



6

Juni 2015

der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung und
der Zahnärztekammer



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
 Freiberuflichkeit Notdienst
 Krankenkassen
 Hygiene
 Anti-Korruptions-Gesetz
 Elektronische Gesundheitskarte
 Bürokratie
 Stammdaten-Abgleich



KZV-Vertreterversammlung: Kein Mangel an Herausforderungen

INHALT

Editorial	3
Vertreterversammlung der KZV: Erneute Diskussion um Notdienststornung	4
22. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag: „Wir brauchen einen Paradigmenwechsel“	10
Fitness-Tracking bei Barmer GEK und AOK Nordost	15
IBM und Apple kooperieren bei der Analyse von Gesundheitsdaten	16
57. Sylter Woche: „Zahnersatz – Innovation und Tradition“	18
BFH bestätigt Kammer: Bleaching kann auch Zahnheilkunde sein	20
Neue Gesichter in der Kammerversammlung: Dr. Martin Stoltenberg	23
Prof. Dr. Helge Fischer-Brandies – 60 Jahre	24
Ostseesymposium 2015	25
Bundesrechnungshof kritisiert Krankenkassen	26
Rundschreiben der KZV SH	27
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	28
Meldungen & Meinung	30

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Redaktion: Zahnärztekammer:

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung:

Dr. Peter Kriett (verantwortw.), 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

Internet-Handel mit Brillen wächst

Rund 650.000 Brillen wurden nach Angaben des Zentralverbandes der Augenoptiker (ZVA, Düsseldorf) 2014 über das Internet verkauft – im Vergleich zu 11,5 Millionen in „stationären“ Geschäften. Der Handel mit Brillen über das Internet hat damit im letzten Jahr zwar einen Umsatzsprung von mehr als einem Viertel (27 Prozent) auf rund 210 Millionen Euro verzeichnet. Sein Anteil an den 5,6 Milliarden Euro Gesamtumsatz der Branche (plus 2,7 Prozent) ist mit 3,75 Prozent aber noch relativ gering.

Der ZVA befragte seine Mitglieder im Frühjahr 2015 zur Internet-Konkurrenz. Aus den 850 Antworten der Optiker-Geschäfte ging hervor, dass 44 Prozent Kunden hatten, die mit einer im Internet gekauften Brille zur Anpassung, Korrektur oder Reparatur ins Geschäft kamen. 15 Prozent der Optiker lehnten eine Anpassung ab, 17 Prozent eine Reparatur. Die Mehrheit stellte die gewünschte Dienstleistung zumeist in Rechnung. Absolute Zahlen dazu gibt es nicht.

dpa/Red.

Mehrkosten bei Großprojekten: Steuerzahler erheblich belastet

Deutsche Steuerzahler werden wegen Kostensteigerungen bei staatlichen Großprojekten erheblich belastet. Insgesamt kosteten 170 untersuchte Vorhaben aus den vergangenen fünf Jahrzehnten rund 59 Milliarden Euro mehr als geplant. Das geht aus einer Studie der Hertie School of Governance hervor, die dem Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* vorliegt. Im Durchschnitt verteuerten sich die Projekte um 73 Prozent.

Die extremsten Steigerungen gab es demnach bei IT-Projekten wie der elektronischen Gesundheitskarte oder der Maut-Erfassung: Sie kosteten durchschnittlich 400 Prozent mehr als geplant. Energieprojekte wie Atomkraftwerke und Offshore-Windparks verteuerten sich um 136 Prozent, Rüstungsprojekte um 87 Prozent. Die Wissenschaftler untersuchten Fallbeispiele aus den vergangenen 55 Jahren, von denen einige noch nicht abgeschlossen sind

dpa/Red.

Sommerpause

Wie bereits in den letzten Jahren wird im Juli kein Zahnärzteblatt erscheinen.

Mitte August melden wir uns mit der Doppelausgabe 7/8-2015 zurück.

Bis dahin wünschen wir unseren Lesern einen schönen Sommer.

Die Redaktion

Signale

Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck. Deshalb wird Selbstverwaltung immer dort eingesetzt, wo Staatsverwaltung ein nicht einschätzbares Maß an Inkompetenz zu verantworten hätte.

Das deutsche Gesundheitssystem beinhaltet unter anderem eine Mischung aus privatfinanzierten Leistungsträgern, aber auch Investitionen aus Steuermitteln.

Die mit Privatkapital finanzierten Einrichtungen erhalten – soweit sie sich in SGB V-kompatible Strukturen einbringen – eine staatliche Rechtsaufsicht. Die staatliche Rechtsaufsicht schränkt die Gestaltungsspielräume ein, um die staatlichen Vorgaben zu erfüllen.

Eigene Betriebe des Staates unterliegen im Vergleich dazu einer staatlichen Fachaufsicht, die viel enger gefasst ist als eine Rechtsaufsicht.

So jedenfalls die Theorie!

Auf leisen Sohlen wird die Trennung von Rechts- und Fachaufsicht stückweise aufgehoben. Nur das privatwirtschaftliche Risiko und die persönliche Haftung verbleiben im Regelkreis der Freiberuflichkeit.

Neue staatliche Aufgaben und Planstellen verändern die bisherigen Aufgaben der Selbstverwaltung. Ordnungspolitisch gehören auch Krankenkassen zur Selbstverwaltung, sodass ein staatlich reguliertes Gesundheitssystem sich intern auf viele Unterstützer berufen kann.

Staatsmedizin bedeutet in dem Zusammenhang aber auch, dass die Attraktivität, sich als Selbstständiger im deutschen Gesundheitswesen zu engagieren und den neuen Regularien der KVen und KZVen unterzuordnen, abnehmen wird.

Es wird eine Lebenslüge sein, wenn man glaubt, man könne sich der Regulierungswut zu Lasten der Selbstständigen dadurch entziehen, dass man eben unselbstständig arbeitet. Eingriffe in die bisherigen Rechte der Freiberuflichkeit werden in die Rahmenbedingungen der angestellten Ärzte und Zahnärzte voll durchschlagen.

Das Geplänkel der vermeintlich noch ungebundenen Angehörigen der Altersgruppen der sogenannten Generation Y zeigt das ganze Maß der Ratlosigkeit. Nicht realisierbare Erwartungen werden die Quellen von Unzufriedenheit sein und führen zu einer Destabilisierung besonderer Art. Doch wer organisiert in Zukunft die angestellten Ärzte und Zahnärzte vielleicht mit dem Ziel, eine Streikfähigkeit herzustellen?



Diese Option hängt entscheidend davon ab, mit welcher Geschwindigkeit die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Selbstständigen stagniert oder weiter abnimmt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein sieht schon heute vieles deutlich klarer: „Das Versorgungstärkungsgesetz hat ganz klar die Botschaft, den ambulanten Bereich heutiger Prägung langsam aufzulösen.“

Das gilt dann wohl auch für die Selbstverwaltung, so wie wir sie heute noch kennen.

Dr. Peter Kriett
Vorstandsvorsitzender der
Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Schleswig-Holstein

Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein am 29. April 2015



Erneute Diskussion um Notdienstordnung

Fotos: Thomas Eisenkrätzer

Die Entwürfe zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, geplante strafbewehrte Zwangsmaßnahmen bei der Einführung des Versicherten-Stammdaten-Managements, Hygienebegehungen, gesetzliche Krankenkassen, die das in Schleswig-Holstein jahrelang erfolgreiche Konsensmodell in Frage stellen: Der zahnärztliche Berufsstand sieht sich mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, die die Freiberuflichkeit gefährden.

Darüber waren sich die drei berufspolitischen Säulen im Land auf der Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein am 29. April in Kiel einig. – Und diese Einigkeit in der Bewertung ist, wie der KZV-Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Kriett betonte, das Ergebnis eines „permanenten Dialogs“.

„Abrechnungsbetrug ist kein Massenphänomen“, konstatierte der Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein Dr. Michael Brandt in seinem Grußwort mit Blick auf den von Heilberuflern heftig kritisierten Entwurf zu einem Anti-Korruptionsgesetz speziell für das Gesundheitswesen. Äußerungen dazu, dass das System der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit erhalten bleiben müsse – verankert unter anderem im Koalitionsvertrag, jüngst wiederholt auch vom Pflegebeauftragten der Bundesregierung Staatssekretär Karl-Josef Laumann – entlarvte der Kammerpräsident als Lippenbekenntnis der Politik.

Deutschlandweit, unter anderem auch in Schleswig-Holstein, gebe

es erhebliche Unruhe in den Praxen wegen Hygienebegehungen, führte er weiter aus. „Hygiene wird in den Praxen groß geschrieben“, betonte er. Die teilweise überzogenen Anforderungen, die in diesem Bereich gestellt würden, beobachte der Kammervorstand jedoch mit großer Sorge.

Der stellvertretende Landesvorsitzende des Freien Verbandes Dr. Holger Neumeyer merkte dazu in seinem Grußwort an, dass das Infektionsrisiko in Zahnarztpraxen nicht mit dem in Krankenhäusern vergleichbar sei, die ursprünglich für Kliniken konzipierten RKI-Richtlinien daher auch nicht auf zahnärztliche Praxen übertragen werden sollten.

Besorgt äußerte sich Dr. Neumeyer über die aktuellen Überlegungen, die engen Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht zu lockern, wenn eine Gefährdung „Dritter“ zu befürchtet sei. Vor dem Hintergrund des Absturzes der Germanwings-Maschine und angenommener gesundheitlicher Probleme des Co-Piloten werde eine Meldepflicht für psychisch Kran-

ke diskutiert – zumindest dann, wenn sie in bestimmten Berufen tätig sind, erläuterte Dr. Neumeyer. Dabei stelle sich die Frage, wo die „Grenze der Gefährdung“ anzusetzen sei. Zudem stehe zu befürchten, dass sich viele Menschen aus Angst vor Stigmatisierung nicht in Behandlung begeben würden.

Dr. Neumeyer plädierte in diesem Zusammenhang für den Erhalt von Selbstbestimmung und Per-



Dr. Holger Neumeyer:
„Enge Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht beibehalten.“



Dr. Joachim Hüttmann:
 „Gesundheitswesen setzt auf Ausbau der Regulierung.“



Dr. Peter Kriett:
 „Die Krankenkassen bauen ihre Gestaltungsmacht aus.“

sönlichkeitsrechten. „Wir wollen keine gläsernen Menschen oder gläsernen Patienten“, sagte er. Dass allerdings inzwischen Viele ihre persönlichen Daten in sozialen Netzwerken, Umfragen oder bei Preisausschreiben freiwillig preisgeben – über Apps sogar an Krankenversicherungen – stößt bei Dr. Neumeyer auf Unverständnis.

Dank richtete er dagegen an den KZV-Vorstand, der seit Jahren keine Daten aus Schleswig-Holstein liefere, die im Barmer Zahnreport auftauchen könnten – eine „Fußnote“ im Zahnreport, aber auch „in der deutschen KZV-Landschaft“, auf die man stolz sein könne, so Dr. Neumeyer. – Wichtig sei das unter anderem auch deshalb, weil die Ersatzkassen inzwischen „jegliche Hemmungen abgelegt“ hätten. Durch die mit der KZBV ausgehandelte Anpassung der Punktwerte im Primär- und Ersatzkassenbereich hätten die Ersatzkassen „Millionen-Beträge“ gespart – die sie in einer „Marketing-Aktion“ an die Versicherten ausgeschüttet hätten, kritisierte Dr. Neumeyer. Nun forderten sie von der KZV auch noch Daten aus der Honorarverteilung quasi als Voraussetzung für Vertragsabschlüsse.

