechen. Die Anlagen können, insbesondere zum Umfang der Anrechnung, hierzu näheres regeln.

### Teil 2 –

#### Weiterbildung innerhalb der EU und des EWR und in Drittstaaten

#### § 5 Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben

- (1) Mitglieder der Zahnärztekammer (Kammermitglieder), die ein fachbezogenes Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen fachlichen Weiterbildungsnachweis (fachlichen Ausbildungsnachweis) besitzen, das oder der nach dem Recht der Europäischen Union (Mitgliedstaat), dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat) oder einem Vertrag, mit dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat), gegenseitig automatisch anzuerkennen ist oder einer solchen Anerkennung aufgrund erworbener Rechte nach dem Recht der Europäischen Union gleichsteht, erhalten auf Antrag das Recht zur Führung einer der vorliegenden Weiterbildungsordnung entsprechenden Bezeichnung.
- (2) Eine abgeschlossene Weiterbildung, die die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht erfüllt, ist als gleichwertig anzuerkennen, wenn sie keine wesentlichen Unterschiede im Sinne von Absatz 3 zu der in dieser Weiterbildungsordnung bestimmten Weiterbildung aufweist.
- (3) Wesentliche Unterschiede nach Absatz 2 liegen vor, wenn
  1. die nachgewiesene Weiterbildungsdauer deutlich unter der durch die Zahnärztekammer festgelegten Weiterbildungsdauer liegt oder
  2. sich der Weiterbildungsinhalt wesentlich von dem durch die Zahnärztekammer bestimmten Inhalt der Weiterbildung unterscheidet oder
  3. der Beruf eine oder mehrere reglementierte Tätigkeiten erfasst, die in dem Staat, in dem der Weiterbildungsnachweis ausgestellt wurde, nicht Bestandteil dieses Berufes sind, und wenn dieser Unterschied in einer besonderen Weiterbildung besteht, die im Hinblick auf die Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung gefordert wird und sich auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die von dem vorgelegten fachlichen Ausbildungsnachweis abgedeckt werden.

Wesentliche Unterschiede können ganz oder teilweise durch Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeglichen werden, die von den Kammermitgliedern im Rahmen ihrer Berufspraxis in einem Mitgliedstaat, einem Vertragsstaat oder in einem anderen als den in Absatz 1 genannten Staaten (Drittstaat) erworben wurden.

- (4) Liegen wesentliche Unterschiede nach Absatz 3 vor, haben Kammermitglieder unter Beachtung des Artikels 3 Absatz 1 Buchstabe h der Richtlinie 2005/36/EG eine Eignungsprüfung abzulegen. Der Inhalt dieser Ausgleichsmaßnahme ist auf die festgestellten wesentlichen Unterschiede zu beschränken.

- (5) Kammermitglieder führen nach erfolgter Anerkennung diejenige Bezeichnung in deutscher Sprache, die aufgrund einer entsprechenden Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung erworben wird; dies gilt auch für Dienstleistungserbringerinnen und Dienstleistungserbringer nach § 2 Absatz 2 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgleichwertigkeit für die Heilberufe (Heilberufekammergesetz), ohne dass es einer Anerkennung bedarf.
- (6) Die Zahnärztekammer bestätigt innerhalb eines Monats den Eingang der Antragsunterlagen und teilt mit, welche Unterlagen fehlen. Spätestens drei Monate nach Eingang der vollständigen Unterlagen ist über die Anerkennung zu entscheiden. In Fällen des Absatzes 2 verlängert sich die Frist nach Satz 2 um einen Monat.
- (7) Die Bestimmungen der Absätze 2 bis 6 gelten entsprechend für Kammermitglieder, die
  1. einen in einem Drittstaat ausgestellten fachlichen Ausbildungsnachweis vorlegen, der durch einen anderen europäischen Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaat anerkannt worden ist, und die mindestens drei Jahre in dem jeweiligen Gebiet oder im Rahmen einer Zusatzweiterbildung im Hoheitsgebiet des Staates tätig waren, der die Weiterbildung anerkennt und diese Tätigkeit bescheinigt hat, oder
  2. die Anforderungen an die Anerkennung erworbener Rechte nach dem Recht der Europäischen Union deshalb nicht erfüllen, weil ihnen die erforderliche Berufspraxis nach Absatz 3 Satz 2 nicht bescheinigt wird.
- (8) Kammermitgliedern gleichgestellt sind Antragstellerinnen und Antragsteller im Ausland, die bei der Zahnärztekammer ein berechtigtes Interesse an der Anerkennung von fachlichen Ausbildungsnachweisen geltend machen. Ein berechtigtes Interesse ist insbesondere gegeben, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller eine Einstellungszusage eines schleswig-holsteinischen Arbeitgebers vorweisen kann.

#### § 6 Anerkennung von Weiterbildungen aus Drittstaaten

- (1) Kammermitglieder, die einen fachlichen Ausbildungsnachweis besitzen, der in einem Drittstaat ausgestellt wurde, erhalten auf Antrag das Recht zur Führung einer der vorliegenden Weiterbildungsordnungen entsprechenden Bezeichnung, soweit die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist. § 5 Absatz 5 gilt entsprechend.
- (2) Für die Prüfung der Gleichwertigkeit gilt § 5 Absätze 2 und 3 entsprechend. Liegen wesentliche Unterschiede nach § 5 Absatz 3 vor, müssen die Kammermitglieder nachweisen, dass sie über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Dieser Nachweis wird, wenn nicht die Voraussetzungen des § 5 Absatz 7 Nummer 1 vorliegen, durch das Ablegen einer Prüfung erbracht, die sich auf den Inhalt der gesamten fachzahnärztlichen Prüfung bezieht. Die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten sind nach Satz 3 auch nachzuweisen, wenn die Prüfung des Antrags nur mit unangemessenem zeitlichen Aufwand möglich ist, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person des Kammermitglieds liegen, von diesem nicht vorgelegt werden können.
- (3) Die Zahnärztekammer bestätigt innerhalb eines Monats den Eingang der Antragsunterlagen und teilt mit, welche Unterlagen fehlen. Sie hat über die Feststellung der wesentlichen Unterschiede spätestens innerhalb von vier Monaten, nachdem ihr alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid zu erteilen.
- (4) § 5 Absatz 8 gilt entsprechend.

#### § 7 Verfahren der Anerkennung von Weiterbildungen nach §§ 5 und 6

Die Zahnärztekammer ist für die Verfahren der Anerkennung von Weiterbildungen nach §§ 5 und 6 zuständig.

### Teil 3 – Weiterbildungsstätten und Ermächtigung zur Weiterbildung

#### § 8 Weiterbildungsstätten

- (1) Für die Zulassung als Weiterbildungsstätte müssen die in den Anlagen genannten räumlich-technischen und personellen Anforderungen erfüllt sein.

- (2) Die Zulassung wird durch die Zahnärztekammer auf Antrag und nach Prüfung erteilt. Die Zulassung ist zu befristen und mit dem Vorbehalt des Widerrufs zu versehen.

#### § 9 Ermächtigung

- (1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung wird auf schriftlichen Antrag durch die Zahnärztekammer erteilt. Die Antragstellerin oder der Antragsteller hat hierfür alle notwendigen Unterlagen vorzulegen.
- (2) Grundsätzlich darf eine ermächtigte Zahnärztin oder ein ermächtigter Zahnarzt nur eine weiterzubildende Zahnärztin oder einen weiterzubildenden Zahnarzt beschäftigen. Auf schriftlichen Antrag können Ausnahmen zugelassen werden, wenn hierdurch die Durchführung einer ordnungsgemäßen Weiterbildung nicht gefährdet wird.
- (3) Mit der Beendigung der Tätigkeit der ermächtigten Zahnärztin oder des ermächtigten Zahnarztes an der Weiterbildungsstätte erlischt die Ermächtigung zur Weiterbildung.

#### § 10 Voraussetzungen der Ermächtigung

- (1) Die Ermächtigung kann nur erteilt werden, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller fachlich und persönlich geeignet ist. Sie oder er muss fachlich umfassende Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen besitzen, die sich auf das Fachgebiet, für das sie oder er ermächtigt wird, beziehen müssen. Die Ermächtigung ist zu befristen und mit dem Vorbehalt des Widerrufs zu versehen; hinsichtlich der Anrechnungsfähigkeit kann sie zeitlich beschränkt werden. Vorgaben hinsichtlich der anrechnungsfähigen Weiterbildungszeiten können in den Anlagen geregelt werden.
- (2) Die Ermächtigung setzt voraus, dass
  1. die Antragstellerin oder der Antragsteller nach der Anerkennung als Fachzahnärztin oder als Fachzahnarzt nachhaltig in diesem Fachgebiet praktisch tätig ist. Näheres ist in den jeweiligen Anlagen geregelt;
  2. der oder dem Weiterzubildenden ein vollständig ausgestatteter Arbeitsplatz sowie die erforderlichen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter und Einrichtungen zur Verfügung steht;
  3. Patientinnen oder Patienten in so ausreichender Anzahl und Art behandelt werden, dass die oder der Weiterzubildende die Möglichkeit hat, sich während der Weiterbildung mit der Vorbeugung, der Feststellung und Behandlung der für das Fachgebiet typischen Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vertraut zu machen;
  4. die Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte erfolgt, die die in den Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung festgesetzten räumlich-technischen und personellen Anforderungen erfüllt. Die gebietsbezogenen Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung können hierzu näheres regeln.
- (3) Die Zahnärztekammer hat das Vorliegen der Voraussetzungen zur Ermächtigung zu prüfen.

#### § 11 Pflichten der oder des Weiterzubildenden

- (1) Die oder der Weiterzubildende hat die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten.
- (2) Die oder der Weiterzubildende hat Änderungen in den Voraussetzungen für die Ermächtigung unverzüglich und unaufgefordert der Zahnärztekammer anzuzeigen.
- (3) Die oder der Weiterzubildende hat der oder dem Weiterzubildenden unverzüglich und schriftlich mitzuteilen, wenn sie oder er die ordnungsgemäße Weiterbildung als gefährdet ansieht.
- (4) Die oder der Weiterzubildende hat der oder dem Weiterzubildenden ein qualifiziertes Zeugnis auszustellen, das Aufschluss gibt über Zeitdauer, Unterbrechungen, Weiterbildungsmodus (Vollzeit/Teilzeit), Inhalt und Ergebnis der Weiterbildung sowie über die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten der oder des Weiterzubildenden.

#### § 12 Widerruf und Rücknahme der Ermächtigung und der Zulassung

- (1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung und die Zulassung als Weiterbildungsstätte sind ganz oder teilweise durch die Zahnärztekammer zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, insbesondere wenn

1. ein Verhalten vorliegt, das Zweifel an der fachlichen oder persönlichen Eignung der Zahnärztin oder des Zahnarztes als Weiterbildende oder als Weiterbildender aufwirft oder
  2. Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, dass die in der Weiterbildungsordnung an den Inhalt der Weiterbildung gestellten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können.
- (2) Die Zahnärztekammer kann in regelmäßigen Abständen das weitere Vorliegen der Voraussetzungen der Ermächtigung und der Zulassung überprüfen.
  - (3) Die Rücknahme der Ermächtigung und der Zulassung richtet sich nach den Bestimmungen des Landesverwaltungsgesetzes Schleswig-Holstein.

#### Teil 4 – Anerkennungsverfahren

##### § 13 Prüfungsausschüsse

- (1) Bei der Zahnärztekammer wird für jedes Fachgebiet ein Prüfungsausschuss gebildet.
- (2) Ein Prüfungsausschuss besteht aus drei im jeweiligen Fachgebiet tätigen Fachzahnärztinnen oder Fachzahnärzten oder im jeweiligen Fachgebiet tätigen Hochschullehrerinnen oder Hochschullehrern und drei stellvertretenden Mitgliedern. Mindestens ein Mitglied soll eine im Fachgebiet tätige Hochschullehrerin oder ein im Fachgebiet tätiger Hochschullehrer sein, die oder der für die Weiterbildung im Fachgebiet ermächtigt ist. Die Mitglieder und Stellvertreterinnen oder Stellvertreter werden von der Kammerversammlung der Zahnärztekammer bestellt.
- (3) Der Prüfungsausschuss wählt aus seiner Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden.
- (4) Der Prüfungsausschuss ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder anwesend sind. Beschlüsse kommen zustande, wenn Stimmenmehrheit vorliegt. Bei der Berechnung der Stimmenmehrheit zählen nur die Ja- und Neinstimmen.
- (5) Eine Beschlussfassung ist auch im schriftlichen Umlaufverfahren möglich. Dies gilt nicht für die Durchführung der Fachzahnarztprüfung. Absatz 4 gilt entsprechend.
- (6) Die Mitglieder entscheiden unabhängig und sind an Weisungen nicht gebunden.

##### § 14 Antrag auf Anerkennung und Zulassung zur Prüfung

- (1) Die Anerkennung der Weiterbildung ist von der oder dem Weiterzubildenden bei der Zahnärztekammer schriftlich zu beantragen. Dem Antrag sind beizufügen:
  1. eine amtlich beglaubigte Abschrift der Approbationsurkunde oder der Erlaubnis gemäß § 13 Zahnheilkundengesetz,
  2. die Zeugnisse oder Bescheinigungen über die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildung sowie des allgemeinärztlichen Jahres,
  3. die eidesstattliche Erklärung, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung im jeweiligen Fachgebiet nicht bereits zweimal erfolglos absolviert hat und nicht bereits in einer anderen Zahnärztekammer einen Antrag auf Zulassung zur Prüfung gestellt hat, über den dort noch nicht rechtskräftig entschieden wurde.

Die erforderlichen Nachweise nach den Ziffern 1. und 2. sind als beglaubigte Kopien, ggf. übersetzt in die deutsche Sprache, vorzulegen.

- (2) Der zuständige Prüfungsausschuss prüft, ob die Weiterbildung nach Inhalt und Umfang gemäß den Vorgaben der Anlagen zu dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet wurde.
- (3) Wird die ordnungsgemäße Ableistung der Weiterbildung festgestellt, wird die oder der Weiterzubildende zur Prüfung zugelassen.
- (4) Eine Ablehnung der Zulassung zur Prüfung ist der Antragstellerin oder dem Antragsteller durch die Zahnärztekammer mitzuteilen, zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.
- (5) Nach Zulassung setzt die Zahnärztekammer im Benehmen mit der oder dem Vorsitzenden des zuständigen Prüfungsausschusses einen Termin für die mündliche Prüfung fest. Die Antragstellerin oder der Antragsteller ist zum festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen durch die Zahnärztekammer zu laden.

##### § 15 Durchführung der Prüfung

- (1) Die Prüfung erfolgt mündlich unter Ausschluss der Öffentlichkeit und soll für jeden Prüfling in der Regel nicht länger als 60 Minuten dauern. Es sollen nicht mehr als drei Prüflinge gleichzeitig geprüft werden.
- (2) Nach Abschluss des Fachgesprächs hat der Prüfungsausschuss aufgrund der Inhalte, des Umfangs und Ergebnisse der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen sowie dem Ergebnis des Fachgesprächs zu entscheiden, ob die oder der Weiterzubildende die vorgeschriebenen besonderen Kenntnisse in dem Fachgebiet erworben hat.
- (3) Bleibt die Antragstellerin oder der Antragsteller dem Fachgespräch ohne ausreichenden Grund fern oder bricht sie oder er das Fachgespräch ohne ausreichenden Grund ab, gilt die Prüfung als nicht bestanden.
- (4) Über den Verlauf und das Ergebnis der Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen, die von der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen ist.

##### § 16 Mitteilung der Prüfungsentscheidung; Wiederholungsprüfung; Prüfgebühr

- (1) Bei erfolgreichem Abschluss der Prüfung wird dies durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses am Schluss der Prüfung mündlich mitgeteilt und die Anerkennung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung durch die Zahnärztekammer schriftlich erteilt.
- (2) Bei nicht bestandener Prüfung wird der oder dem Weiterzubildenden die Ablehnung des Antrags auf Anerkennung durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses am Schluss der Prüfung mündlich und durch die Zahnärztekammer mit einem mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Bescheid schriftlich – jeweils unter Angabe der Gründe – mitgeteilt.
- (3) Die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung kann zweimal wiederholt werden. Die Anmeldung zur Wiederholungsprüfung kann frühestens nach 3 Monaten und soll spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Zustellung des jeweiligen Ergebnisses erfolgen.
- (4) Die Zulassung zur Wiederholungsprüfung kann davon abhängig gemacht werden, dass bestimmte Weiterbildungsleistungen vorab zu erbringen sind.
- (5) Die Zahnärztekammer erhebt für jedes Prüfungsgespräch eine Prüfgebühr. Die Höhe der Prüfgebühr wird in einer gesonderten Satzung festgelegt.

##### § 17 Rücknahme der Anerkennung von Bezeichnungen

Die Anerkennung einer Fachgebietsbezeichnung ist durch die Zahnärztekammer zurückzunehmen, wenn die hierfür erforderlichen Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Anerkennung nicht gegeben waren. Vor der Entscheidung über die Rücknahme ist sowohl der Prüfungsausschuss als auch die oder der Betroffene zu hören.

##### § 18 Widerspruch

- (1) Gegen ablehnende Entscheidungen nach dieser Weiterbildungsordnung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung Widerspruch bei der Zahnärztekammer erhoben werden.
- (2) Über den Widerspruch entscheidet die Zahnärztekammer. Ein ablehnender Widerspruchsbescheid ist zu begründen, mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen und zuzustellen. Gegen den Widerspruchsbescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung Klage beim Schleswig-Holsteinischen Verwaltungsgericht erhoben werden.

#### Teil 5 – Schlussbestimmungen

##### § 19 Übergangsbestimmungen

- (1) Die bisher von der Zahnärztekammer ausgesprochenen Anerkennungen einer Weiterbildung gelten als Anerkennung nach dieser Weiterbildungsordnung.
- (2) Zahnärztinnen oder Zahnärzte, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung befinden, können diese nach den bisher geltenden Bestimmungen abschließen. Sie erhalten jedoch eine Anerkennung nach dieser Weiterbildungsordnung aufgrund der bisher geltenden Verfahrensbestimmungen.



- (3) Zahnärztinnen oder Zahnärzte, die bei Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung die Weiterbildung beendet hatten, aber bislang unterlassen haben, die Anerkennung zu beantragen, können innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung die Anerkennung beantragen. Sie erhalten die Anerkennung nach dieser Weiterbildungsordnung aufgrund der bisher geltenden Verfahrensbestimmungen.
- (4) Die bisher von der Zahnärztekammer erteilten Ermächtigungen und Zulassungen bleiben bestehen. Bei einer Verlängerung oder Neuerteilung der Ermächtigung und Zulassung müssen die Voraussetzungen nach dieser Weiterbildungsordnung erfüllt sein.

#### § 20 Anerkennung anderer Kammern

- (1) Die von einer anderen Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland oder vor dem 03. Oktober 1990 im Beitrittsgebiet ausgesprochenen Anerkennungen auf den in dieser Weiterbildungsordnung geregelten Gebieten gelten auch im Bereich der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit der Maßgabe, dass die entsprechenden, in dieser Weiterbildungsordnung bestimmten Bezeichnungen zu führen sind.
- (2) Die in anderen Zahnärztekammern der Bundesrepublik Deutschland erbrachten Weiterbildungszeiten bei einer ermächtigten Zahnärztin oder einem ermächtigten Zahnarzt in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte werden im Bereich der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein anerkannt.

#### § 21 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Weiterbildungsordnung tritt am 01. Januar 2015 in Kraft, frühestens jedoch am Tage ihrer Veröffentlichung. Gleichzeitig tritt die Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein vom 01. Juni 2007 (Amtsbl. Schl.-H. S. 556), zuletzt geändert durch Satzung vom 12. Januar 2011 (Amtsbl. Schl.-H. S. 80) außer Kraft.

#### Anlage 1 zur Weiterbildungsordnung

##### Fachgebiet Oralchirurgie

1. Gegenstand und Bezeichnung des Fachgebietes
  - 1.1. Das Gebiet der Oralchirurgie umfasst die orale Medizin und die sich davon ableitende operative (oralchirurgische) Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im gesamtmedizinischen Kontext.
  - 1.2. Die Fachgebietsbezeichnung auf dem Fachgebiet Oralchirurgie lautet: „Fachzahnärztin für Oralchirurgie“ oder „Fachzahnarzt für Oralchirurgie“.
2. Dauer und Ort der fachspezifischen Weiterbildung
  - 2.1. Die fachspezifische Weiterbildung auf dem Fachgebiet Oralchirurgie beträgt mindestens drei Jahre. Davon unabhängig ist ein allgemeinärztliches Jahr nachzuweisen. Dieses ist vor Beginn der fachspezifischen Weiterbildung abzuleisten.
  - 2.2. Eine fachspezifische Weiterbildungszeit in oralchirurgischen Abteilungen an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder an einer oralchirurgischen Abteilung eines Krankenhauses für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann bis zu drei Jahren angerechnet werden. Eine fachspezifische Weiterbildungszeit bei einer oder einem in eigener Praxis niedergelassenen und zur Weiterbildung ermächtigten Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Oralchirurgie und/oder Fachärztin oder Facharzt für Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie kann bis zu zwei Jahren, bei klinischem Bezug der Praxis bis zu drei Jahren angerechnet werden. Die Anrechnung setzt jeweils die Zulassung als Weiterbildungsstätte gemäß § 8 voraus.
  - 2.3. Mindestens ein Jahr der Weiterbildung muss in einer Weiterbildungsstätte mit stationärer Anbindung oder klinischem Bezug abgeleistet werden.
  - 2.4. Praktische Weiterbildungszeiten auf Vollzeitbasis an einer Weiterbildungsstätte müssen mindestens 3 Monate umfassen.
3. Voraussetzungen der Ermächtigung
 

Die Ermächtigung zur fachspezifischen Weiterbildung auf dem Gebiet der Oralchirurgie kann einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt dann erteilt werden, wenn sie oder er nach ihrer oder seiner Anerkennung als Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Oralchirurgie oder als Fachärztin oder Facharzt für Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie gemäß § 16 Absatz 1 mindestens fünf Jahre auf dem Gebiet der

Oralchirurgie in eigener Praxis oder als Leiterin oder Leiter einer oralchirurgischen Abteilung an Hochschuleinrichtungen oder Krankenhäusern für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde tätig gewesen ist und die Weiterbildung gemäß § 11 Absatz 1 leitet. Auf schriftlichen Antrag kann die Zahnärztekammer von Satz 1 Ausnahmen zulassen.