„Das Gesundheitswesen setzt auf einen Ausbau der Regulierung“, ergänzte

der Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. Joachim Hüttmann in seinem Bericht die Ausführungen seiner Vorredner. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe verwirklichte das, was sich Bundeskanzlerin Angela Merkel und ihre ehemalige Ministerin Ulla Schmidt „einst ausgedacht haben“. Zur Erinnerung: Die Ideologie der Freiberuflichkeit gehöre abgeschafft; die Polikliniken der DDR hätten erhalten bleiben sollen...

Nun fördere die Gesundheitspolitik eben Medizinische Versorgungszentren. Facharzttermine sollen künftig über bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelte Terminservicestellen vergeben werden; und Funktionen wie den Stammdatenabgleich bei der elektronischen Gesundheitskarte versuche Gröhe mit Hilfe von Sanktionsmaßnahmen zu beschleunigen – wobei es nicht einer gewissen Ironie entbehre, dass mit Dr. Philipp Rösler ausgerechnet ein FDP-Gesundheitsminister erstmals die Einführung der eGK forciert habe.

Den Hintergrund für die beschriebenen standespolitischen Schauplätze lieferte der KZV-Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Kriett. Wir leben, so konstatierte er, „in einer Welt von Normen“. Dabei sei es gleichgültig, wer sie „zur

Bestätigung der eigenen Wichtigkeit“ erdacht habe, welche Lebensbereiche sie erfassten, welche Verbindlichkeiten erwartet würden oder welche Sanktionen damit verbunden seien. „Entscheidend ist, welche Gestaltungsmacht dahinter steht, das heißt, wer sich nachhaltig durchsetzt.“

Allerdings werde „Gestaltungsmacht“ immer schwerer erkennbar, weil sie in den meisten Fällen nicht mehr offen auftrete, sondern sich in „Gesetzen, Richtlinien, Bescheiden, Beschlüssen, Urteilen oder heute sogenannten Apps“ verstecke. Und wo sich die Zahnärzteschaft in diesem Geflecht wiederfinde, sei nicht klar. – Bereits auf der Vertreterversammlung im Herbst 2014 hatte Dr. Kriett seiner Sorge Ausdruck verleihen, dass die mit dem Versorgungsstrukturgesetz geplanten Änderungen – Terminservicestellen, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, Aufkauf von Vertragsarztpraxen mit Sperrung für mögliche Nachfolger, Medizinische Versorgungszentren oder die Delegation von ärztlichen Leistungen – zu einer „Entprofessionalisierung“ des Arztberufes beitragen.



Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Wer in Zivilgesellschaften etwas erreichen wolle, „benötigt sehr viel Geld oder sehr viel Macht – am besten beides“, bemerkte Dr. Kriett. Und wer keines von beiden habe, müsse „Nischen suchen zwischen Normen und Normenfallen“ – oder deregulieren. Der „deutsche Hang zur Bürokratie“ lasse der Deregulierung allerdings nur ein Schattendasein. „Bevormundung und Zuteilung sind leichter zu erfassen und zu steuern als individuelle Selbstgestaltung“, begründete der Vorstandsvorsitzende aktuelle Tendenzen in der (Gesundheits-)Politik – ein Phänomen, das zum Beispiel im Verhältnis zu den Krankenkassen auch in Schleswig-Holstein zu beobachten ist.

„Krankenkassen und der Staat haben ein ähnliches Menschenbild“, fuhr Dr. Kriett fort – und wer damit erfolgreich umgehen wolle, müsse „sehr viel Arbeit investieren“. Krankenkassen, so stellte er fest, „haben

grundsätzlich ein anderes Interesse als Selbstständige.“ Sie hätten es zudem geschafft, das Ende der strikten Budgetierung zu Lasten der Zahnärzte umzudeuten. „Dass dabei die Werte der Kooperation zu Bruch gehen, interessiert bei den Krankenkassen kaum noch“, kommentierte Dr. Kriett.

Einen Antrag, der genau darauf abzielte, verabschiedeten die Delegierten einstimmig. Nachdem sich Verhandlungen über Vergütungsvereinbarungen zunehmend schwieriger gestalten, riefen sie die gesetzlichen Krankenkassen nun „offiziell“ dazu auf, das seit vielen Jahren praktizierte „Konsensmodell“ nicht aufzugeben. Die von einzelnen Krankenkassen derzeit geforderten Änderungen in der Vertragsstruktur (vgl. z. B. Zahnärzteblatt 2/15, S. 4f) gefährdeten die Versorgungssicherheit, warnten sie. Durch „Verhandlungsboykott“ und „Missbrauch des Schiedsamtes“ ver-



Dr. Michael Brandt:
„Abrechnungsbetrug ist kein Massenphänomen.“

suchten die Kostenträger derzeit, der vertragszahnärztlichen Versorgung Mittel zu entziehen, ohne jedoch Verantwortung für die Leistungserbringung zu übernehmen. – Obwohl das Morbiditätsrisiko seit 2013 nicht mehr bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liegt, hatte sich die KZV S-H gegenüber den Ersatzkassen zur Beibehaltung der bestehenden Vertragsstruktur bereit erklärt

BESCHLÜSSE DER VERTRETERVERSAMMLUNG

VSG – Versorgung durch Freiberuflichkeit stärken
Die Vertreterversammlung der KZV-SH lehnt den mit dem Versorgungsstärkungsgesetz eingeschlagenen Weg in die Staatsmedizin ab.
Mit dem Gesetzentwurf wird nicht die Versorgung gestärkt, sondern die freiberuflich selbständige Praxis ins Abseits gestellt.

Stammdatenmanagement
Die Vertreterversammlung der KZV-SH weist den Vorstoß des Bundesgesundheitsministers, mit strafbewehrten Zwangsmaßnahmen die Einführung des Versicherten-Stammdaten-Abgleichs zu forcieren, als unverhältnismäßig und unsachgemäß zurück.

Die Aktualisierung und Verifizierung der Versichertendaten ist Aufgabe der Krankenkassen – nicht der Zahnarztpraxen.

Korruption bekämpfen – nicht Ärzte
Die Vertreterversammlung der KZV-SH weist den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) als ungenau, überzogen und dadurch unangemessen zurück. Insbesondere die vorgesehenen Änderungen des § 81a SGB V mit der Schaffung neuer bürokratischer Strukturen und ausufernden Kontroll- und Berichtspflichten sind Ausdruck eines ungerechtfertigten Misstrauens in die zahnärztliche

Selbstverwaltung. Kassenzahnärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen werden dadurch zu „Spitzelbehörden“ der Staatsanwaltschaften.

Mehrleistungen für Versicherte ermöglichen
Die Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein fordert den KZBV-Vorstand dazu auf, sich für eine Ausweitung der Mehrkostenregelung (analog § 28.2 SGB V) einzusetzen.
Eine Mehrkostenregelung für alle Leistungsbereiche würde den zahnmedizinischen Fortschritt in diesen Bereichen auch für gesetzlich Versicherte zugänglich machen und den Qualitätsstandard erhöhen.



Dr. Michael Diercks: „Neue Behandlungspositionen für ECC wären zu begrüßen.“

– und damit auch dazu, die strikte Budgetierung unter Beachtung der Beitragssatzstabilität fortzuführen. Die Ersatzkassen hatten dieses Entgegenkommen allerdings mit dem Gang zum Schiedsamt beantwortet.

Die Honorierung der zahnärztlichen Leistungen müsse auch für Investitionen ausreichen, gab Zahnärztin Ruth Schröder (Bornhöved) in diesem Zusammenhang zu bedenken. Wenn die

Zahnärzteschaft nicht mehr die Möglichkeit habe zu investieren, bleibe die freiberufliche Praxis auf der Strecke: „Dann muss der Staat die Praxen übernehmen.“

„Konzertierte Aktion gegen die freiberufliche Praxis“

Große Einigkeit und nur wenig Diskussionsbedarf gab es auch bei den weiteren politischen Anträgen. Geschlossen lehnte die Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein den mit dem Versorgungsstärkungsgesetz eingeschlagenen Weg in die Staatsmedizin ab. Mit dem Gesetzentwurf werde nicht die Versorgung gestärkt, sondern die freiberufliche, selbständige Praxis ins Abseits gestellt, befanden sie.

Dem stimmte auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Michael Diercks uneingeschränkt zu. Zugleich forderte er angemessene betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen und Hygienerichtlinien, die den wirt-

schaftlichen Betrieb auch kleinerer Praxen ermöglichen.

Das mit dem Versorgungsstärkungsgesetz geplante Präventionsmanagement sei ebenso zu begrüßen wie Bestrebungen, neue Leistungspositionen für die Untersuchung von Kleinkindern zur Eindämmung der frühkindlichen Karies (ECC) einzuführen. Diese Möglichkeiten sollten von den Zahnärzten dann auch genutzt werden.

Er fuhr aber fort: Man dürfe den Fokus nicht nur auf die Randgebiete legen. „Das zentrale Segment der zahnärztlichen Tätigkeit ist die ambulante Praxis. Hier findet die Behandlung von Millionen von Versicherten und die eigentliche Wertschöpfung statt. Das geplante Gesetz verbessert aber nicht die Situation der freiberuflichen Praxis, sondern die Eingriffsmöglichkeiten des Staates.“



BESCHLÜSSE DER VERTRETERVERSAMMLUNG

Information statt Polemik

Die Vertreterversammlung der KZV-SH fordert die gesetzlichen Krankenkassen dazu auf, ihre polemischen und von mangelnder Sachkenntnis geprägten Äußerungen zur professionellen Zahnreinigung zu unterlassen.

Mit dieser Aktion wird ein wichtiger Baustein zum langfristigen Zahnerhalt in Misskredit gebracht und damit der „Zahngesundheit ein Leben lang“ ein Bärendienst erwiesen.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen den Nutzen einer Erhaltungstherapie insbesondere bei parodontal erkrankten Patienten.

Transparenz und Evidenz bei Hygienestandards

Die Vertreterversammlung der KZV-SH fordert die zuständigen Behörden des Landes auf, Transparenz bzgl. des Kriterienkataloges zu schaffen, der bei Begehungen von Zahnarztpraxen Anwendung findet.

Konsensmodell

Die Vertreterversammlung der KZV-SH fordert die gesetzlichen Krankenkassen als Vertragspartner der Zahnärzte in S-H dazu auf, den seit vielen Jahren erfolgreich beschrittenen Konsensweg nicht zu verlassen. Die von einzelnen Kassen und Verbänden geforderten Änderungen der Vertragsstruk-

tur gefährden die Versorgungssicherheit. Der verschärfte Wettbewerb darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden.

Aufwertung/Anpassung von BEMA-Positionen

Die Vertreterversammlung der KZV S-H fordert den Vorstand der KZBV auf, im Gemeinsamen Bundesausschuss darauf hinzuwirken, die BEMA-Positionen Nbl 1 und 2 aufzuwerten bzw. eine neue Position einzuführen, die ausreichend ist, der Versorgung von Patienten mit neuer Antikoagulantientherapie gerecht zu werden.

Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Ebenfalls einstimmig wiesen die Delegierten den Vorstoß der Bundesregierung zurück, die Einführung des Versicherten-Stammdaten-Abgleichs mit Hilfe „strafbewehrter Zwangsmaßnahmen“ zu forcieren. Die Aktualisierung und Verifizierung der Versichertendaten sei Aufgabe der Krankenkassen und nicht der Zahnarztpraxen, betonten sie wie auch bereits auf der Vertreterversammlung im November.

Einig waren sich die Vertreter außerdem in ihrer Ablehnung des Entwurfs eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen: Die vorgesehenen Änderungen im SGB V seien Ausdruck eines ungeRechtfertigten Misstrauens in die zahnärztliche Selbstverwaltung, der Entwurf diskreditiere außerdem die aktive Rolle der Heilberufe bei der Vermeidung von Korruption.