#### 4. Voraussetzungen der Zulassung als Weiterbildungsstätte im Fachgebiet Oralchirurgie

Die Weiterbildungsstätte muss die räumlichen, technisch-apparativen und personellen Voraussetzungen erfüllen, um den Erwerb der nachfolgend unter 5. und 6. aufgeführten Kenntnisse und Fertigkeiten zu gewährleisten. Die Zulassung als Weiterbildungsstätte richtet sich im Übrigen nach der entsprechenden Richtlinie der Zahnärztekammer.

#### 5. Theoretische Inhalte der Weiterbildung

Die theoretische Weiterbildung Oralchirurgie hat einen Umfang von 40 ECTS-Punkten.

Soweit die oder der Weiterzubildende an Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 4 dieser Weiterbildungsordnung teilgenommen hat, entscheidet der Prüfungsausschuss im Fachgebiet Oralchirurgie im jeweiligen Einzelfall, ob und inwieweit die in diesen Veranstaltungen vermittelten Fortbildungsinhalte auf die theoretische Unterweisung im Rahmen der Weiterbildung angerechnet werden können.

##### 5.1 Allgemeine Grundlagen

##### 5.1.1 Prinzipien der Untersuchung und Diagnostik Umgang mit der Patientin und dem Patienten

- Verbale und nonverbale Kommunikation
- Sofortiger Behandlungsbedarf (Akut-, Schmerzpatient)
- Planbarer Behandlungsbedarf
- Kein unmittelbarer Behandlungsbedarf (Nachfragepatient)
- Prophylaxe- und Recall-Patient

##### Anamnese

- Allgemein
- Speziell

##### Untersuchung

- Allgemein (orientiert)
- Extraoral
- Enoral
  - PA-Befunde, PA-Status
- Funktionsabläufe
  - Manuelle und instrumentelle Funktionsanalyse

##### Bildgebende Diagnostik

- Konventionelles Röntgen
- 3-D-Verfahren (CT, DVT, MRT);
  - Erwerb der Sach- und Fachkunde DVT
- Sonografie
- Planungssoftware
  - Implantologische Diagnostik und Planung

##### Nuklearmedizinische Diagnostik

- Szintigrafie

##### Pathomedizinische Diagnostik aus Flüssigkeiten

- Blut, Speichel

##### Pathomedizinische Gewebediagnostik

- Zytologie, Zytochemie, -metrie
- Histologie, Immunhistochemie

##### Mikrobiologie, Virologie

##### Weitere Verfahren

##### Befundzusammenstellung, Auswertung und Dokumentation Diagnose/Differentialdiagnose

##### 5.1.2 Anästhesie

##### Lokalanästhesie

- Pharmakologie
  - Lokalanästhetikum
  - Vasokonstringentien
- Techniken

##### Risiken, Risikoprofylaxe, Risikomanagement

- Prämedikation und Sedierungsverfahren
- Monitoring

##### Behandlung in Allgemeinanästhesie

- Grundlagen der Narkose
- Evaluation des Patienten, Laborwerte

- Einleitung der Intubationsnarkose
- Verhalten während des Eingriffes, Überwachung  
Aufwachphase, Nachsorge

### 5.1.3 Pharmakologie

**Medikamentenanamnese**

**Medikamenteninteraktionen**

**Wichtige Medikamentengruppen**

- Antibiotika, Antimykotika, Virostatika
- Analgetika, Antiphlogistika, Antirheumatika

**Relevante medikamentöse Verfahren**

- Prämedikation
- Schwellungsprophylaxe
- Antibakterielle Prophylaxe
- Perioperative Medikation
- Postoperativer Schmerz- und Schwellungszustände
- Postoperative Infektionen

**Cave-Medikationen**

### 5.1.4 Notfälle, Notfallmanagement

**Erkennen und Management von Notfallsituationen**

- Präventivdiagnostik
- Diagnostik und Einschätzung der Notfallsituation
- Akute und lebensbedrohliche Allgemeinzustände (Bewusstseins, Atmung, Herz-Kreislauf-System, Anaphylaxie, Schock)
  - Erstmaßnahmen
  - Folgemaßnahmen
- Akute fachspezifische Notfälle (Trauma, Nachblutung, Infektion)
  - Erstmaßnahmen
  - Folgemaßnahmen

**Technische Notfallausrüstung, Notfallkoffer**

**Techniken der intravenösen Zugänge**

**Notfallmedikamente**

**Notfallmedizinische Übungen**

### 5.1.5 Praxisstruktur und Hygiene

**Rechtliche Grundlagen**

- MPG, MPBetriebV, MPSV, Meldeverfahren nach MPSV
- RKI-Empfehlungen
- Betrieblich-organisatorische Anforderungen

**Aufbereitung von Instrumenten**

- Reinigung und Desinfektion
- Sterilisation

**Technische Präventionsmaßnahmen**

- Behandlungsräume
- Wasserführende Systeme

**Funktionelle Präventionsmaßnahmen beim Eingriff**

- Vor- und Nachbereitung des OP-Raumes
- Vor- und Nachbereitung der Patientin oder des Patienten
- Vor- und Nachbereitung des OP-Personals
- Vor- und Nachbereitung des Instrumentariums

**Gesundheitsschutz des Personals**

- Gesetzliche Grundlagen
- Schutzimpfungen
- Hygienische Schutzmaßnahmen
- Postexpositionsprophylaxe

### 5.1.6 Allgemeine Aspekte

**Berufsrechtliche Bestimmungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte**

- Kontinuierliche Weiterbildung
- Leitlinien, wissenschaftliche Stellungnahmen

**Rechtliche Aspekte beim Umgang mit Patientinnen und Patienten**

- Aufklärung, Risiken
- Alternativverfahren
- Rechtsgültige Einverständniserklärung
- Dokumentation
  - Dokumentationsverfahren und -medien
  - Dokumentationstechniken
- Datensicherung, Aufbewahrung, Aufbewahrungsfristen

**Kommunikation mit der Kollegen-/Fachkollegenschaft (Arztbrief)**

**Umgang mit Behörden und Institutionen**

**Gutachterwesen**

### 5.1.7 Aufbau und Organisation einer oralchirurgischen Praxis

**Ausstattung**

**Verwaltung**

**Personal**

### 5.1.8 Wissenschaftliche Arbeiten

**Literatur**

- Einweisung in das Literaturstudium mit Literaturrecherchen inkl. Nutzung von Datenbanken
- Übersicht über Bücher und Zeitschriften
- Regeln für das Bewerten von Publikationen
- Cochrane

**Biostatistik und Epidemiologie**

- Deskriptive Statistik
- Analytische Statistik
- Epidemiologie

**Forschungsmethodik**

- Methoden wissenschaftlichen Arbeitens

### 5.2 Operative Therapieverfahren

#### 5.2.1 Grundprinzipien chirurgischer Therapie

**Topographische Anatomie des Fachgebiets**

**Wundarten und Wundheilung**

**Regenerative Eigenschaften der beteiligten Gewebe**

**Implantation und Gewebeersatz**

**Transplantate**

**Prinzipien der Eröffnung (Schnittführung)**

**Präparation der Gewebe**

- Weichgewebe
- Hartgewebe

**Methoden der Blutstillung**

**Wundverschluss, Ruhigstellung und Verband**

- Nahtmaterial, Nahttechnik
- Schienung
- Osteosynthese

**Nachsorge**

#### 5.2.2 Dentoalveoläre Chirurgie

**Zahnextraktionen**

- Indikation und Kontraindikation zur Zahnentfernung
- Instrumentarium
- Extraktionstechnik
- Komplikationen während und nach Zahnentfernung

**Operative Zahnentfernung**

- Indikation und Kontraindikation zur Zahnentfernung
- Retentionsformen
- Zeitpunkt der Entfernung
- Therapeutisches Vorgehen

**Operative Freilegung retinierter Zähne / Operative Entfernung von Fremdkörpern,**

**Sequestertomien**

**Chirurgische Zahnerhaltung**

- chirurgische Kronenverlängerung
- Reimplantation, Transplantation, Hemisektion, Wurzelamputation
- Wurzelspitzenresektion

**Knochenzysten**

**Osteoplastiken**

**Neurolysen, Nervverlagerung**

**Wundrevisionen**

#### 5.2.3 Mukogingivale, parodontale und Weichgewebe-Chirurgie

**(präprothetische Chirurgie)**

**Geschlossene/offene Kürettage**

**Regenerative/augmentative Verfahren im PA-Bereich**

**Plastische Parodontalchirurgie**

**Lappenplastiken**

**Band- oder Narbenkorrekturen**

**Weichgewebezysten**

**Vestibulum- oder Mundbodenplastiken**

**Schleimhaut-/Bindegewebsstransplantate**

**Entfernung von Speichelsteinen**

**Entfernung von Fremdkörpern/Osteosynthesematerial**

- 5.2.4 Operative Therapie von Kieferhöhlenerkrankungen  
 Klinische/radiologische Beurteilung  
 Endoskopie/Sonografie  
 Plastischer Verschluss von MA-Verbindungen  
 Entfernung von Fremdkörpern  
 Operative Sanierung der odontogen erkrankten Kieferhöhle
- 5.2.5 Tumorchirurgie  
 Probeexzision/Biopsie  
 Verlaufsdiagnostik/Prophylaxe  
 Kriterien für Gut- und Bösartigkeit – Benignität/Malignität  
 Kooperation mit Fachkolleginnen und Fachkollegen (Pathologie, MKG-, HNO-Chirurgie, Anästhesie)  
 Operative Entfernung gutartiger Neoplasmen
  - aus dem Weichgewebe
  - aus dem Knochen
- 5.2.6 Traumatologie  
 Replantation, Reposition und Schienung luxierter Zähne
  - bei Kindern und Jugendlichen
  - bei Erwachsenen
 Frakturversorgung des Ober- und Unterkiefers
  - Notfallmanagement
  - Konservativ (dentale Schienenverbände)
  - Operativ (Osteosynthese)
 Versorgung von intra- und perioralen Weichgewebsverletzungen  
 Wundrevisionen
- 5.2.7 Septische Chirurgie  
 Chirurgische Therapie odontogener Infektionen  
 Versorgung chronischer Weichgewebs- und Knocheninfektionen  
 Wundrevision
- 5.2.8 Implantologie und augmentative Chirurgie  
 Grundlagen der prothetischen Planung und prothetischen Versorgung  
 Übertragung der Implantatposition gemäß Planungsunterlagen  
 Präparation des Implantatlagers
  - im kompromittierten Knochenlager
  - im normal strukturierten Knochen
  - im kortikalen Knochenlager
  - Einheilungszeiten oraler Implantate
  - offene oder geschlossene Einheilung
 Sofortimplantation und/oder Sofortbelastung  
 operative Freilegung von Implantaten  
 periimplantäres Weichgewebsmanagement  
 Komplikationsmanagement in der oralen Implantologie  
 Periimplantitis
  - Verfahren zur Biofilamentfernung und Augmentation periimplantärer Knochendefekte**Hartgewebe**
  - Materialien: autogen, allogene, xenogen, alloplastisch
  - Wachstumsfaktoren
  - Tissue engineering
  - Techniken: An-, Ein- und Auflagerungen, Transplantation, Distraction**Weichgewebe**
  - freier Gewebetransfer
  - gestielter Gewebetransfer
  - Mikrovaskularisierung**Implantate**  
**Epithetik**
- 5.2.9 Laserchirurgie  
**Inklusive der Sachkunde Laser**  
 Die in den Kapiteln 5.2.3 Mukogingivale, parodontale und Weichgewebschirurgie und 5.2.8 Implantologie und augmentative Chirurgie vermittelten Lehrinhalte sind auf Curricula zur Erlangung von Spezialisierungen in den Fachgebieten anrechnungsfähig.

- 5.3. Oralmedizinische Grundlagen
- 5.3.1 Pathologie der Hartgewebe  
 Entwicklungsstörungen oraler Gewebe und Organe  
 Karies  
 Pulpitis, apikale Parodontitis  
 Marginale Parodontitis  
 Infektionen im Bereich der Hartgewebe  
 Epitheliale und nicht-epitheliale Zysten  
 Odontogene Tumoren und benigne nichtodontogene Tumoren  
 Malignome der Kiefer  
 Metabolische, genetische und andere nicht neoplastische Erkrankungen  
 Erkrankungen der Kiefergelenke
- 5.3.2 Pathologie der Weichgewebe  
 Mundschleimhautveränderungen und -erkrankungen  
 Diagnose und Therapie  
 Gewebeproben für Histologie und direkte Immunfluoreszenz  
 Exfoliativzytologie und DNA-Zytometrie  
 Infektionen im Bereich der Weichgewebe  
 Veränderungen/Erkrankungen der Zunge  
 Benigne und maligne Weichgewebstumore  
 Erkrankungen der Speicheldrüsen
- 5.3.3 Systemerkrankungen mit Bedeutung für die Oralchirurgie  
 Osteopathien  
 Erkrankungen des Bindegewebes, Kollagenosen  
 Autoimmunerkrankungen  
 Erkrankungen des blutbildenden Systems  
 Erkrankungen der inneren Organe (Herz, Leber, Niere, Atmungsorgane)  
 Diabetes mellitus  
 Schilddrüsenerkrankungen  
 Dermatologische Erkrankungen  
 Blutgerinnungsstörungen
- 5.3.4 Patientinnen und Patienten mit besonderen Anforderungen  
 Schwere Allgemeinerkrankungen  
 Multimorbide Patientinnen und Patienten  
 Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko  
 Geriatrische Patientinnen und Patienten  
 Kinder  
 Menschen mit Behinderungen  
 Patientinnen und Patienten vor/nach Radiotherapie  
 Patientinnen und Patienten unter Bisphosphonattherapie
- 5.3.5 Psychosomatische Grundkompetenz  
 Akuter und chronischer Schmerz  
 Ätiologie, Therapie und Prophylaxe von Gesichtsnervenschmerzen und anderen Formen der Kiefer- und Gesichtsschmerzen  
 Atypischer Gesichtsschmerz
6. **Praktische Inhalte der Weiterbildung (OP-Katalog):**  
 Die praktische Weiterbildung hat einen Umfang von 140 ECTS-Punkten.  
 Innerhalb der einzelnen Hauptkategorien des OP-Kataloges können in einer Teilkategorie nicht vollständig erreichte Fallzahlen durch entsprechend erhöhte Fallzahlen in vergleichbaren Teilkategorien ausgeglichen werden.  
 Im Verlaufe der Weiterbildung hat die oder der Weiterzubildende die nachstehend aufgeführten Weiterbildungsinhalte zu dokumentieren. Der OP-Katalog ist sowohl von der oder dem Weiterzubildenden als auch von der oder dem Weiterzubildenden im Abstand von jeweils 6 Monaten zu unterzeichnen.

| Dentoalveoläre Chirurgie                                   | Fallzahlen |
|--|------------|
| <i>Operationsverfahren</i>                                 |            |
| Entfernung von Zähnen und Wurzelresten                     | 150        |
| Entfernung von retinierten und verlagerten Zähnen          | 300        |
| Freilegung von Zähnen zur kieferorthopädischen Einstellung | 15         |
| Wurzelspitzenresektionen                                   | 20         |
| (davon sollen 10 an Seitenzähnen durchgeführt werden)      |            |
| Wurzelspaltung, Replantationen, Transplantationen          | 5          |



|   |                   |
|---|-------------------|
| Zystentherapie<br>(min. 5 mit Defektfüllung)  | 25                |
| Augmentationen des alveolären Knochens<br>als eigenständige Leistung<br>(davon 10 Augmentationen mit autologem Knochen<br>und 5 Augmentationen des Sinusbodens) | 20                |
| <b>Mukogingivale, parodontale und Weichgewebs-Chirurgie</b>   |                   |
| <i>Operationsverfahren</i>  | <i>Fallzahlen</i> |
| Zahn- oder implantaterhaltende Kürettage (je Kiefer)<br>(davon min. 10 im offenen Verfahren)  | 50                |
| Zahn- oder implantaterhaltende Chirurgie<br>mittels augmentativer Verfahren   | 20                |
| Freie oder gestielte Lappenplastiken  | 15                |
| Weichgewebezysten   | 5                 |
| Vestibulum- oder Mundbodenplastiken, Band- oder<br>Narbenkorrekturen  | 15                |
| Operative Entfernung von Speichelsteinen  | 5                 |
| Operative Entfernung von Fremdkörpern/<br>Osteosynthesematerial   | 10                |
| <b>Chirurgie der odontogen erkrankten Kieferhöhle</b>   |                   |
| <i>Operationsverfahren</i>  | <i>Fallzahlen</i> |
| Plastischer Verschluss der eröffneten Kieferhöhle   | 20                |
| Operative Sanierung der Kieferhöhle   | 10                |
| <b>Tumorchirurgie</b>   |                   |
| <i>Operationsverfahren</i>  | <i>Fallzahlen</i> |
| Probeexzision/Biopsie/Exfoliativzytologie   | 20                |
| Operative Entfernung gutartiger Hart- und<br>Weichgewebsveränderungen   | 20                |
| <b>Traumatologie</b>  |                   |
| <i>Operationsverfahren</i>  | <i>Fallzahlen</i> |
| Replantation/Reposition luxierter Zähne<br>einschließlich Schienung   | 5                 |
| Versorgung von intra- und perioralen<br>Weichgewebsverletzungen   | 10                |
| Operative oder konservative Versorgung von<br>Frakturen des OK und UK   | 5                 |
| <b>Septische Chirurgie</b>  |                   |
| <i>Operationsverfahren</i>  | <i>Fallzahlen</i> |
| Operative Therapie akuter odontogener und oraler Infektionen  | 25                |
| Operative Versorgung chronischer Weichgewebs- und<br>Knocheninfektionen   | 15                |
| <b>Implantologie</b>  |                   |
| <i>Operationsverfahren</i>  | <i>Fallzahlen</i> |
| Einfache Implantationen im OK und UK (je Implantat)   | 20                |
| Implantationen im OK und UK in Kombination mit<br>augmentativen Maßnahmen   | 10                |
| <b>Anästhesieverfahren</b>  |                   |
| <i>Behandlungen</i>   | <i>Fallzahlen</i> |
| Selbstständige Durchführung von Sedierungsverfahren mit<br>apparativer Überwachung (Monitoring)   | 25                |
| Oralchirurgische Behandlung in Intubationsnarkose in<br>Zusammenarbeit mit einer Anästhesistin oder<br>einem Anästhesisten                                      | 25                |

**Anlage 2 zur Weiterbildungsordnung**

**Fachgebiet Kieferorthopädie**

1. Gegenstand und Bezeichnung des Fachgebietes
  - 1.1 Das Gebiet der Kieferorthopädie umfasst die Erkennung, Verhütung und Behandlung von Fehlbildungen des Kauorgans, von Zahnstellungs- und Bissanomalien sowie Kieferfehlbildungen und Deformationen der Kiefer sowie des Gesichtsschädels im gesamtmedizinischen Kontext.
  - 1.2 Die Fachgebietsbezeichnung auf dem Fachgebiet Kieferorthopädie lautet: „Fachzahnärztin für Kieferorthopädie“ oder „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“.