Versorgungsstärkungsgesetz, Stammdatenabgleich, Anti-Korruptionsgesetz: Was auf den ersten Blick nichts miteinander zu tun habe, sei nichts weniger als eine „konzertierte Aktion gegen die freiberufliche Praxis“ fasste ZA Harald Schrader (Schwarzenbek) zusammen.

Die gesetzlichen Krankenkassen riefen die Delegierten einstimmig dazu auf, „ihre polemischen und von mangelnder Sachkenntnis geprägten Äußerungen zur professionellen Zahnreinigung“ zu unterlassen: Im aktuellen „IGeL-Monitor“ wurde der Nutzen der PZR als „unklar“ bezeichnet und damit in Zweifel gezogen. Dadurch werde jedoch ein „wichtiger Baustein“ zum langfristigen Zahnerhalt in Misskredit gebracht – zumal wissenschaftliche Untersuchungen den Nutzen einer Erhaltungstherapie insbesondere bei parodontal erkrankten Pa-

tienten belegten. Als besonders widersinnig empfanden die Mitglieder der Vertreterversammlung dabei das Verhalten einiger Krankenkassen, die bestimmten Zahnarztpraxen „unlautere Vorteile“ (i. e. Zuweisung von Patienten) versprechen, wenn die PZR in eben jenen Praxen durchgeführt wird.

Im Hinblick auf die derzeit im Land stattfindenden Hygienebegehungen in Zahnarztpraxen forderte die VV die zuständigen Behörden auf, Transparenz bezüglich des Kriterienkatalogs zu schaffen, der bei den Begehungen Anwendung findet.

Notdienstordnung

Bereits auf der Vertreterversammlung im November letzten Jahres war das Thema Notdienst behandelt worden. Zur Erinnerung: Gemäß SGB V hat die KZV den Auftrag, die vertragszahnärztliche Versorgung auch in den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen. Die vertragszahnärztlichen Pflichten, die sich daraus ergeben, sind in der Satzung niederzulegen. Die für den Bereich der KZV Schleswig-Holstein zurzeit geltende Notdienstordnung genügt den gesetzlichen Vorgaben nicht.

Ein Beschluss zu einer neuen Notdienstordnung hatte im Herbst jedoch nicht die notwendige Zweidrittelmehrheit unter den Delegierten gefunden.

Der Vorschlag des Satzungsausschusses unter dem Vorsitz von ZA Harald Schrader, die Satzung der KZV S-H um einen Passus zu erweitern, der die „Rechte und Pflichten der Mitglieder“ in Bezug auf die Teilnahme am Notdienst definiert, wurde im April nun einstimmig beschlossen. Erheblichen Diskussionsbedarf allerdings gab es wiederum bezüglich einer neuen Notdienstord-



VV-Delegierter und Vorsitzender des Satzungsausschusses: ZA Harald Schrader



Neu gewähltes Mitglied im Berufungsausschuss: ZA Jens Krüger



Neuer Stellvertreter im Prothetik-Einigungsausschuss: ZA Thomas Jensen



Große Einigkeit bei der Abstimmung über politische Anträge

nung, in der Einzelheiten über den Umfang und die Durchführung des zahnärztlichen Notdienstes geregelt werden sollen.

Die Kollegenschaft im Land sei mit der bestehenden Notdienstregelung zum großen Teil zufrieden – und möchte daher, dass am besten alles so bleibt wie es ist, beschrieben mehrere Delegierte die Stimmungslage in den Kreisvereinen. Daran, dass auch der Status Quo der letzten Jahre auf eine rechtssichere Basis gestellt werden muss, ändert das allerdings nichts.

Bisher wird der Notdienst unter Federführung der Zahnärztekammer – die laut Heilberufekammergesetz ebenfalls die Verpflichtung hat, einen Notfallbereitschaftsdienst zu gewährleisten – von den Kreisvereinen organisiert.

Die Option: Die Federführung für den Notdienst geht von der Zahnärztekammer auf die KZV über. Um dem Wunsch zu entsprechen, dass abgesehen davon „alles bleibt wie es ist“, könnten die Kreisvereine weiterhin mit der Organisation betraut werden. Können, müssen oder sollen – also „liberal“ oder eher „hierarchisch“?

Muss mit jedem einzelnen Kreisverein ein Vertrag geschlossen werden oder reicht eine „Absprache“? – Auch darüber wurde angeregt diskutiert. Dr. Kriett plädierte dabei dafür, die Kreisvereine durch eine Notdienstordnung nicht zu „verpflichten“, sondern ihnen auf Augenhöhe zu begegnen und jedem einzelnen Kreisverein die Wahl zu lassen, eine diesbezügliche Vereinbarung mit der KZV auch abzulehnen. „Die KZV kann die Kreisvereine nicht kraft Amtes zu einem bestimmten Verhalten zwingen“, betonte er. „Ohne Konsens können wir in diesem kleinen Land nicht leben.“ Sogar der Vertreter der Aufsicht, Dominik Völk vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, wurde schließlich um eine Stellungnahme gebeten. Die allerdings stellte sich als sehr pragmatisch heraus, vermochte das Dilemma der Delegierten jedoch auch nicht zu lösen: „Sie sind die Selbstverwaltung“, erinnerte er. Die KZV habe den gesetzlichen Auftrag, den Notdienst sicherzustellen; in die Regelung an sich wolle er sich nicht einmischen: Ihm gehe es lediglich darum, dass das „klappt“.

Wie es weitergeht mit der Notdienstordnung, wird auf der nächsten Vertreterversammlung am 7. November erörtert werden müssen: Zwei zur Abstimmung gestellte Vorschläge fanden auch auf der Frühjahrs-VV jeweils nicht die erforderliche Mehrheit.

Wahlen

Nachdem der Delegierte ZA Dieter Petersen (Schleswig) sein Mandat in der VV aufgegeben hat und auch von allen Ämtern in Ausschüssen zurückgetreten ist, waren diverse Neuwahlen erforderlich. Für Petersen in die VV nachgerückt ist Dr. Bernd Dorland (Jübek). Er wurde zudem neuer Stellvertreter im Vertragsausschuss und zweiter Stellvertreter im Landesschiedsamt. Zum neuen Mitglied im Berufungsausschuss wählten die Delegierten ZA Jens-Ulrich Krüger (Garding), der dort bisher als Stellvertreter fungierte. Neuer Stellvertreter wurde ebenfalls Dr. Dorland. Zum Stellvertreter im Prothetik-Einigungsausschuss wurde ZA Thomas Jensen (Risum-Lindholm) gewählt.

■ KIRSTEN BEHRENDT



„Wir brauchen einen Paradigmenwechsel“

Fotos: Thomas Eisenkrätzer

Auf dem 22. Zahnärztetag ging es um den Umgang mit Gewaltopfern, mit Patienten in anderen Umständen und um solche im dritten und vierten Lebensstadium.

„Hinter jedem Zahn steckt ein Mensch. Und manchmal sogar zwei oder drei“ – mit dieser zunächst etwas irritierenden Aussage begann der zweite Teil des 22. Zahnärztetages nach der Mittagspause. Doch im Vortrag von Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin, Leiter der Fachgruppe Parodontologie am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich, ging es um die „Zahnärztliche Behandlung und Medikation in der Schwangerschaft“. Und in einer solchen Situation hat es der Zahnarzt eben nicht nur mit der werdenden Mutter zu tun, sondern er muss während der Behandlung auch an das heranwachsende Kind denken. „Die Schwangerschaft ist ein dynamischer Prozess, der zu signifikanten hormonellen Umstellungen führt, die vor allem kardiovaskuläre, respiratorische und metabolische Veränderungen hervorrufen. So genügt es beispielsweise nicht, bei einem Medikament

die potenzielle Toxizität und Teratogenität gegenüber dem Embryo zu evaluieren, sondern das Medikament muss auch dem neuen Stoffwechsel der werdenden Mutter angepasst werden, da sich ihre Pharmakodynamik und Pharmakokinetik in der Schwangerschaft stark vom Normalzustand unterscheidet“, so Prof. Schmidlin. Die Behandlung sollte darüber hinaus nicht zu lange dauern und die Schwangere langsam in die Sitzposition zurückgestellt werden, weil abrupte Bewegungen im dritten Trimenon unangenehme Kontraktionen auslösen können. Außerdem ist eine Blasenentleerung vor der Behandlung zu empfehlen.

Und wie ist es mit einer Schwangerschaftsgingivitis aufgrund eines dauerhaft erhöhten Östrogen- und Progesteronplasmaspiegels? Hormone beeinträchtigen zwar die Entzündung und die Entzündungsnei-

gung, aber die mechanische Hygiene kompensiere das längst. „Nach meiner Einschätzung gibt es eine Schwangerschaftsgingivitis nicht“, sagte Prof. Schmidlin.

Und wie verhält es sich mit dem Röntgen in der Schwangerschaft? „Im ersten Trimenon, wenn



Prof. Dr. Patrick R. Schmidlin:
„Zahnärztliche Behandlung und Medikation in der Schwangerschaft“

die Organe angelegt werden, sollte man das Röntgen vermeiden. Aber ab da ist es in der Regel aufgrund der geringen Röntgendosen unbedenklich.“ Und Lokalanästhesie? „Jede Indikation ist sorgsam auszuwählen und das Anästhetikum nicht zu hoch zu dosieren.“ Beim Einsatz von Antibiotika gelte die Faustregel: Wenn eine Infektion da ist, müsse sie zum Schutz der Patientin und des Kindes behandelt werden. Prof. Schmidlin warnte vor der Verwendung von Aspirin, die zu Gastroschisis oder in der Stillphase zum Reye-Syndrom, zur Schädigung des Gehirns, führen könne. Bei jedem Eingriff sollte überlegt werden: Was ist unbedingt zu tun? Auch bei medizinischen Notfällen gehe es immer um Risikoabwägung. Bereits bei mittelschwerer Parodontitis könne es zu untergewichtigen Frühgeburten kommen. Aber für diese Fälle gäbe es noch keine Evidenz. Wichtig seien die Anamnese bei Schwangeren und die Prophylaxe – Letzteres bei Schwangeren als auch bei Stillenden.

Die Compliance der Patienten ist ein entscheidender Faktor

Wie kann ein Patient mit Parodontitis, den der Zahnarzt ein Leben lang begleitet, am besten betreut werden? Um diese Frage ging es beim Vortrag von Prof. Dr. Klaus K.-F. Roth, Professor für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie. Der niedergelassene Arzt mit eigener Praxis in Hamburg begann mit einem Blick in die Mundgesundheitsstudien. Sie belegten, dass die Morbiditätsrate der Parodontitis in den letzten Jahren spürbar zurückgegangen ist. Das Problem sei allerdings, dass mit dem PSI-Index nur diejenigen erfasst werden, die in Behandlung seien. Statistische Zahlen zeigten auf, dass in Deutschland etwa 6,6 Millionen Menschen an Parodon-

titis leiden, aber nur rund 800.000 in Behandlung sind. Gesundheitspolitisch sei es daher weniger bedeutend, einen Patienten möglichst lange und gut zu betreuen, sondern diejenigen zu behandeln, die bisher noch nicht betreut wurden.