2. Dauer und Ort der fachspezifischen Weiterbildung
  - 2.1 Die fachspezifische Weiterbildung auf dem Fachgebiet Kieferorthopädie beträgt mindestens 3 Jahre. Davon unabhängig ist ein allgemeinärztliches Jahr nachzuweisen. Dieses ist vor Beginn der fachspezifischen Weiterbildung abzuleisten.
  - 2.2 Eine fachspezifische Weiterbildungszeit in kieferorthopädischen Abteilungen an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann bis zu drei Jahren angerechnet werden. Eine fachspezifische Weiterbildungszeit bei einer oder einem zur Weiterbildung ermächtigten, in eigener Praxis niedergelassenen Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Kieferorthopädie kann bis zu zwei Jahren angerechnet werden. Eine fachspezifische Weiterbildungszeit an einer kieferorthopädischen Abteilung eines Krankenhauses für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann bis zu einem Jahr angerechnet werden. Die Anrechnung setzt jeweils die Zulassung als Weiterbildungsstätte gemäß § 8 voraus.
  - 2.3 Von der dreijährigen fachspezifischen Weiterbildungszeit müssen zwei Jahre ohne Unterbrechung an einer Weiterbildungsstätte abgeleistet werden. Mindestens ein Jahr der fachspezifischen Weiterbildungszeit muss unter fachlicher, wissenschaftlich-verantwortlicher Leitung einer universitären Einrichtung erfolgen. Dies beinhaltet sowohl die praktischen Aktivitäten als auch die theoretischen Inhalte.
  - 2.4 Praktische Weiterbildungszeiten auf Vollzeitbasis an einer Weiterbildungsstätte müssen mindestens 12 Monate umfassen.
3. Voraussetzungen der Ermächtigung
 

Die Ermächtigung zur fachspezifischen Weiterbildung kann einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt, die oder der eine Anerkennung gemäß § 16 Absatz 1 erhalten hat, dann erteilt werden, wenn sie oder er gemäß § 11 Absatz 1

  - 3.1 als Leiterin oder Leiter einer kieferorthopädischen Abteilung an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder
  - 3.2 als Leiterin oder Leiter einer kieferorthopädischen Abteilung eines Krankenhauses für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde tätig ist oder
  - 3.3 nach ihrer oder seiner Anerkennung als Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für Kieferorthopädie mindestens fünf Jahre beschränkt auf das Gebiet der Kieferorthopädie in eigener Praxis tätig gewesen ist.
4. Voraussetzungen der Zulassung als Weiterbildungsstätte im Fachgebiet Kieferorthopädie
 

Die Weiterbildungsstätte muss die räumlichen, technisch-apparativen und personellen Voraussetzungen erfüllen, um den Erwerb der nachfolgend unter 5. aufgeführten Kenntnisse und Fertigkeiten zu gewährleisten. Die Zulassung als Weiterbildungsstätte richtet sich im Übrigen nach der entsprechenden Richtlinie der Zahnärztekammer.
5. Theoretische und praktische Inhalte der Weiterbildung
 

Die erasmusbasierte Weiterbildung Kieferorthopädie hat einen Gesamtumfang von 180 ECTS-Punkten. Im theoretischen Teil der Weiterbildung (Unterricht, Eigenstudium, Fallplanung, Fallplanungskonferenzen, Forschung und Lehre) sowie in der praktischen Weiterbildung erwirbt die oder der Weiterzubildende umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Planung und Anwendung aller für eine moderne wissenschaftlich orientierte Kieferorthopädie relevanten Behandlungsgeräte und -techniken wie herausnehmbare Geräte (incl. Funktionskieferorthopädische Geräte), Multi-band-/Multibrackettechniken und extraorale Geräte. Soweit die oder der Weiterzubildende an Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 4 dieser Weiterbildungsordnung teilgenommen hat, entscheidet der Prüfungsausschuss im Fachgebiet Kieferorthopädie im jeweiligen Einzelfall, ob und inwieweit die in diesen Veranstaltungen vermittelten Fortbildungsinhalte auf die theoretische Unterweisung im Rahmen der Weiterbildung angerechnet werden können.
- 5.1. Medizinische Grundlagen
  - Anatomie/Embryologie/Genetik/Zellbiologie**
    - Makroskopische und funktionelle Anatomie des Kopfes
    - Embryologie
    - Zellbiologie
    - Genetik
    - Wachstum und Entwicklung des menschlichen Körpers
  - Klinische Medizin**
    - HNO
    - Logopädie/Myofunktionelle Therapie

- Dermatologie/Allergologie
- Pädiatrie
- Orthopädie

**Psychologie des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen**

- Psychosoziale Grundlagen
- Beziehung zwischen Kieferorthopäde und Patientin oder Patient
- Psychologie der Patientin oder des Patienten
- Motivierung und Mitarbeit
- Patienten- und Gesprächsführung
- Persönlichkeitsunterschiede, Problempatientinnen und -patienten
- Konfliktmanagement
- Stress- und Belastungsmanagement

**5.2. Diagnostik**

**Kieferorthopädischer Befund**

- Anforderungen an die KFO-Dokumentation
- Strukturierte Diagnostik einschließlich Differentialdiagnostik

**Modellanalyse**

- Abformung
- Prinzipien des 3D-orientierten Modells
- Modellanalysen

**Kephalometrie/Fotostatik**

- Grundlagen der Kephalometrie
- Durchzeichnungen per Hand
- EDV-gestützte Kephalometrie
- Kephalometrische Analysen/Wachstumsanalysen
- Fotostatik, Weichteilanalysen
- Digitale Fotografie, Prinzipien EDV-gestützter Fotostatik
- Video- und 3D-Diagnostik

**Röntgen und andere bildgebende Verfahren**

- Strahlenschutz, Qualitätssicherung
- Röntgentechniken, digitales Röntgen
- CT, MRT, DVT (inkl. Erwerb der Sach- und Fachkunde DVT)
- Röntgendiagnostik in der Kieferorthopädie

**Bestimmung des skelettalen Alters**

**Funktionsdiagnostik**

- Klinische Funktionsanalyse
- Manuelle Funktionsdiagnostik
- Instrumentelle Funktionsdiagnostik
- Elektronische Registrierung

**Indikationsbezogene Behandlungsplanung**

- Angle-Klasse II
- Angle-Klasse III
- Offener Biss
- Tiefbiss
- Asymmetrien
- Zahntraumen
- Indikation von Non-Ex vs. Ex-Therapie
- Lückenschluss vs. -öffnung
- Kiefergelenkfortsatzfrakturen

**Kieferorthopädische Diagnostik, Behandlungsziel und -planung, Analyse des Behandlungsergebnisses**

- Behandlung im Milch- und Wechselgebiss/bleibenden Gebiss
- Funktionelle Anomalien
- Dentoalveoläre Anomalien (trans., vert., sag.)
- Skelettale Anomalien (trans., vert., sag.)
- Besonderheiten (LKG-Spalten, kraniofaziale Fehlbildungen, Syndrome)

**5.3 Ätiologie/Morphogenese**

**Gebissentwicklung**

**Gebissentwicklung und Dentitionsfolge**

- Entwicklungsstörungen und Anomalien des Zahnwechsels
- Okklusion und Funktion

**Entwicklung des Schädels und des Gesichtes**

- Schädel- und Gesichtsentwicklung
- Entwicklungsstörungen
- (Patho)physiologie von Zahn- und Gebissfehlstellungen/Dysgnathien

**Prophylaxe und Frühbehandlung**

- Physiologie des Atmens/Sprechens/Saugens/Schluckens/Kauens
- Ätiologie, Bedeutung und Prävention von Dysfunktionen
- Kieferorthopädische Frühbehandlung

**Kariesprophylaxe**

- Systematische Gingivitis- und Demineralisierungsprophylaxe
- Kariesrisikobestimmung und Prävention

**Behandlungsbedarf in der Kieferorthopädie**

- Indizes nach
  - funktionellen Kriterien
  - ästhetischen Kriterien

**5.4. Therapie/Prognose**

**Therapie von Funktionsstörungen**

- Kraniofaziale Dysfunktionen
- Schienentherapie und -herstellung

**Grundlagen der orthodontischen/orthopädischen Bewegungen (Wirkungen, Nebenwirkungen)**

- Biologie der Zahnbewegung/Zellbiologie
- Biologische Aspekte kieferorthopädischer Kräfte
- Grundlagen der orthodontischen Behandlung

- FEM

- Tiermodelle

**Risiken einer KFO-Behandlung**

- Iatrogene Effekte
- Wurzelresorptionen
- Parodontale Schädigungen

**Stabilität und Rezidiv**

- Ursachen für Rezidive
- Posttherapeutische Stabilität
- Langzeitstabilität
- Rezidivprophylaxe

**Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement bzgl.**

- Diagnostik und Differentialdiagnostik
- Therapieplanung
- Therapieablauf
- Retention
- Langzeitstabilität

**Erwachsenenbehandlung**

- Prinzipien der Erwachsenenbehandlung unter Berücksichtigung von
  - Histologie
  - Osteoporose
  - Medikamentöser Beeinflussung

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Oralchirurgie**

- Therapie retinierter/verlagerter Zähne
- Orthodontisch genutzte Implantate, Minischrauben, Platten als Verankerungshilfen
- Präimplantologische KFO-Therapie

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Kieferchirurgie**

- Chirurgisch unterstützte Gaumennahterweiterung
- Kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie von Dysgnathien
- Distraktionsosteogenese

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Prothetik**

- Kombiniert restaurativ-implantologischkieferorthopädische Therapie

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Parodontologie**

- Ätiologie von Parodontalerkrankungen
  - Entzündlich
  - Nicht entzündlich
- Parodontalerkrankungen
- Parodontaldiagnostik
- Parodontaltherapie
  - initialtherapie
  - Chirurgisch
  - Nicht chirurgisch

- Wechselwirkung zwischen KFO und Parodontologie

**Multidisziplinäre Behandlung von Patienten mit LKG-Spalten Syndrome mit kraniofazialer Beteiligung**

**5.5. Behandlungsmittel**

**Abnehmbare Geräte**

- Grundlagen
- Konstruktionszeichnung, Laborherstellung
- Handhabung mit Anpassung, Eingliederung, Kontrolle

**Funktionskieferorthopädische Geräte**

- Grundlagen
- Konstruktionszeichnung, Laborherstellung

- Handhabung mit Anpassung, Eingliederung, Kontrolle
- Funktionskieferorthopädische Geräte im Vergleich

#### Orthodontische Apparaturen und Biomechanik

- Befestigungselemente
    - Vestibulär
    - lingual
  - Orthodontische Bögen
  - Orthodontische Hilfsmittel
  - Systematik der Behandlungsphasen
  - Behandlungstechniken mit Typodontübungen
    - Standard Edgewise
    - Straight-Wire-Technik
    - Segmentbogen-Technik
  - Verankerung mittels Minischrauben, Gaumenimplantaten, ossär verankerten Platten
  - Weitere MB-Techniken und deren Prinzipien
  - Festsitzende Teilapparaturen
  - Retentionsapparaturen
- #### Festsitzende bimaxilläre Geräte
- Herbst-Scharnier
  - Andere Systeme und ihre Prinzipien
- #### Extraorale Geräte
- Headgear (direkt, indirekt; verschiedene Zugrichtungen)
  - Gesichtsmasken/Frontalzug-Headgear
  - Kopfkinnkappe, Kopfkinnshale