Die Hauptproblematik bei der Parodontitis sind zweifellos biofilminduzierte Infektionen. Biofilme können allerdings nur mechanisch entfernt werden. „Wenn es um die Langzeitbetreuung geht, dann heißt das für uns Zahnärzte: Die Compliance der Patienten hat deutlichen Einfluss auf den Zahnverlust. Wir brauchen ihre Mitarbeit. Zu Hause muss geputzt werden“, so Prof. Roth. Und wenn Therapie gefragt sei? Das Ziel der parodontologischen Behandlung – der Taschentherapie – sei eine flache, blutungsfreie Tasche mit einer Sondierungstiefe von unter vier Millimetern. Bei der zielgerichteten Behandlung, so Prof. Roth, sollte sich der Zahnarzt immer fragen: Welche Zähne sind parodontologisch fragwürdig, sind nicht mehr zu halten – und welche kann man wieder zu sicheren Zähnen entwickeln? Die Empfehlung des Zahnmediziners aus seiner langjährigen Praxis: „Alle Zahnfleischtaschen, die geblutet haben, sollten mit einer subgingivalen Air-Flow-Behandlung nachbearbeitet werden. Unterstützend kann ein Gel verwendet werden.“ Und einmal jährlich sei der Parodontal-Status zu erheben. Das sei ein wichtiger Teil der unterstützenden Parodontaltherapie.

Wenn man die frisch behandelten Taschen zusätzlich mit EC 40-Lack ausspritzt, ergäbe das einen additiven Effekt von etwa einem Millimeter Sondierungstiefe: Die Taschen werden flacher. Eine weitere Möglichkeit ist der Einsatz von Xylitol,



Prof. Dr. Klaus K.-F. Roth:
„Zuhause muss geputzt werden.“

was zur deutlichen Reduktion der Streptokokken, also der Primärsiedler der Taschen, führe.

Zuletzt sprach sich Prof. Roth bei der Langzeittherapie für die Verwendung von Probiotika aus. Der Einsatz von *Lactobacillus reuteri* beispielsweise sei sehr effizient, weil es ein wirksames Antibiotikum bilden könne. Die parodontalpathogene Wirkung dieses Probiotikums konnte in mehreren Tests nachgewiesen werden.

Jeder Lücke ihre Brücke – nur welche?

Doch was ist, wenn ein Zahn nicht mehr zu halten ist und es zu einer Lücke kommt? „Mut zur Lücke(nversorgung)! Einzelzahnersatz im Front- und Seitenzahnbereich“ lautete der Vortrag von Prof. Dr. Matthias Kern, Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffkunde am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel. Dass Lücken im Frontzahnbereich zu schließen sind, dürfte jedem klar sein. Doch was ist, so fragte Prof. Kern zu





Prof. Dr. Matthias Kern:
„Braucht jede Lücke ihre Brücke?“

Beginn seines Vortrags, im Seitenzahnbereich? Braucht jede Lücke ihre Brücke? „Wenn ein Patient keine Probleme hat und es medizinisch dem entsprechend nicht notwendig ist, muss eine Seitenzahnücke nicht geschlossen werden. Auch ein Implantat ist schließlich nicht immer ohne Risiko“, so Prof. Kern.

Die konventionelle Brücke ist noch immer die Standardtherapie und der Goldstandard. Sie funktioniere einwandfrei – allerdings nur, wenn die Nachbarzähne auch Kronen vertragen. „Auch die Adhäsivbrücke funktioniert sehr gut – wenn man es richtig macht. Wenn nicht, dann gibt es sicher Probleme“, so Prof. Kern. Und er schrieb den Teilnehmern ins Stammbuch: Keine Implantate im jugendlichen Gebiss! Zähne entwickelten sich weiter – und dann gäbe es oft Probleme. Das spätere Implantat dagegen ist deutlich belastbarer.

Mit zahlreichen Beispielen belegte der Mediziner, warum in seiner Praxis einflügelige Brücken oft besser funktionierten als zweiflügelige. „Studien zeigen: Die Einzelzahnimplantate weisen ähnliche Werte auf wie die

Brücke. Wenn ich sowieso eine Krone brauche, dann macht es keinen Sinn zu implantieren.“ Und welches Material ist das Beste? „Für die Verwendung von Zirkonoxid-Keramik haben wir keine verlässlichen Langzeitdaten. Darüber muss man Patienten aufklären. Deswegen verwenden wir auch in unserer Praxis noch häufig Metallkeramik. Da wissen wir, dass diese auch 20 Jahre funktionieren. Im Frontzahnbereich machen wir meist nur einflügelige vollkeramische Adhäsivbrücken.“ In einer neuen Kieler Studie zum Erfolg von einflügeligen Adhäsivbrücken lautet das Ergebnis: Nach sechs Jahren habe man nicht eine Brücke verloren. „Auch zu den Inlay-Brücken haben wir eine Studie gemacht“, ergänzte Prof. Kern, „das Ergebnis: Es ist ein Desaster. Nach 10 bis 15 Jahren lautet unser Ergebnis: 29 von 45 Inlay-Brücken mit e.max Press haben versagt. Und sie versagen weiter.“

Und wie sieht die Zukunft der Lückenversorgung aus? „Mit den Catcam-Methoden, unseren hochfesten Werkstoffen, die uns zur Verfügung stehen, und der Adhäsivtechnik und der Implantologie haben wir eine ganz andere prothetische Zahnmedizin als früher. Wir müssen häufig nicht mehr gesunde Zähne abschleifen und uns gelingt eine tolle Ästhetik. Für mich ist Zirkonoxid-Keramik für den Einzelzahnersatz die Zukunft“, so Prof. Kern.

Ärztliche Schweigepflicht contra Gewissensentscheidung

Ein einhalbjähriges Kind, das offensichtlich ins Gesicht und auf die Arme geschlagen wurde, oder eine Frau mit zahlreichen großen Hämatomen am Kopf und Oberkörper: Es sind aufwühlende Fotos, die Prof. Dr. med. Dr. jur. Hans-Jürgen Kaatsch mit in



Prof. Dr. Hans-Jürgen Kaatsch:
Umgang mit Gewaltopfern

die Holstenhallen zum Zahnärztetag gebracht hatte. Sie illustrierten, worum es dem ehemaligen Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und langjährigen Sprecher des Zentrums für Ethik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel in seinem Vortrag ging: um „Stumme Schreie – Erkennen von und Umgang mit Gewaltopfern“. Was können und sollten Zahnärzte tun, wenn sie in ihrer Praxis mit Opfern zu tun haben? Immerhin seien, so Prof. Kaatsch, in Deutschland rund 3.000 Fälle von Kindesmisshandlung polizeilich bekannt – die Dunkelziffer aber läge noch deutlich darüber.

Wichtig sei, den Patienten bei Bedarf zu versorgen, den medizinischen Befund fotografisch zu dokumentieren, Spuren zu sichern und Auskünfte einzuholen. „Als Zahnärzte sind Sie allerdings mit dem Problem der Schweigepflicht konfrontiert. Ohne Zustimmung des Patienten ist keine Weitergabe von Informationen oder Fotos möglich“, wies Prof. Kaatsch auf das Dilemma hin, mit dem jeder Arzt zu kämpfen hat.

Wenn ein Gewissenskonflikt vorläge, könne aber vom rechtferti-



genden Notstand Gebrauch gemacht werden: „Natürlich ist der Bruch der Schweigepflicht immer auch eine Straftat, die grundrechtlich geahndet wird. Aber insbesondere wenn Kinder die Opfer sind, geht es um eine Rechtsgüterabwägung. Wenn die Sorge um das Kind groß ist, wenn es weiter zu Misshandlungen kommen könnte, dann ist der Arzt berechtigt im Rahmen der Gewissensentscheidung sich für eine Straftat zu entscheiden. Auf seiner Seite hat er den Rechtfertigungsgrund des Notstands (§34 Strafgesetzbuch).“ Die Kinderschutzgesetze seien in den letzten Jahren weiterentwickelt worden. Bei einer Gefährdung für das Kind oder den Jugendlichen könne man beispielsweise anonym das Jugendamt informieren und den Fall genau schildern, um alles mit einer Fachkraft durchzusprechen und danach besser für sich entscheiden zu können, wie weiter vorzugehen ist.

Ein weites Feld: Veränderungen der Mundschleimhaut

Um ein äußerst komplexes Thema handelte es sich bei dem nächsten Vortrag von Prof. Dr. Jörg Wiltfang: Veränderungen und Erkrankungen der Mundschleimhaut. „Veränderungen der Mundschleimhäute können eine Viel-

zahl von pathologischen Veränderungen zu Grunde liegen“, so der Ordinarius an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: „Tumore, entzündliche Veränderungen, Aphthosen, Läsionen, metabolische Störungen, systemische Erkrankungen, Fehlbildungen und orale Vorläuferläsionen“. Bei den nicht-entzündlichen Fällen fallen 91 Prozent als Dysplasie auf. Sie müssten komplett entfernt werden.

Nachdem er in einem Parforceritt Ausführungen zu tumorbedingten und entzündlichen Veränderungen, zu Aphthosen, Läsionen und metabolischen Störungen Stellung genommen hatte, wandt sich Prof. Wiltfang den Mundschleimhautveränderungen zu, die durch systemische Erkrankungen verursacht werden. Diese könnten nur aufgrund einer histologischen Abklärung genau zugeordnet werden. Neben Veränderungen, beispielsweise bedingt durch Magen-Darm-Erkrankungen, manifestierten sich häufig dermatologische Erkrankungen in der Mundhöhle. „Die wichtigsten dermatologischen Erkrankungen mit Beteiligung der Mundschleimhaut sind Pemphigus vulgaris, Erythema exsudativum multiforme, Lupus

erythematodes, Lichen planus und benignes Schleimhautpemphigoid. Lichen planus gehört zu den häufigeren systemischen Erkrankungen, dessen Ätiologie nach wie vor unbekannt ist. Vermutlich handelt es sich um Autoaggression von T-Lymphozyten, was zu einer Degeneration der Basalschicht des Plattenepithels führt. Etwa 1 Prozent der Bevölkerung sind betroffen, in der Mehrheit Frauen.“ Er sei chronisch, oft symptomlos und könne seine Lokalisation verändern. Das Wichtige bei all diesen Erkrankungen sei immer die richtige Zuordnung.



Prof. Dr. Jörg Wiltfang:
„Veränderungen der Mundschleimhäute haben vielfältige Ursachen.“

Was die oralen Vorläuferläsionen betrifft: zu ihnen zählen die Leukoplakie und die Erythroplakie. Bei beiden handele es sich, so Prof. Wiltfang, um nicht abwischbare weißliche bzw. rötliche Veränderungen, die weder klinisch noch histologisch einer anderen Erkrankung zuzuordnen seien. Da es sich um eine Tumorstufe handele, müsse unbedingt eine differentialtherapeutische Abklärung erfolgen und dem Betroffenen therapeutisch gehol-



fen werden. Bei der Leukoplakie sollten zu Beginn zunächst andere Mundschleimhautrekrankungen ausgeschlossen und auch Risikofaktoren, wie zum Beispiel der Konsum von Tabak, ausgeschaltet werden. Anschließend stehe die klinisch morphologische Klassifizierung an. Bei einer homogenen Leukoplakie sei bei begrenzter Größe eine Exzisionsbiopsie und bei ausgedehnten Befunden eine Inzisionsbiopsie durchzuführen. Dem gegenüber stünde die inhomogene Leukoplakie, bei der als Therapie eine Exzision erfolgen solle. Wichtig bei beiden Formen sei, dass sich die Betroffenen anschließend in regelmäßigen Abständen einer Kontrolle unterziehen.

Bei der Veränderung der Mundschleimhaut sei in vielen Fällen eine Medikamentenanamnese wichtig. Eine ganze Reihe Antiphlogistika oder Neuroleptika könnten Reaktionen auslösen. Und dann sei Absprache mit den zuständigen Kollegen notwendig, um zu klären, ob auch der Einsatz anderer Medikamente möglich sei.

Die Faustregel bei Erkrankungen der Mundschleimhaut: Etwaige Veränderungen, die nicht einer eindeutigen Grunderkrankung oder Ursache zuzuordnen sind und nach zwei Wochen keine Rückbildungstendenz zeigen, müssten einer weiterführenden Diagnostik zugeführt werden.