#### 5.6 Wissenschaftliche Arbeiten

##### Literatur

- Einweisung in das Literaturstudium mit Literaturrecherchen inkl. Nutzung von Datenbanken
- Übersicht über Bücher und Zeitschriften
- Regeln für das Bewerten von Publikationen
- Cochrane und evidenzbasierte Kieferorthopädie

##### Biostatistik und Epidemiologie

- Deskriptive Statistik
- Analytische Statistik
- Epidemiologie

##### Forschungsmethodik

- Methoden wissenschaftlichen Arbeitens

#### 5.7 Praxismanagement

##### Praxishygiene

- Instrumentenreinigung
- Desinfektion
- Sterilisation
- Hygieneplan

##### Management der oralen Gesundheit und Sicherheitsmaßnahmen in der KFO-Praxis

- Gesetzliche Grundlagen für
- Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen
- Arbeitssicherheit

##### Abrechnung/Gebührenordnung

- Erstellung von HK-Plänen
- KIG
- GKV-Abrechnung
- GOZ/GOÄ
- Übungen zur Abrechnung

##### Praxisorganisation

- Praxisgründung, -übernahme, -organisation
- Praxisteamorganisation
- Arbeitsrecht
- Qualitätsmanagement

##### Ergonomie

##### Berufskunde/Ethik

- Forensik, Gutachten, Gerichtsgutachten
- Berufsrecht
- Kammerrecht
- Ethische Aspekte kieferorthopädischen Handelns

#### 5.8 Arbeit am Patienten

##### Behandlung 50 neue Patientinnen und Patienten

- Kinder/Jugendliche/Erwachsene

- Dysgnathien alveolär/skelettal
  - Sagittal
  - Transversal
  - Vertikal
- interdisziplinäre Behandlungen

#### Anlage 3 zur Weiterbildungsordnung

##### Fachgebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“

Die Weiterbildung im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ erfolgt nach den Vorschriften des Heilberufekammergesetzes in der jeweils gültigen Fassung.

Davon unabhängig ist ein allgemeinärztliches Jahr nachzuweisen. Dieses ist vor Beginn der fachspezifischen Weiterbildung abzuleisten.

#### Richtlinie über die besonderen Voraussetzungen für die Zulassung als Weiterbildungsstätte

gemäß Anlage 1, Ziffer 4. Satz 2 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und zur klinischen Anbindung einer Praxis gemäß Anlage 1, Ziffer 2.2 Satz 2 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

- I. Die Zulassung als Weiterbildungsstätte gemäß Anlage 1, Ziffer 4. Satz 2 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein richtet sich nach der Zahl der in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung durchgeführten Eingriffe:
  1. Eine dreijährige Weiterbildungsberechtigung setzt mindestens 1000 zahnärztlich-chirurgische Eingriffe voraus. In der Weiterbildungsstätte muss neben der ambulanten Versorgung auch ein angemessener Anteil an stationär oder teilstationär zu versorgenden Patientinnen und Patienten, insbesondere von Unfallverletzten oder Kieferbruchpatientinnen und -patienten, möglich sein.
  2. Eine zweijährige Weiterbildungsberechtigung setzt mindestens 800 zahnärztlich-chirurgische Eingriffe voraus.
  3. Eine einjährige Weiterbildungsberechtigung setzt mindestens 500 zahnärztlich-chirurgische Eingriffe voraus.
- II. Praxen müssen für den Erhalt einer dreijährigen Weiterbildungsberechtigung gemäß Ziffer I. 1. zusätzlich zu den dort genannten Voraussetzungen das Kriterium der klinischen Anbindung gemäß Anlage 1, Ziffer 2.2 Satz 2 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein erfüllen. Dieses wird wie folgt definiert:
  - Notfall- und Intensivmedizin und
  - Betreuung mehrtägig stationärer Patientenfälle und
  - interdisziplinäre Zusammenarbeit (insbesondere mit Intensivmedizin, Innere Medizin, Chirurgie/Neurochirurgie)

Wünschenswert ist darüber hinaus:

  - Begleitung von Tumor- und Spaltpatientinnen und -patienten.

#### Richtlinie über die besonderen Voraussetzungen für die Zulassung als Weiterbildungsstätte gemäß Anlage 2, Ziffer 4. Satz 2 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Die Zulassung als Weiterbildungsstätte setzt voraus, dass der weiterzubildenden Zahnärztin oder dem weiterzubildenden Zahnarzt eine genügende Zahl selbst zu behandelnder Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.

In der kieferorthopädischen Praxis der zu ermächtigenden Zahnärztin oder des zu ermächtigen-den Zahnarztes soll die Anzahl der aktiven Behandlungen mindestens 400 pro Quartal betragen und 800 pro Quartal nicht überschreiten.

In der kieferorthopädischen Abteilung einer Hochschuleinrichtung oder eines Krankenhauses für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde müssen jeder weiterzubildenden Zahnärztin oder jedem weiterzubildenden Zahnarzt regelmäßig mindestens 40 aktive Behandlungsfälle pro Quartal zur Verfügung stehen.

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein



# Satzung des Versorgungswerkes

Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 22. November 2014 eine Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat diese Satzung genehmigt, die Veröffentlichung erfolgte auf der Homepage der Zahnärztekammer unter [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de), Rubrik „Wir über uns“ – „Amtliche Bekanntmachungen.“

Aufgrund des § 4 i. V. m. § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Heilberufekammergesetzes vom 29. Februar 1996 (GVBl. Schl.-H. S. 248), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Januar 2014 (GVBl. Schl.-H. S. 17), erlässt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung am 22. November 2014 mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde folgende Satzung:

## Artikel 1

Die Satzung für das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein vom 30. März 1974 (Amtsbl. Schl.-H./AAz. S. 155), zuletzt geändert durch Satzung vom 27. Dezember 2012 (Amtsbl. Schl.-H. S. 60), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 entfallen die Buchstaben c und d. Die Buchstaben e bis g werden zu den Buchstaben c bis e.
2. § 13 wird wie folgt geändert:
  - a. In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:  
„Zahlungen an das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein sind ausschließlich unbar vorzunehmen.“
  - b. Absatz 3 erhält folgende Fassung:  
„(3) Das Versorgungswerk ist berechtigt, nach Anmahnung der rückständigen Beiträge diese nach den Vorschriften über die Beitreibung von Geldbeträgen im Verwaltungszwangungsverfahren einzuziehen.“
  - c. Folgende Absätze 4 und 5 werden angefügt:  
„(4) Die durch die Einziehung des Beitrages entstehenden Kosten sind vom Pflichtmitglied zu tragen. Erfolgen Zahlungen auf Beitragsrückstände, sind zuerst die entstandenen Vollstreckungskosten, dann die Säumniszuschläge oder Rücklastkosten und zuletzt die Rückstände zu tilgen, wobei der älteste Rückstand zuerst zu bedienen ist. Ein Leistungsbestimmungsrecht des Mitgliedes ist ausgeschlossen.  
  
(5) Befindet sich ein Mitglied mit seiner Beitragszahlung mehr als drei Monate im Rückstand, so hat es nur Anspruch auf Leistungen, die seinen tatsächlichen Beitragszahlungen entsprechen. Kommt ein Mitglied seiner Zahlungsverpflichtung nicht nach, bringt das Versorgungswerk entstandene Kosten bei Eintritt des Versorgungsfalles jeweils von den letztmalig eingegangenen Beitragszahlungen in Abzug.“
3. § 19 wird wie folgt geändert:
  - a. Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:  
„(6) Für die Zahlung der Versorgungsleistungen hat der Leistungsempfänger ein Bank-, Sparkassen- oder Postbankkonto zu benennen und ggf. einzurichten. Kosten, die für Überweisungen des Versorgungswerkes in Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf Wunsch eines Mitgliedes entstehen, sind vom Mitglied selbst zu tragen.“
  - b. Die bisherigen Absätze 6 und 7 werden zu den Absätzen 7 und 10.

- c. Nach Absatz 7 werden folgende Absätze 8 und 9 eingefügt:  
„(8) Der Anspruch auf Versorgungsleistungen ist nicht durchsetzbar, bevor die Versorgungsleistungen durch Bescheid des Versorgungswerkes festgestellt wurden.  
  
(9) Eine Verzinsung unterbliebener Versorgungsleistungen erfolgt nicht.“

- d. In Absatz 10 werden folgende Sätze 2 bis 4 angefügt:  
„Für die Hemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend. Sofern bei Antragstellung bzw. Widerspruchserhebung die geltend gemachten Versorgungsleistungen nicht verjährt waren, beginnt die Verjährung auch mit der schriftlichen Antragstellung sowie der Widerspruchserhebung neu. Maßgeblicher Zeitpunkt ist der Eingang des Antrags bzw. des Widerspruchs bei dem Versorgungswerk.“

4. In § 21 Absatz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

„Der Verwaltungsausschuss kann die Leistungsgewährung ebenfalls von der Durchführung geeigneter und zumutbarer Behandlungen abhängig machen, sofern durch die Behandlung die Möglichkeit der Wiederherstellung der Berufsfähigkeit besteht.“

5. In § 27 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Kommen Mitglieder ihren Mitwirkungs-, Leistungs- und Nachweispflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann das Versorgungswerk ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert. Die besonderen Mitwirkungspflichten gelten für das Widerspruchsverfahren entsprechend.“

6. Im Beitrags- und Leistungsverzeichnis wird unter Gliederungspunkt II. Berufsunfähigkeitsrente, Buchstabe b der zweite Satz wie folgt gefasst:

„Die Berufsunfähigkeitsrente wird bei Erreichen der Altersgrenze gem. § 20 (1) der Satzung abhängig vom Geburtsjahrgang in gleicher Höhe als Altersrente fortgezahlt.“

7. Im Beitrags- und Leistungsverzeichnis wird unter Buchstabe E. Zuschlag zum Altersruhegeld für Nichtmitglieder bei Ehescheidungen ab dem 1. September 2009 Leistungstabelle gem. § 21 a der Satzung vor den Tabellen folgender Satz eingefügt:

„Die Gültigkeit der Tabellen bezieht sich auf die Rechtskraft des Versorgungsausgleichs“

## Artikel 2

Die Änderung tritt am Tage nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

*Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein*

## Fortbildung – Tagungen

### Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie lädt zur Jahrestagung

Vom 14. bis 15. Mai 2015 findet die 65. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft (AGKI) für Kieferchirurgie in Bad Homburg statt zusammen mit der 36. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin.

Der 1. Vorsitzende der AGKI, Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang aus Kiel, lädt die schleswig-holsteinischen Zahnärztinnen und Zahnärzte zu dieser Tagung herzlich ein.