Konzepte für die Älteren sind gefragt

„Bei älteren Patienten gibt es mehr Mundschleimhautveränderungen als bei jüngeren. Das hat oft mit der Hyposalivation zu tun und mit der Einnahme von Medikamenten“ – die letzten Worte von Prof. Wilfang hallten noch nach, als Prof. Dr. Christian Besimo, Titularprofessor an der Uni-

versität Basel zum abschließenden Vortrag des Tages ansetzte: „Zahnärztliche Bedürfnisse betagter Patienten – Einfluss des Alterns auf den Therapieentscheid“. „Über alte Menschen, die zu Hause leben, wissen wir wenig.“ Bei den oft zunehmenden Beschwerden im Alter vergesse der alte Mensch oft, den Zahnarzt aufzusuchen bzw. schaffe es aufgrund einer Gehbehinderung oft nicht mehr. „Das Alter ist ein Fragilisierungsprozess, wobei die gesundheitlichen Probleme die sozialen Kontakte überwiegen“, so Prof. Besimo.

Die Multimorbidität läge in der Schweiz bei 60 Prozent. Das habe natürlich Auswirkungen auf die zahnärztliche Betreuung. Eine Schweizer Untersuchung in den Jahren 1992 bis 1999 ergab: 66 Prozent der 65- bis 74-Jährigen hätten einen abnehmbaren Zahnersatz. Oft folge dem die Einstellung: „Ich habe ja keine Schmerzen. Also gehe ich nicht zum Zahnarzt.“ Dabei steige die Hilfebedürftigkeit in dieser Altersklasse auch im oralen Bereich.

Für Menschen im sogenannten vierten Lebensstadium – bei den über 80-Jährigen – fehlten eindeutig präventive Konzepte. Der Grund: Menschen im dritten Lebensalter – von 60 bis 70 Jahren – kommen meist nicht in die Zahnarztpraxen. Prof. Besimo plädierte in Neumünster für einen Paradigmenwechsel: „Wir müssen uns stärker dem dritten Lebensalter zuwenden! Und wir sollten die Prävention überdenken und den ganzen Menschen wahrnehmen!“ Für diesen Weg sei es wichtig zu definieren, wer welche Konzepte hat: „Wir sollten uns viel stärker vernetzen mit allen Berufsgruppen, die sich mit alten Menschen beschäftigen.“ Doch selbst diejenigen, die dafür keine oder we-



Prof. Dr. Christian Besimo: „Zahnärztliche Bedürfnisse betagter Patienten“

niger Kapazitäten sehen, könnten etwas tun: „Augen auf! Beobachten Sie den Patienten. Eine Medikamentenanamnese sollte immer zu Hause bei den Patienten gemacht werden.“

Zum Abschluss des 22. Zahnärztetags gab es großen Applaus von den Teilnehmern. Und was nehmen die Zahnärztinnen und Zahnärzte von diesem Tag mit in ihren Arbeitsalltag? Vermutlich stellvertretend für viele sagte Dr. Lenard Filsinger, Zahnarzt in Ratzeburg: „Es war eine gute Gesamtkonzeption und ein dem entsprechend abwechslungsreicher Tag. Was ich mit in meine Praxis nehme, sind einige gute Anregungen!“ Und was sagen die Aussteller? Das Fazit von Jürgen Untiedt von Flexservice aus Eckernförde, einer von über 100 Teilnehmern der Dentalausstellung, lautete: „Auf dem Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetag herrscht eine angenehme, zwanglose Atmosphäre. Das ist auf kaum einer anderen Messe so. Hier kann man mit den Zahnärzten auf Augenhöhe sprechen, deswegen ist der Zahnärztetag für mich jedes Jahr ein fixer Termin“.

■ MICHAEL FISCHER

Fitness-Tracking bei Barmer GEK und AOK Nordost

Sich mit Hilfe eines Fitness-Trackers und entsprechender Apps zu vermessen, liegt im Trend. Mehr noch als die elektronischen Datensammler selbst allerdings profitieren andere – zum Beispiel Krankenkassen.

Digitale Fitness-Tracking-Programme haben für Krankenkassen „verschiedene monetäre und nicht-monetäre Vorteile“, fand die Managementberatung Mücke, Sturm & Company (MS&C) heraus: Sie unterstützten bei der Kundenakquise, erhöhten die Kundenloyalität und steigerten langfristig die Profitabilität durch Reduktion von Gesundheitskosten. Vorteile hätten Versicherer zudem auch durch eine bessere Markenwahrnehmung. Neue Erkenntnisse über ihre Mitglieder aufgrund der aus dem Fitness Tracking gewonnenen Daten könnten helfen, die Risikokalkulation zu verbessern.

„Versicherer können mit diesen Programmen nur gewinnen – vorausgesetzt sie bieten ein attraktives Bonusprogramm und eine unkomplizierte Handhabung“, erklärte Michael Mücke, Managing Partner bei Mücke, Sturm & Company. „Deutsche Versicherungen hinken der Entwicklung hin zu digitalen Fitness-Tracking-Programmen derzeit noch hinterher“, zeigten die Managementberater auf. Mit wenigen Ausnahmen.

Die Barmer GEK und die AOK Nordost bieten bereits Fitness-Tracking-Programme an. FIT2Go der Barmer GEK soll die Versicherten dabei unterstützen, sich täglich 30 Minuten lang zu bewegen. Ist man erfolgreich, werden Punkte gutgeschrieben, und am Ende wartet eine Belohnung: Die FIT2GO-App ist mit dem kasseneigenen Bonusprogramm verknüpft, das auch weitere Aktivitäten wie Vorsorgeuntersuchungen oder eine Mitgliedschaft im Fitnessstudio honoriert – die jedoch klassisch per Stempel

und Unterschrift nachgewiesen werden müssen.

Die AOK Nordost bietet in Zusammenarbeit mit dem Unternehmen dacadoo ag die „Gesundheits- und Fitnessplattform“ AOK mobil vital an. Mit Hilfe der dacadoo-Tracker-App werden die Aktivitäten der Versicherten aufgezeichnet und automatisch auf diese Plattform übertragen. Mit dem Programm steige der Anreiz, „regelmäßig sportlich aktiv zu sein und die eigene gesunde Lebensweise zu optimieren“, meint die AOK Nordost.

Eine Belohnung bietet sie – abgesehen von der Möglichkeit, sich für sieben Monate kostenlos bei dacadoo zu registrieren – nicht an, dafür jedoch den „Gesundheitsindex“, einen Indikator, der den aktuellen Gesundheitszustand sowie das Fitnessniveau zusammenfasst und in einer Zahl zwischen 1 (niedrig) und 1000 (hoch) ausdrückt. Die Berechnung erfolge anhand verschiedener Daten, teilt die Kasse mit. Neben den „üblichen Messwerten“ wie Größe, Alter, Geschlecht, Gewicht, Blutdruck, Cholesterin und Blutwerte fließen nicht nur der aktuelle Trainingsstand und das „momentane Wohlbefinden“ ein, sondern auch die Lebensführung wie Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, Stresssituationen oder Schlafphasen.

Die AOK Nordost erhalte keine Daten von dacadoo, unterstreicht die Kasse. Jeder Nutzer könne in den Datenschutzeinstellungen selbst entscheiden, welche Informationen für andere Benutzer freigegeben werden sollen. Auf Nachfrage der ARD teilte die AOK mit, sie habe eine Weiterlei-

tung von anonymisierten Daten durch dacadoo an Dritte vertraglich ausgeschlossen. Nur sie selbst bekomme zusammengefasste Daten für die Gesamtheit der teilnehmenden Versicherten übermittelt.

Bei den Privaten erarbeitet der Versicherer Generali derzeit ein spezielles Angebot für digitale Fitness-Fans in Zusammenarbeit mit dem südafrikanischen Versicherungskonzern Discovery. Der hält mit Discovery Vitality bereits seit Längerem ein entsprechendes Angebot bereit, das nicht nur Daten aus Fitness-Trackern aufzeichnet, sondern auch viele andere Parameter wie Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen oder Nikotinentzug. Basierend auf dem Punktestatus können Mitglieder aus einer Vielzahl von Prämien und Rabatten auswählen – dazu zählen zum Beispiel auch Flugmeilen.

Verbraucherschützer sind skeptisch. Wer nicht willens oder nicht in der Lage ist, bestimmte Gesundheitsanforderungen zu erfüllen, werde mit derartigen Angeboten diskriminiert, kritisieren sie. Sie befürchten Nachteile etwa für Privatversicherte mit gesundheitlichen Einschränkungen. Lars Gatschke vom Verbraucherzentrale Bundesverband gab gegenüber der ARD zu bedenken, dass es zu einer „Entsolidarisierung der Kollektive“ führen werde, wenn diejenigen, die Fitness betreiben, von der Versicherung geldwerte Vorteile erhalten sollten. Denn diese müssten von anderen finanziert werden.

Be

IBM und Apple kooperieren bei der Analyse von Gesu

Smartphones und Fitness-Armbänder zeichnen weltweit eine große Menge wertvoller Gesundheitsdaten auf. Das erkannte auch der IT-Dienstleister IBM – und will nun selbst in den offensichtlich gewinnversprechenden Markt mit elektronischen Gesundheitsdaten einsteigen. Dazu plant das Unternehmen, von Apple-Geräten über ResearchKit und HealthKit aufgezeichnete Informationen mit Hilfe seiner gewaltigen Computerkapazitäten auszuwerten.

Um das zu bewerkstelligen, gründete IBM eigens die Firma Watson Health, die ihren Hauptsitz in Boston hat und 2.000 Mitarbeiter beschäftigen wird. Grundlage ist Watson, ein von IBM entwickeltes Computerprogramm aus dem Bereich der künstlichen Intelligenz. Bekannt wurde der Supercomputer im Jahr 2011, als er zwei menschliche Champions der Quizshow *Jeopardy* besiegte. Inzwischen existieren viele Watson-Versionen für verschiedene Einsatzzwecke. Auch in der Gesundheitsforschung nutzt IBM die selbst lernende Technik bereits, allerdings bisher vor allem in einzelnen Krankenhäusern.

Auf der Basis der von Apple im März vorgestellten Open Source-Plattform Apple ResearchKit können Forschungseinrichtungen und Kliniken Apps entwickeln, um damit verschiedene Daten zu Fitness und Gesundheit für eigene Studien zu erheben. Damit kommen die Anbieter im besten Fall zu Hundertausenden Nutzerdaten – und das sehr viel günstiger, als wenn sie sich auf die klassische Suche nach Probanden machen müssten. Nutzer erhalten im Gegenzug Anwendungen von medizinischen Einrichtungen, mit denen sie ihren Gesundheits- und Fitnessstand prüfen und überwachen können.

Apple HealthKit ist in erster Linie ein Werkzeug für App-Entwickler, mit dem sie ihre Apps und „Wearables“ mit der Apple Health App

kompatibel machen können. Außerdem fungiert HealthKit auch als Schnittstelle, die – mit Zustimmung des Nutzers – Daten aus kompatiblen Gesundheits- und Fitness-Apps zusammenführt. Laut einem Bericht von *Reuters* werden HealthKit-Apps bereits in sieben der 17 am besten bewerteten US-Krankenhäuser eingesetzt. Genutzt werden sie beispielsweise zur Fernüberwachung von Patienten mit Diabetes oder Bluthochdruck.