Die Jahrestagung widmet sich den Leitthemen „Interdisziplinäre zahnärztlich-chirurgische Therapie des Kindes“ und „Nervverletzung: Diagnostik und Therapie“. Neben neuen Aspekten in der Behandlung von Zahntraumata bei Kindern steht die zahnärztlich-chirurgische Therapie des Kindes insbesondere unter interdisziplinären Aspekten im Vordergrund. Beim zweiten Thema geht es neben traumatischen Nervverletzungen um Nervschädigungen durch Lokalanästhetika-Injektion.

Im Rahmen von zwei Disputationes wird zum einen der Frage nachgegangen, ob die Socket Preservation immer erforderlich ist oder sogar nie und ob Osteosynthesematerial zwangsläufig entfernt werden muss. Weiterhin wird der Seminarzyklus der Arbeitsgemein-

schaft für Kieferchirurgie fortgeführt. Der Seminarzyklus ermöglicht dem Praktiker zu prüfen, ob sich sein Wissen auf dem derzeitigen Kenntnisstand befindet.

Das Modul 3 beschäftigt sich mit der Weisheitszahnentfernung, der Wurzelspitzenresektion und der Zahntransplantation, das Modul 4 mit Zahntraumata.

Das breite Spektrum der Tagung wird ergänzt durch die bewährte enge Kooperation mit dem interdisziplinären Arbeitskreis für Oralpathologie und Oralmedizin. Dieser gibt eine Standortbestimmung zur oralen Bürstenbiopsie, widmet sich dem wichtigen

Thema des oralen Lichen sowie der Diagnostik und Therapie oraler Aphten und gibt einen Überblick über den Aussagegewert des Dysplasie-Gradings.

Traditionell ist die Tagung durch anregende Diskussionen und Gespräche gekennzeichnet - mit einem besonderen Augenmerk auf das kollegiale Miteinander.

AGKI

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



### Curriculum Zahnärztliche Implantologie

Veranstalter: Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Für Einsteiger in die Implantologie wie auch für Kolleginnen und Kollegen, die ihre Kenntnisse erweitern und festigen wollen.

Ablauf: 8 Module : freitags 14 – 20 Uhr, samstags 9 – 17 Uhr;  
2 Hospitationen, 1 Implantation/Supervision, Abschlussgespräch  
Gebühr: 3.200 EUR zzgl. weiterer Gebühren

Veranstaltungsorte: Greifswald und Rostock

Das Curriculum startet mit Modul 1 „Einstieg in die Implantologie in der zahnärztlichen Praxis“ am 27./28. Februar 2015 in Greifswald.

Information und Anmeldung:

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Christiane Höhn  
Tel. 0385/59108-13, E-Mail: [ch.hoehn@zaekmv.de](mailto:ch.hoehn@zaekmv.de)  
[www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de), Rubrik Zahnärzte - Fortbildung



## Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

### Curriculum Implantologie – Start im 2. Halbjahr 2015

Fortbildung jeweils  
Freitag 14.30 – 19.30 Uhr,  
Samstag 9.00 – 17.00 Uhr  
Orte:  
Heinrich-Hammer-Institut  
und  
CAU zu Kiel

Die DGI führt das Curriculum Implantologie als Qualifizierung der zertifizierten postgradualen Ausbildung seit 1998 durch. Das Curriculum der DGI wird in Zusammenarbeit mit der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) der DGZMK und der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein (ZÄK-SH), hier dem Heinrich-Hammer-Institut (HHI), durchgeführt. Der Unterricht findet, bis auf das Modul 0, an der Kieler Universität und im HHI statt. Die Fortbildung läuft ungefähr über die Dauer von eineinhalb Jahren, sie umfasst neun zweitägige Wochenendveranstaltungen, von denen sechs im Heinrich-Hammer-Institut absolviert werden können.

|          |                  |              |
|----------|------------------|--------------|
| Modul 0: | 11./12. 9. 2015  | [Einführung] |
| Modul 1: | 16./17. 10. 2015 |              |
| Modul 2: | 15./16. 1. 2016  |              |
| Modul 3: | 22./23. 4. 2016  |              |
| Modul 4: | 20./21. 5. 2016  |              |
| Modul 5: | 9./10. 9. 2016   |              |
| Modul 6: | 11./12. 11. 2016 |              |
| Modul 7: | 13./14. 1. 2017  |              |
| Modul 8: | 3./4. 3. 2017    |              |



### Information

Heinrich-Hammer-Institut · Nicole Haltenhof · Westring 496 · 24106 Kiel  
Tel. 0431/260926-80 · Fax 0431/260926-15 · E-Mail: [haltenhof@zaek-sh.de](mailto:haltenhof@zaek-sh.de)

VORANKÜNDIGUNG

**Bekanntgabe von Prüfungsterminen:****zentrale schriftliche Abschlussprüfung Sommer 2015:**

Mittwoch, 3. Juni 2015

Anmeldeschluss: 20. März 2015

*Informationen zu den Terminen der praktischen Abschlussprüfung erscheinen in der nächsten Ausgabe des Zahnärzteblattes.***Fortbildung in Kreisvereinen****Zahnärztereinigung Kreis Segeberg e.V.**

Am: 11. März 2015, 19.00 h

Ort: Bad Bramstedt, Tryp by Wyndham Hotel / Köhlerhof

Thema: To save or to extract – Risiko und Prognose parodontaler Behandlung

Referent: Dr. Christian Graetz,

Klinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des UK SH

**Verein Lübecker Zahnärzte e.V.**

Am: 12. März 2015, 19.30 h

Ort: Lübeck, Restaurant Nordwind

Thema: Der Zahnarzt im Prothetik-Einigungsausschuss

Referent: Bernd Einfalt, Kiel

**Verein der Zahnärzte des Kreises Rendsburg-Eckernförde e.V.**

Am: 17. März 2015, 20.15 h

Ort: Rendsburg, Hotel Conventgarten

Thema: Umsetzung der aktuellen Hygienevorschriften im Praxisalltag

Referent: Dr. Kai Voss, Kirchbarkau

**Kammerversammlung****der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein**

28. März 2015 • 9.30 Uhr

Zahnärztekammer, Westring 496, Kiel

**Tagesordnung**

Gastreferat mit Diskussion

Prof. Dr. Alena Buyx, CAU Kiel: Vortrag zur ärztlichen Ethik

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

**Anzeigen****Praxisauflösung:**

Sehr günstig neuwertiges Prophylaxezimmer aus 2012 zu verkaufen: Kompaktplatz Easy KFO2/Prophy Ultradent mit Airflow Master Piezon, Lampen, Schränke, Vacuklav40B/Meladerm/Melacontrol, Bluephase. Fotos anfordern unter: [praxis-nf@gmx.de](mailto:praxis-nf@gmx.de)  
Tel.: 04841-74275

**ZA-Praxisräume in Lütjenburg/Ostsee**

Biete schöne Praxisräume in bester Lage. Einrichtung und Wohnung können gestellt werden. Nach Wegfall von drei Alterspraxen besteht ein hoher Behandlungsbedarf mit langen Wartezeiten, großer Einzugsbereich (7 Autohäuser).

Chiffre-Nr.: 1-02/2015

## BVA will Boni beschränken

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gefordert, Boni an Vorstände gesetzlicher Krankenkassen nur zu zahlen, wenn es berechtigt ist. Der Zahlung müssten „sachgerechte und messbare, das heißt objektivierbare Zielvereinbarungen zu Grunde liegen“, so das BVA.

Außerdem müsse das Erreichen nachgewiesen werden und es sich um Ziele handeln, die von den Chefs auch tatsächlich „beeinflusst werden können und auch beeinflusst worden sind“.

Die gezahlten Prämien müssten zudem „transparent“ und „nachvollziehbar“ sein und bei der höchst-

zuverlässigen Gesamtvergütung berücksichtigt werden.

Das BVA hält ein Gehalt von jährlich 100.000 Euro für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse bis 25.000 Mitglieder für akzeptabel, bei 150.000 sollen es maximal 150.000 Euro sein, bei Kassen mit bis zu fünf Millionen Mitgliedern maximal 200.000 Euro im Jahr.

Bei einigen Kassen haben sich Boni zu einem zweiten Einkommen entwickelt. So gab es 2013 etwa bei der Energie BKK 74.200, bei der Audi BKK 70.000 und bei der AOK Bayern 55.646 Euro.

*JH, and*

## Montgomery aus SPD ausgetreten

Bundesärztekammerpräsident Frank-Ulrich Montgomery ist Ende vergangenen Jahres aus der SPD ausgetreten. Bereits das Regierungsprogramm seiner Partei hatte er als einen „Angriff auf die ethischen Prinzipien der deutschen Ärzteschaft“ gescholten.

Laut FAZ sollen für den Schritt vor allem zwei Gründe ausschlaggebend gewesen sein: Die Wahl des Linkspolitikers Bodo Ramelow in Thüringen mit den Stimmen der SPD zum Ministerpräsidenten und das Mitte Dezember vom Bundeskabinett auf Vorlage der SPD-Arbeitsministerin Andrea Nahles beschlossene „Tarifeinheitsgesetz“.

Mit dem Gesetz will Nahles die Macht von Spartengewerkschaften beschneiden, was auch den Marburger Bund –

die größte Vereinigung angestellter Ärzte – ins Abseits drängen dürfte. Nach den Vorstellungen der Ministerin soll in Betrieben mit konkurrierenden Tarifverträgen der Vertrag gelten, der für die Mehrheit der Belegschaft abgeschlossen wurde. Mit der Sonderstellung von Ärzten in Krankenhäusern wäre es dann vorbei.

Der Marburger Bund, dessen Präsident „Monti“ 18 Jahre lang war, ist empört. Das sei ein Angriff auf die grundgesetzlich verbrieften Rechte von 115.000 Mitgliedern des Marburger Bundes und Hunderttausenden von Arbeitnehmern in anderen Gewerkschaften. Etwa zwei Drittel der Krankenhausärzte sind beim Marburger Bund organisiert.

*JH*

Über die Bedeutung der Ethik im wirt

## Macht Erfolg Sinn?

*Als sich die Klasse nach dem Abitur noch mal mit ihren Lehrern zu einem gemeinsamen Abschluss trifft, fragt der Lehrer einen der ehemaligen Schüler, was er denn nun nach dem Abitur machen wolle. Darauf sagt der Schüler: Ich überlege, ob ich Wirtschaftsethik studieren soll. Antwortet der Lehrer: Tja, da wirst Du dich wohl entscheiden müssen.*

Das ist eine weit verbreitete Ansicht: entweder Ethik – oder Wirtschaft. Beides zusammen, so denken Viele, gehe nicht.

Entweder ist man gut, dann hat man meist wenig Erfolg – so die landläufige Ansicht – oder man hat Erfolg, dann ist aber der Preis dafür, dass man es mit der Ethik nicht so genau nimmt und folglich schlecht schläft.

Stimmt das? Beziehungsweise:

Was ist eigentlich Erfolg?

Man kann auf diese Frage nur eine befriedigende Antwort finden, wenn man sich um eine andere Frage nicht herumdrückt: Wie steht es um den Sinn?

Um die Antwort gleich vorweg zu nehmen: Erfolg an sich macht überhaupt keinen Sinn. Oder anders formuliert: Der Sinn des Lebens ist nicht das Streben nach Erfolg.

Dauerhaft macht kein Mensch etwas – und sei er damit noch so erfolgreich – wenn er darin nicht irgendeinen Sinn erkennen würde. Wer Erfolg unter Ausklammerung der Sinnfrage definieren will, gelangt zu einem völlig anderen Erfolgsbegriff, als derjenige, der die Frage nach dem Erfolg von Anfang an mit der nach dem Sinn verbindet.



## chaftlichen Handeln

**Wird unter Erfolg** nur der wirtschaftliche Erfolg verstanden, dann wird das ökonomische Denken immer mehr Besitz vom Menschen ergreifen und ihn letztlich durch und durch prägen. Dann wäre der Mensch nichts anderes als jener *homo oeconomicus*, der einzig und allein durch das Denken in marktwirtschaftlichen Kategorien sein eigenes Sein definiert.

**Ich will nicht leugnen**, dass ich derzeit genau diese Gefahr in unserer Gesellschaft sehe: dass sie nichts anderes als einen engstirnigen und auf wirtschaftlichen Erfolg programmierten *homo oeconomicus* als Idealbild vor Augen hat und nur für ihn die optimalen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen schafft. Der Staat tut viel dafür, die Menschen für den Kapitalismus fit zu machen.

**Turboabitur** anstelle von Bildungsentfaltung, Wirtschaftslehre anstelle von Religion und Ethik als Schulfächer und wichtiger als Fremdsprachen ist heute, dass ein Schüler bereits in der 10. Klasse die wesentlichen Begriffe des deutschen Steuersystems kennt.

**Nur acht Prozent aller Deutschen besitzen Aktien.** Aber nach allen Nachrichten kommt der Börsenbericht, als eine Art Barometermeldung für die gesellschaftliche Tagesstimmung.

**Ich frage mich manchmal**, wie unsere Gesellschaft wäre, wenn wir anstelle der stündlichen Aktienmeldungen sehen und hören würden, wie sich die Welthungersituation heute darstellt. Wie wäre unsere Gesellschaft, wenn anstelle der Börsennachrichten, die – nach dem Gesetz des steten Tropfens, der den Stein höhlt – einen kapitalistisch denkenden Menschen heranbilden, ein Kurzbericht darüber erfolgen

würde, wie viele Kinder heute vor Hunger gestorben, wie viele Menschen heimatlos geworden sind oder wie viele sich weltweit auf der Flucht befinden?

**Koppelt man hingegen** die Frage nach dem Erfolg an die Sinnfrage, dann ändert sich plötzlich die Vorstellung von dem, was Erfolg ist. Ökonomischer Erfolg ist dann eingebunden in ein Gesamt aller persönlichkeitsbildenden Faktoren und ist nur ein Steinchen in dem mystischen Glasperlenspiel der Einzigartigkeit und Individualität eines jeden Menschen, der auf der Suche nach sich selbst und zugleich nach dem Sinn ist.

Ökonomischer Erfolg ohne Sinn macht unglücklich. Erfolg ist ein Nebenprodukt des menschlichen Sinnstrebens, denn letztlich besteht Erfolg darin, eine innere Balance zu finden zwischen all den unterschiedlichen Strebungen, Bedürfnissen, An- und Herausforderungen, mit denen jeder einzelne Mensch sich selbst immer wieder konfrontiert sieht.

**Damit kommen wir** zum Ausgangsgedanken zurück: Menschliches Wirtschaften braucht die Ethik als jenes Mittel, mit dessen Hilfe das marktwirtschaftliche Denken in seinen Grenzen gehalten wird. Wirtschaftsethik soll dafür sorgen, dass ökonomisches Denken nicht übermächtig wird und soll im besten Fall dazu beitragen, dass der Mensch zu einer inneren Balance findet, die ihm immer wieder die Quellen des wirklichen Glücks erschließt. Wirtschaftsethik ist kein Selbstzweck und kein Feigenblatt – richtig verstanden verhilft sie zu innerer Ausgeglichenheit und zum Glück.

*Pater Dr. Dr. Hermann-Josef Zoche*

### DER AUTOR



**Pater Dr. Dr. Hermann-Josef Zoche**, geb. 1958 in Bremen, Studium der Philosophie und Theologie in Frankfurt /M.,

Freiburg, München und Augsburg. Promotion in katholischer Theologie (Augsburg, über Gnadenlehre) und in allgemeiner Philosophie (Freiburg, über Systeme des Denkens). Ordenseintritt bei den „Brüdern vom gemeinsamen Leben“. Priesterweihe (1987). Seit 1991 Pfarrer in Waldkirch bei Waldshut, freier Journalist, Seminare und Vorträge für Führungskräfte und Management; zahlreiche Zeitschriftenbeiträge und mehr als zwanzig Bücher (darunter Die JESUS AG, Die 10 Gebote für Manager, Jesus und die Marktwirtschaft, das Bibel-Brevier für Manager, 100 Meditationen für Manager u. a.), über 1000 Reden und Vorträge in unterschiedlichen Themenbereichen der Wirtschaftsethik über, Macht, Moral, Erfolg, Sinn, Glück, Freude etc.

### KONTAKT

Pater Dr. Dr. Hermann-Josef Zoche  
Katholische Pfarrei Sankt Marien  
Waldshut/Waldkirch  
Am Kirchhof 2  
79761 Waldshut-Tiengen  
E-Mail: kontakt@paterzoche.de  
www.paterzoche.de

## 22. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag 21. März 2015 · Holstenhallen Neumünster

Vom ersten bis zum letzten Zahn –  
Behandlungskonzepte für Generationen

8.30 Uhr **Offizielle Eröffnung der Dentalausstellung**

### Programm Zahnärztinnen/Zahnärzte

- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**  
*Dr. Peter Kriett, Vorsitzender des Vorstandes der KZV Schleswig-Holstein*  
*Dr. Michael Brandt, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein*
- 9.15 – 9.45 Uhr **Imagepflege in der Zahnärzteschaft, was jeder dazu beitragen kann**  
*Dr. Christoph Ramseier, Bern, Schweiz*
- 9.45 – 10.30 Uhr **Therapie von Hartgewebsveränderungen im Milch- und Wechselgebiss – Konfektionierte Kronen und adhäsive Restaurationen**  
*Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald*
- 10.30 – 11.00 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 11.00 – 11.30 Uhr **Kieferorthopädie ist Prävention – Der richtige Zeitpunkt für die Kfo-Behandlung**  
*Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Hamburg*
- 11.30 – 12.00 Uhr **Von „Ecke ab“ bis „Zahn raus“ – Diagnostik und Therapie von Zahnunfällen**  
*PD Dr. Yango Pohl, Bonn*
- 12.00 – 13.00 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 13.00 – 13.30 Uhr **Zahnärztliche Behandlung und Medikation in der Schwangerschaft**  
*Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin, Zürich, Schweiz*
- 13.30 – 14.00 Uhr **Unterstützende Parodontaltherapie – durch die Jahre begleiten, motivieren, intervenieren**  
*Prof. Dr. Klaus Roth, Hamburg*
- 14.00 – 14.30 Uhr **Mut zur Lücke(nversorgung)! Einzelzahnersatz im Front- und Seitenzahnbereich**  
*Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel*
- 14.30 – 15.00 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 15.00 – 15.30 Uhr **Stumme Schreie – Erkennen von und Umgang mit Gewaltopfern**  
*Prof. Dr. med. Dr. jur. Hans-Jürgen Kaatsch, Kiel*
- 15.30 – 16.00 Uhr **Erkennen – beschreiben – diagnostizieren Veränderungen und Erkrankungen der Mundschleimhaut**  
*Prof. Dr. Jörg Wiltfang, Kiel*
- 16.00 – 16.30 Uhr **Zahnärztliche Bedürfnisse betagter Patienten – Einfluss des Alterns auf den Therapieentscheid**  
*Prof. Dr. Christian Besimo, Brunnen, Schweiz*

### Programm Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**  
*Dr. Michael Diercks, stellv. Vorstandsvorsitzender der KZV Schleswig-Holstein*  
*Dr. Gunnar Schoepke, Zahnärztekammer Schl.-Holstein, Vorstand für Praxispersonal*
- 9.15 – 9.45 Uhr **Von Honigbienen und Schmeißfliegen – Das Glück essen und die Zeit atmen. Mit Kleinem Großes erreichen.**  
*Herbert Prange, Bellavista/Baleares, Spanien*
- 9.45 – 10.15 Uhr **„Ich bekomme ein Kind.“ – Betreuung von Patientinnen in Schwangerschaft und Stillzeit**  
*Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin, Zürich, Schweiz*
- 10.15 – 10.20 Uhr **Bewegungsprogramm**
- 10.20 – 11.00 Uhr **Prophylaxekonzepte für alle Altersgruppen**  
*Prof. Dr. Klaus Roth, Hamburg*
- 11.00 – 11.30 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 11.30 – 12.00 Uhr **Besonderheiten bei der Kinderbehandlung**  
*Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald*
- 12.00 – 12.30 Uhr **Abrechnung von Präventionsleistungen bei Kindern und Pflegebedürftigen**  
*Dr. Michael Diercks, Kiel*
- 12.30 – 13.00 Uhr **Stumme Schreie – Erkennen von und Umgang mit Gewaltopfern**  
*Prof. Dr. med. Dr. jur. Hans-Jürgen Kaatsch*
- 13.00 – 14.00 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 14.00 – 14.30 Uhr **Den Menschen als Ganzes sehen und verstehen – Die zahnärztliche Betreuung alternder Menschen**  
*Prof. Dr. Christian Besimo, Brunnen, Schweiz*
- 14.30 – 15.00 Uhr **Daumen oder Schnuller? Fehlfunktionen erkennen und Habits abgewöhnen**  
*Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Hamburg*
- 15.00 – 15.30 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 15.30 – 16.00 Uhr **Zahn raus – was tun? Erste Hilfe bei Zahnunfällen**  
*PD Dr. Yango Pohl, Bonn*
- 16.00 – 16.30 Uhr **Nie mehr Schmeißfliegen, nur noch Honigbienen – warum Freundlichkeit immer wirkt.**  
*Herbert Prange, Bellavista/Baleares, Spanien*

Informationen:

KZV Schleswig-Holstein, Martina Ludwig, Tel. 04 31/38 97-128, [martina.ludwig@kzv-sh.de](mailto:martina.ludwig@kzv-sh.de)

Änderungen vorbehalten | Stand: Februar 2015