Sportliche Aktivitäten, Ernährungs- und Schlafgewohnheiten, Herzfrequenz,

verbrannte Kalorien: All diese über Millionen von Apple-Geräte angehäuften Daten will IBM nun künftig in großem Stil sammeln und anonymisiert in der „sicheren“ Watson Health Cloud speichern. Dort können sie mit anderen Datenquellen verknüpft und analysiert werden. „Das Gesundheitswesen ist stark fragmentiert und es werden kaum Daten ausgetauscht. Die Ergebnisse sind nicht akzeptabel und die Kosten schon gar nicht“, zitiert das *Wall Street Journal* IBM-Manager John Kelly. „Wir sehen, dass die Gesundheitsfürsorge zunehmend informationsbasierter wird,

BfArM-Symposium:

Chancen und Risiken von Medizin-Apps

Chancen und Risiken von Medizin-Apps diskutierten im März 200 Experten aus Wirtschaft, Forschung, Politik und Verwaltung auf einem Symposium des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Mit der Veranstaltung griff das BfArM den wachsenden Trend zu Fitness- und Gesundheits-Apps auf.

Apps sammeln Fitness-Daten, geben Gesundheits-Tipps und analysieren physiologische Parameter. Dabei sei die Grenze zwischen Wellness-Anwendung und Medizinprodukt nicht immer klar zu erkennen, so das BfArM. Mit dem Smartphone schnell Puls, Blutzucker oder Kalorienverbrauch messen, elektronisch Migräne- oder Asthma-Tagebuch führen – das kann zwar für

den Patienten hilfreich sein. Aber bei Diagnose und Therapie allein auf eine App zu vertrauen, birgt durchaus gewisse Risiken. So bestehe zum Beispiel die Gefahr einer Fehldiagnose, etwa wenn Apps zur Bildinterpretation von Karzinomen oder auch zur Berechnung von Medikamentendosen genutzt würden, warnte das BfArM. Das Institut wies außerdem auf Datenschutzrisiken hin, wenn Patientendaten gesammelt, über Netze übertragen und zentral gespeichert würden.

„Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass Apps für medizinische Zwecke klar reguliert und verlässlich geprüft werden“, sagte BfArM-Präsident Prof. Dr. Karl Broich. Die rechtlichen Rahmenbedingungen, darin waren sich die Teilnehmer des

ndheitsdaten

und damit kann dann auch die IBM ins Spiel kommen.“

Zugriff auf die Daten sollen Forscher, aber auch App-Entwickler haben. „Wir wollen das analytische Gehirn hinter HealthKit und ResearchKit sein“, sagte Kelly der *New York Times*. Apple-Nutzer müssten ihre Daten dazu über eine IBM-App freigeben. IBM ermögliche es Ärzten und Wissenschaftlern künftig, mit Gesundheitsdaten und -verhalten einer breit gefächerten globalen Population in einem Ausmaß zu arbeiten, das bisher nicht möglich war, heißt es dazu in einer Pressemitteilung des Unternehmens.

Die ersten Industriepartner des neuen IBM-Zweigs Watson Health sind neben Apple der Pharmazie- und Konsumgüterhersteller Johnson & Johnson und das Medizintechnik-Unternehmen Medtronic. Zudem kaufte IBM unlängst mit Explorys und Phy-

tel zwei Gesellschaften, die ihre Fähigkeiten bei der Analyse von Gesundheitsdaten einbringen sollen.

Bisher nannte IBM nur wenige konkrete Anwendungen des neuen Systems: Wie das *Wall Street Journal* berichtet, werden Johnson & Johnson und Medtronic Daten von Reha-Patienten und Diabetikern beisteuern. Johnson & Johnson, einer der größten Hersteller von Knie- und Hüftimplantaten, will mit Hilfe der gewonnenen Daten im Gegenzug beispielsweise Patienten vor und nach der Operation betreuen. Medtronic möchte aus den Daten ableiten, wie gut seine Produkte, etwa Insulinpumpen, funktionieren.

IBM plant, die immense Datenbasis zu nutzen, um Gesundheits-Apps zu entwickeln. Ziel: Maßgeschneiderte Gesundheitsdienstleistungen und personalisierte Medizin. Und je mehr man dazu über einen Patienten weiß, desto besser. Außerdem will man Gesundheits-Apps für Unternehmen anbieten. Die Erlöse aus dem Verkauf von Apps wollen sich die drei Partner laut *Wall Street Journal* teilen.

Bedenken, dass die Nutzer bei den großen Plänen nicht mitspielen werden, hat IBM dabei zumindest im Hinblick auf junge Anwender offenbar nicht: „Die Generation Apple Watch interessiert sich für Daten-Philanthropie“, meinte Michael Rhodin von IBM gegenüber der *Financial Times*. „Viele von ihnen haben miterlebt, wie Eltern oder Verwandte von Krankheiten niedergestreckt wurden. Warum sollten sie Wissenschaftlern nicht helfen wollen?“

■ KIRSTEN BEHRENDT

Be

Patienten haben sehr großes Vertrauen in ihre Zahnärzte



Patienten vertrauen ihren Zahnärzten im Vergleich zu anderen Facharztgruppen am meisten. Dies ist eines der Ergebnisse des Patientenbarometers 1/2015, das jameda zweimal im Jahr erhebt.

Die Zahnärzte erhalten von ihren Patienten auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 für die Kategorie „Vertrauensverhältnis“ die sehr gute Note 1 (1,46). Damit befinden sie sich in dieser Kategorie wie auch schon im Vorjahr (1,45) auf dem ersten Platz im Fachärztevergleich.

Großes Vertrauen bringen die Patienten neben den Zahnärzten auch ihren Urologen (1,78) und ihren Allgemein- und Hausärzten (1,92) entgegen. Das Vertrauensverhältnis zu den Augenärzten bewerten die Patienten mit einer nur befriedigenden 2,52, das zu den Hautärzten mit einer 2,55.

jameda

57. Sylter Woche

„Zahnersatz – Innovation und Tradition“

„In der Woche vor Pfingsten trifft man sich auf Sylt“, so ein Teilnehmer aus Nordrhein. Während aber die meisten Gäste der Insel entspannte Urlaubstage verlebten, zog es mehr als 1200 von ihnen aus beruflichen Gründen auf das Eiland: Bereits zum 57. Mal jährte sich der Fortbildungskongress „Sylter Woche“ der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, der größte seiner Art in ganz Deutschland.



Gute Laune bei der Eröffnung: (v. l.) Kammerpräsident Dr. Michael Brandt mit Petra Reiber und Nikolas Häckel – ehemalige Sylter Bürgermeisterin und derzeitiger Bürgermeister – und Dr. Kai Voss, Dr. Andreas Sporbeck, Dr. Thomas Ruff, Dr. Roland Kaden, Dr. Gunnar Schoepke und Dr. Joachim Hüttmann

Aus dem gesamten Bundesgebiet und sogar aus Dänemark, Schweden, Norwegen, Österreich, der Schweiz und Spanien waren Zahnärzte und Zahnmedizinische Fachangestellte angereist, um ein vielschichtiges Programm an Vorträgen und Kursen rund um das Thema „Zahnersatz – Innovation und Tradition“ zu erleben. Zu diesem Zweck hatte Dr. Andreas Sporbeck, Vorstand Fortbildung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, für die Veranstaltung im Westländer Congress Centrum 22 renommierte Referenten verpflichtet. Kooperationspartner der „57. Sylter Woche“ war in diesem Jahr die Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro).

Dr. Michael Brandt, Präsident der Zahnärztekammer, konnte als Ehrengäste unter anderen den neuen Sylter Bürgermeister Nikolas Häckel, den Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel und den Kieler Bundestagsabgeordneten Thomas Stritzl begrüßen. Brandt sparte bei seiner Begrüßung nicht mit Kritik. So monierte er unter anderem die verschärften Anforderungen in der Praxishygiene als zum Teil überzogen, abwegig und dabei sehr kostenintensiv. Die zahnärztliche Profession nehme die Hygiene schon aus eigenem Interesse sehr ernst, so Brandt. Unverständlich sei hingegen der bürokratische Aufwand, der den Praxen abverlangt werde. „Die mögliche Folge in einem Flächenland wie Schles-

wig-Holstein: Der Tod vieler kleiner Landpraxen.“ Auch zum e-Health-Gesetz des Bundesgesundheitsministers fielen konkrete Worte: „Ärzte und Zahnärzte für Verzögerungen in der Umsetzung des Datenaustausches zahlen zu lassen, wäre ebenso dreist wie eine zusätzliche Passagierabgabe für die Fertigstellung des Berliner Flughafens – geben Sie dies gerne an



MdB Thomas Stritzl:
„Das Ausland blickt mit Neid auf das deutsche Gesundheitswesen.“

den Gesundheitsminister weiter“, ergänzte Brandt an Stritzl gewandt.

Stritzl als Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestages ging in seinem Grußwort auf die umstrittenen neuen Regelungen zur Bestrafung von bestechlichen Ärzten, Apothekern und anderen Heilberuflern ein. Der neue Paragraph 299a sei nicht et-



Professor Dr. Klaus Reicherter:
„Kein Erdbeben auf Sylt in dieser Woche!“

wa eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Rechtsanwälte, sondern schließe lediglich eine Gesetzeslücke. „Natürlich werden wir den Rat der Bundeszahnärztekammer dazu hören“, betonte der Abgeordnete.

Und fügte hinzu: „Das deutsche Gesundheitssystem ist bei allen Klagen im Vergleich zum Ausland

Auch in diesem Jahr ein voller Hörsaal zur Eröffnung mit Gästen aus der ganzen Republik.

Fotos: Syltpicture/Volker Frenzel

spitze. Dazu tragen die Leistungen der Zahnärzte in erheblichem Maße bei“. Und da gute Arbeit angemessen honoriert werden müsse, werde sich die CDU mit Nachdruck für die Beibehaltung des dualen Systems der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung einsetzen.

KZV-Vorstandsvorsitzender Dr. Peter Kriett ergänzte: „Mit dem Antikorruptionsgesetz soll das selbstständige Handeln in Misskredit gezogen werden.“ Auch Dr. Peter Engel legte die Finger in eine Wunde: „Die Freiberuflichkeit wird durch die EU-Deregulierung immer stärker angetastet. Unser Heilberuf droht, von Fremdbestimmungen unterwandert zu werden. Dies lassen wir nicht zu.“ Der Sylter Woche zollte er höchstes Lob: Der alljährliche Fortbildungskongress auf Sylt genieße bundesweit einen hervorragenden Ruf.

Traditionell schloss ein fachfremder Vortrag den Eröffnungstag: „Erdbeben in Deutschland oder Zentraleuropa?“, diese Frage beantwortete Prof. Dr. Klaus Reicherter von der Hochschule Aachen. Er präsentierte Aufzeichnungen über ein – wenn auch leichtes – Erdbeben in Bielefeld Anno 1612.

Für die kommende Woche könne er allerdings beruhigen: In Deutschland und zumal auf Sylt sei die Wahrscheinlichkeit eines Erdbebens sehr gering – im Gegensatz zu anderen Teilen Europas wie Italien, Griechenland und der Türkei – bei Deutschen überaus beliebte Urlaubsziele. Seine „take home message“ lautete: „Versuchen Sie erst gar nicht, ins Freie zu rennen. Entweder schaffen Sie es nicht oder Sie werden vor der Tür von Trümmern erschlagen“. Lieber Deckung suchen und Ruhe bewahren!

fd/jh

BFH bestätigt Kammer

Bleaching kann auch Zahnheilkunde sein

„Schönheits-Operationen“ sind umsatzsteuerpflichtig. Das gilt auch für das Aufhellen der Zähne aus rein kosmetischen Gründen. Daneben gibt es auch das medizinisch indizierte Bleaching an Zähnen, die als Krankheitsfolge nachgedunkelt sind. Dieses medizinisch indizierte Bleaching ist und bleibt umsatzsteuerfrei. Das hat nun das oberste deutsche Finanzgericht in einem von der Zahnärztekammer begleiteten Rechtsstreit entschieden.

Die zahn-/heilkundlichen Leistungen sind nach § 4 Nr. 14 Satz 1 des Umsatzsteuergesetzes (UStG) von der Mehrwertsteuer befreit. Auch unter dem Einfluss der europäischen Ebene achten die Finanzbehörden schon seit Jahren und verstärkt darauf, dass es sich dabei wirklich nur um den heilkundlichen Kernbereich der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen handelt. Mehrwertsteuerbefreit sind nur Heilbehandlungen, die der Diagnose, Behandlung und – soweit möglich – der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen und die einen therapeutischen Zweck haben. Dazu gehören auch Leistungen zum Zweck der Vorbeugung und zum Schutz einschließlich der Aufrechter-

haltung oder Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit. Ärztliche Leistungen, Maßnahmen oder medizinische Eingriffe zu anderen Zwecken sind keine Heilbehandlungen.

Auch ästhetische Behandlungen sind Heilbehandlungen, wenn diese Leistungen dazu dienen, Krankheiten oder Gesundheitsstörungen zu diagnostizieren, zu behandeln oder zu heilen oder die Gesundheit zu schützen, aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. So ist es in der Sprache der Juristen in den bisherigen Urteilen des Bundesfinanzhofes und des Gerichtshofs der Europäischen Union nachzulesen.

Die Anwendung dieser Grundsätze beim Bleaching fällt mancher Behörde schwerer als man meinen sollte:

Einerseits gibt es das rein kosmetisch bedingte Bleaching. Hier geht es ausschließlich darum, einem tatsächlichen oder vermeintlichen Schönheitsideal näherzukommen. Es kommt meist bei mehreren Zähnen im sichtbaren Bereich zur Anwen-

Umsatzsteuer:

Auch für das Finanz

Die Farbe Ihrer Zähne ist so, wie sie Ihre Gene ausgemodelt haben? Größe und Form der Brüste nicht so, wie es das vermeintliche Schönheitsideal US-amerikanischer Seifenoperen suggeriert? Da lässt sich doch etwas machen! Dabei ist der natürliche Zustand selbstverständlich keine Krankheit, zumindest solange das Hadern mit diesem persönlichen Schicksal keine wahnhaften Züge annimmt.

Damit ist der auf die Veränderung dieses natürlichen, gesunden Zustands gerichtete medizinische Eingriff bei strenger juristischer Betrachtung des Zahnheilkundegesetzes nicht der Ausübung der Zahn/Heilkunde zuzuordnen. Und noch nicht einmal dem approbierten Arzt oder Zahnarzt vorbehalten, es sei denn, das Gefährdungspotential der Maßnahme ist so hoch, dass der Eingriff von daher eben



Foto: proDente e. V.

dung. Es geht nicht um die Beseitigung von Krankheitsfolgen. Damit ist das kosmetische Bleaching streng genommen noch nicht einmal Ausübung der Zahnheilkunde und von daher nicht notwendigerweise dem approbierten Zahnarzt vorbehalten. Dieser Zahnarztvorbehalt setzt dann erst wieder ein, wenn das angewendete Bleaching-Verfahren ein Gefährdungspotential hat. Diese kosmetischen Bleaching-Leistungen sind unstrittig umsatzsteuerpflichtig – mit den entsprechenden Umsatzsteuer-Vorabzügen.

Anders jedoch das Aufhellen eines (zumeist einzelnen) Zahnes, der sich zum Beispiel als Spätfolge einer Wurzelbehandlung oder eines Traumas dunkel

verfärbt hat. Es ist offensichtlich, dass eine Entzündung, die letztendlich zum Absterben des Zahnmarkes geführt hat, ein krankhafter Prozess ist. Deshalb ist zumindest bislang noch niemand auf die Idee gekommen, die Wurzelbehandlung als umsatzsteuerpflichtig einzustufen. Auch nicht die den Trepanationskanal verschließende Füllung. Wenn nun der Pulpen-tote Zahn nachdunkelt und mittels Bleaching wieder seinem ursprünglichen Zustand (und damit auch den gesunden Nachbarzähnen) näher gebracht wird? Beseitigung von Krankheitsfolge, wenn gleich mit einigem Zeitversatz. Sollte man meinen.

Nicht jedoch das Finanzamt Plön: Bleaching ist Bleaching und darum Kosmetik, egal warum und weshalb.

Also bestand das Finanzamt auch in diesen krankheitsbedingten Fällen auf der Abführung der Umsatzsteuer. Dabei besonders unangenehm: Diese Umsatzsteuer-Forderung wurde im Rahmen einer Betriebsprüfung auch für die zurückliegenden Fälle erhoben. Die Mehrwertsteuer kann dann naturgemäß den betroffenen Patienten nicht mehr nachberechnet werden; auch der Mehrwertsteuer-Vorabzug ist meist nicht mehr möglich.

Das Finanzamt zeigte sich auch von den Stellungnahmen der Zahnärztekammer wenig beeindruckt, so dass den betroffenen Kollegen



Finanzamt schwieriger als gedacht

doch in die Hand eines Arztes oder Zahnarztes gehört. Im genannten Beispiel aus dem ärztlichen Bereich gibt es daran keine Zweifel. Bei der Zahnaufhellung ist man auch bei Gerichten etwas großzügiger. Es hat Jahre gedauert, bis wirklich wirksame Bleaching-Verfahren wieder unter den Approbationsvorbehalt des Zahnheilkundengesetzes gestellt wurden.

Damit sich nun die „Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen“ und die potentiellen „Kundinnen und Kunden“ finden, bedient man sich heutzutage des Internets. Da lesen dann alle mit – auch die Finanzbehörden.

Und ehe man sich versieht, ist das Finanzamt in der Praxis. Nicht zur Zahnaufhellung, sondern zur Betriebsprüfung.

Wohl dem, der rechtzeitig darüber nachgedacht hat, dass nur der Kernbereich der zahn/heilkundlichen Leistungen von der Umsatzsteuer befreit ist. Und dann die Umsatzsteuerbefreiten Leistungen sorgsam von den Umsatzsteuerpflichtigen Leistungen trennt, auf die Umsatzsteuerpflichtigen Leistungen die Mehrwertsteuer aufschlägt, den Vorsteuer-Abzug bei den korrelierenden Praxisausgaben nicht vergisst und alles, insbesondere auch im konkreten Patientenbehandlungsfall, sorgsam dokumentiert.

Manchmal reicht auch das nicht. Wenn zum Beispiel das Finanzamt Plön unbeirrbar der Auffassung ist: Bleaching ist Bleaching ist Kosmetik ist Umsatzsteuer, dann bedarf es eines langen Atems und einer leistungsstarken

Zahnärztekammer, bis zunächst das Schleswig-Holsteinische Finanzgericht und dann am Ende auch der Bundesfinanzhof bestätigen:

Ja, es gibt das Bleaching aus rein „ästhetischer“ Indikation, aber es gibt auch ein Bleaching als Umsatzsteuerbefreite Heilbehandlung: wenn eine infolge einer Vorschädigung des Zahnes (beispielsweise durch eine Wurzelfüllung) eingetretene Verdunkelung beseitigt wird.

Ein solches Bleaching ist dann auch – unabhängig vom gewählten Verfahren – der Ausübung der Zahnheilkunde zuzuordnen und steht damit unter dem Approbationsvorbehalt.

tr

Bleaching kann auch Zahnheilkunde sein



letztlich nichts anderes blieb, als gegen die Bescheide des Finanzamtes vor dem schleswig-holsteinischen Finanzgericht zu klagen.

Das Finanzgericht hat den betroffenen Kollegen Recht gegeben und sich mit einer dezidierten Urteilsbegründung

viel Mühe gegeben (Az: 4 K 179/10 vom 9.10.2014). Zu diesem Erfolg hat auch beigetragen, dass die betroffenen Kollegen in ihrer Dokumentation sauber unterschieden haben, wo ein Bleaching aus medizinischer Indikation erfolgte und wo nicht.

Auch dieses eindeutige Urteil hat die Finanzbehörden nicht umstimmen können. Das Finanzamt hat beim Bundesfinanzhof in München Revision eingelegt.

Der Bundesfinanzhof hat nun entschieden und den klagenden Kollegen Recht gegeben (Az. V R 60/14 vom 19.03.2015):

Die Zahnbehandlungen (gemeint sind die Wurzelfüllungen), die jeweils eine Verdunkelung des behandeltes Zahnes zur Folge hatten, waren medizinisch indiziert und damit umsatzsteuerfrei. Die als Folge dieser Zahnbehandlung notwendig gewordenen Zahnaufhellungs-Behandlungen waren ästhetischer Natur, aber – im konkreten Streitfall belegt – auch medizinisch erforderlich. Sie dienten eben nicht zu rein kosmetischen Zwecken, sondern standen in einem sachlichen Zusammenhang mit der vorherigen Behandlung und dienten damit der Beseitigung der Krankheitsfolge.

Die Steuerbefreiung gilt also nicht nur für Leistungen, die unmittelbar der Diagnose, Behandlung oder Heilung einer Krankheit oder Verletzung dienen, sie umfasst auch Leistungen, die erst als (spätere) Folge solcher Behandlungen erforderlich werden, auch wenn sie ästhetischer Natur sind. So die Auffassung des Bundesfinanzhofes mit dem ausdrücklichen Hinweis auf den Einklang mit der Rechtsprechung des Europäischen

Gerichtshofes (Urteil PFC Clinic EU:C:2013:198).

Auf die Rechtsform, unter der die Heilbehandlungsleistungen erbracht wurden (hier eine Gemeinschaftspraxis), kam es dann nicht mehr an. Aus für den Laien nur schwer nachvollziehbaren Gründen unterliegen Gemeinschaftspraxen, die auch umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbringen, in viel stärkerem Maße einer „Infektionsgefahr“ für die nicht umsatzsteuerpflichtigen Leistungen als dies bei Einzelpraxen der Fall ist.

Fazit:

Bleaching kann auch Ausübung der Zahnheilkunde sein. Das hat nicht nur steuerrechtliche Auswirkungen. Dieses Urteil trägt mit dazu bei, den Approbationsvorbehalt für dieses Verfahren zu stärken. So hat die wenig einsichtsfähige Haltung eines Finanzamtes ungewollt einen Beitrag zur Sicherheit der Patientenversorgung geleistet: Zahnkosmetik-Studios ohne zahnärztliche Kompetenz wird dieses Urteil nicht gefallen.

Es hat sich gelohnt, dass die Kollegen mit tatkräftiger Unterstützung ihrer Zahnärztekammer die Sache bis zum Bundesgericht durchgefochten haben, auch wenn es in den Einzelfällen um geringe Streitwerte ging.

Einmal mehr hat sich bestätigt, dass die gute Dokumentation das A und O bei der Abwehr unberechtigter Forderungen ist.

■ DR. THOMAS RUFF

The advertisement features a photograph of a modern building and a group of people sitting on a lawn. The main text reads: **65. Wissenschaftliche Tagung** on **10. Oktober 2015**. Below this, it specifies the event is organized by the **Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde** and **ZFA-samstag** (Zahnärztekammer Schleswig-Holstein). The location is **Audimax der CAU Kiel**. A yellow banner says **SAVE THE DATE**. At the bottom, there are logos for the Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde and the Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, along with QR codes and website addresses: www.sngzmk.de and www.zfa-samstag.de.

Im Kurzporträt

Neue Gesichter in der Kammerversammlung

Dr. Martin Stoltenberg

„Der Zahnarztberuf braucht wieder Perspektive“, sagt Dr. Martin Stoltenberg.

Der 43-jährige Zahnarzt und Zahntechniker aus Bönningstedt bei Hamburg hat sich daher für die Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein aufstellen lassen. Seit März 2015 hat er nun einen Sitz in der Selbstverwaltung.



Foto: Jörg Wohlfrohm

schiedlich gehandhabt. Es gibt keinen klaren Fragenkatalog, das Procedere ist rechtlich fragwürdig. Aus meiner Sicht muss die Kammer juristisch dagegen vorgehen.“

Ein Schwerpunkt der internen Arbeit ist für Stoltenberg die Förderung des Praxispersonals. „Der Mangel an Zahnmedizinischen Fachangestellten ist längst spürbar, obwohl der Beruf vielseitig ist und Aufstiegsmöglichkeiten bietet. Die vor allem im ländlichen Raum geringe Bezahlung muss Thema sein. Die Zahnärzteschaft muss mehr Geld in die Hand nehmen und junge Menschen besser über den Beruf informieren.“

„Ich will mitwirken, damit die Probleme unseres Berufsstands Gehör finden. Die Politik hat nicht verstanden, dass man uns mit Bürokratie und immer neuen Vorschriften die praktische Arbeit erschwert. Das schreckt auch den Nachwuchs ab. Unsere Berufsprognose ist schlecht.“

Stoltenberg ist davon überzeugt, dass die Selbstverwaltung Lobbyisten gewinnen muss. „Nur so werden wir Gehör in den entscheidenden Gremien finden. Man muss endlich begreifen, was wirklich in den Zahnarztpraxen abläuft.“ Er nennt als Beispiel die behördlichen Praxisbegehungen im Land. „Sie werden unverhältnismäßig und regional unter-

Stoltenberg, der in Heide aufgewachsen ist und aus einer Zahntechnikerfamilie stammt, wollte zunächst in die Fußstapfen des Vaters treten. Nach der Ausbildung zum Zahntechniker entschied er sich, gleich noch das Zahnmedizinstudium anzuhängen. Das schloss er in Göttingen ab, wo er auch promovierte. Die Assistenzzeit absolvierte er in Hamburg-Harvestehude und in Bergedorf, bis er 2003 in Bönningstedt vor den Toren der Hansestadt die eigene Praxis gründete.

Die Erfahrung aus beiden Berufen kommt ihm da zugute. So ist Sofortversorgung der Patienten mit Kronen ein Schwerpunkt. Ein anderer ist die Prophylaxe.

Eine angestellte Zahnärztin ist in Teilzeit mit in der Praxis tätig.

„Auch wenn ich ursprünglich in Hamburg bleiben wollte, bin ich heute froh, wieder in Schleswig-Holstein zu sein“, bekennt er. „Hier ist das Klima in der Kollegenschaft viel entspannter. Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung sind sehr gut aufgestellt und arbeiten hervorragend zusammen.“

Mit Ehefrau und zwei kleinen Töchtern – drei und sechs Jahre alt – wohnt er ganz in der Nähe der Praxis, in Tangstedt nämlich. „Die Familie füllt mein Privatleben aus. Und ich tue viel dafür, um mich körperlich fit zu halten. Nach einem schweren Verkehrsunfall 2006, der mich fast in den Rollstuhl gebracht hätte und mit dessen Folgen ich immer noch zu tun habe, steht das mit obenan.“

■ CORNELIA MÜLLER

Fortbildung - AS-Akademie

Zahnärzte haben Zukunft der Selbstverwaltung selbst in der Hand

Anfang 2016 startet der neue, mittelwellige 9. postgraduale Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement.

Information/Anmeldung:

www.zahnaerzte-akademie-as.de

Ein Münchner Kindl an der Ostseeküste

Prof. Dr. Helge Fischer-Brandies – 60 Jahre

Professor Dr. med. dent. Helge Fischer-Brandies vollendete am 1. Juni 2015 sein 60. Lebensjahr. Von seinem Geburtsort München aus folgte er 1989 dem ehrenvollen Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Kieferorthopädie an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Seit fast 30 Jahren leitet er als C4-Professor die Klinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel.



Foto: Foto Sulzer, Salzburg

Prof. Dr. Helge Fischer-Brandies

Hoch geschätzt von Kollegen, Mitarbeitern, Patienten und einer Vielzahl von Studenten, Doktoranden, Assistenten und kieferorthopädischen Fachkollegen hat er hier im „hohen“ Norden seine Heimat gefunden.

Es mag im ersten Augenblick ein wenig verwundern, dass ein primär fest im Süden verwurzeltes Münchner Kindl, Absolvent des Theresien-Gymnasiums und der Ludwig-Maximilians-Universität in München, Habilitand und C3-Professor der Poliklinik für Kieferorthopädie der Ludwig-Maximilians-Universität, sich von der Metropole an der Isar mit ihren Hausbergen trennt und an die ebene Ostseeküste umsiedelt. Aber dies mag umso mehr für die Attraktivität der Kieler Universität und Klinik sprechen,

wobei dem schon zu Münchner Zeiten aktiven Segler der Wechsel vom Starnberger See zur offenen Ostsee den Umzug sicherlich auch erleichtert hat.

Sein berufliches Wirken war von Anfang an durch ein hohes Engagement für sein Fach Kieferorthopädie und für seine Patienten geprägt. Unter der Leitung seines akademischen, ihm sehr nahestehenden Lehrers Prof. Dr. Arnulf Stahl, C4-Professor zuerst in Mannheim, dann in

München, verstand er es hervorragend, die klinische Behandlung fokussiert mit wissenschaftlichen Forschungsthemen zu verbinden. Gerade auch hierfür steht sein Habilitationsthema der „Entwicklungsmerkmale des Schädels und der Kiefer bei Morbus Down unter Berücksichtigung der funktionellen kieferorthopädischen Frühbehandlung“. Die Spezialsprechstunde für Kinder mit Trisomie 21, Zerebralparese und verschiedener orofazialer Symptomatik leitete er mit viel Geduld und Einfühlungsvermögen engagiert zusammen mit Prof. Dr. Theodor Hellbrügge, damaliger Direktor des Kinderzentrums in München, sogar weiterhin noch einige Zeit nach seinem Wechsel nach Kiel in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Ingrid Rudzki-Janson, der ihm kollegi-

al verbundenen Nachfolgerin von Prof. Dr. Arnulf Stahl.

Vor allem in den 80er und 90er Jahren war Prof. Fischer-Brandies Wegbereiter für ein patentiertes Verfahren zur computergestützten individuellen Herstellung von orthodontischen Drahtbögen mit einer Biegemaschine, dem „bending art system-TM“, das in seiner Weiterentwicklung in Deutschland und den USA bis heute zunehmend zum Einsatz kommt. Technische Aspekte des Fachs Kieferorthopädie dominieren viele seiner wissenschaftlichen Studien im klinik-eigenen werkstoffkundlichen und zellbiologischen Labor.

Neben den vielfältigen Aufgaben in Forschung, Klinik und Lehre war es für Prof. Fischer-Brandies stets ein großes Anliegen, den kollegialen Austausch international zu pflegen, zum Beispiel mit Zachrisson, Hasund, Ricketts, Marcotte, Castillo-Morales ...

Als Mitglied vieler kieferorthopädischer Fachgesellschaften wurde er den Herausforderungen der ihm übertragenen Aufgaben mit großem Engagement gerecht. Er übernahm von Prof. Dr. Dorothea Dausch-Neumann den deutschen Vorsitz im ‚Club Internationale de Morphologie Faciale‘ und richtete als Tagungspräsident 1994 die internationale Tagung der SFODF, der Französischen Gesellschaft für Kieferorthopädie, in München aus. Im Vordergrund seiner aktuellen klinischen Tätigkeit steht, als Ergebnis einer langen Tradition der Funktionslehre und -Forschung an der Förde, das

neue Kieler CMD –Konzept. Hier steht wiederum die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Fokus.

Wie steht es neben dem Hochschullehrer und Kliniker um die Person Helge Fischer-Brandies? Prof. Fischer-Brandies besticht durch seine freundliche, verbindliche und liebenswürdige Art. Stets wissbegierig und neugierig auf alles Neue, wirkt er immer bescheiden und zurückhaltend, prüft gründlich, bevor er zur Tat schreitet. Privat stehen

sein großes Interesse und seine ausgesprochen umfassende Expertise für das klassische und moderne Theater, für das Ballett, die Malerei des Impressionismus, edles Design und hochwertige Materialien im Vordergrund. Diese Aspekte harmonieren mit seinem hohen Anspruch an seine eigene tägliche kieferorthopädische Tätigkeit. Sein sportliches Hobby Segeln hat er seit langem ambitioniert durch die hohe Kunst des Dressurreitens mit eigenen Pferden ersetzt.

Meinem Habilitationsvater Professor Dr. Fischer-Brandies, dem ich größte Unterstützung und jederzeit ein offenes Ohr für alle Fragen und Probleme verdanke, darf ich, auch im Namen aller seiner Schüler, Kollegen und Freunde auf das Herzlichste zum runden Geburtstag gratulieren und ihm weiterhin das Allerbeste wünschen, privat wie beruflich.

■ PRIV.-DOZ. DR. BERND KOOS

Ostseesymposium des FVDZ Schleswig-Holstein

Fortbildung an der Förde

Traditionell veranstaltet der Landesverband des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte Anfang September sein Ostseesymposium mit begleitender Dentalausstellung. Die 36. Veranstaltung findet am 12. September erneut im Kieler Hotel Atlantik statt.

Das moderne Tagungskonzept der Teamfortbildung mit einem renommierten Praktiker als Hauptreferent hat sich bewährt und durchgesetzt. So wird auch in diesem Jahr das Ostseesymposium unter dem Motto „Ein Tag mit ...“ einem Spitzenreferenten die Gelegenheit gegeben, die verschiedenen Facetten seines Spezialgebietes zu beleuchten. Den Teilnehmern wird auf diese Weise ein vertiefender Einblick in die Komplexität zahnärztlicher Arbeitsbereiche gegeben. Dadurch, dass der Referent ganztägig zur Verfügung steht, besteht zusätzlich die Gelegenheit, im kollegialen Gespräch oder in offener Diskussionsrunde, Probleme aus der eigenen Praxis zu diskutieren. In diesem Jahr heißt das Thema:

Dentale Traumatologie – Endontie – Ästhetik

Ein Tag mit ... Prof. Dr. Gabriel Krastl

Prof. Krastl leitet seit Anfang September 2014 die Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des Uniklinikums Würzburg

und ist ein international anerkannter Spezialist für die Behandlung von Zahnunfällen und den Zahnerhalt auch bei schwierigen Ausgangssituationen.

Er ist Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachorganisationen. Über 100 nationale und internationale Publikationen, vorwiegend auf den Gebieten Dentale Traumatologie, Adhäsivtechnik und Endodontologie, tragen seinen Namen. Vor dem Hintergrund seiner Forschungsergebnisse und praktischen Erfahrungen erwartet die Teilnehmer ein hochinteressanter und spannender Fortbildungstag in Kiel.

Sowohl für Mitarbeiter als auch Zahnärzte interessant sind die Beiträge der Koreferenten: **Dr. Michael Diercks**, stv. Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und **Dr. Roland Kaden**, Vorstand Gebührenrecht der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, referieren zur korrekten Dokumentation und zur Abrechnung in der Endodontie – sowohl bei GKV- als auch bei PKV-Patienten.

Dr. Kai Voss, Vizepräsident und Vorstand Qualitätsmanagement der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, befasst sich mit möglichen Fallstricken bei der Umsetzung der verschärften Hygieneanforderungen -

insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuell stattfindenden Praxisbegehungen. QM im Team, Ausgleich und Balance bei den Mitarbeitern: Das ist das Thema für **Hanka Schiebold**, Mediatorin, Coach und Mitglied im Vorstand des Verbands medizinischer Fachberufe e.V.

Traditionell umrahmt die Fachvorträge auch dieses Jahr wieder eine „Standespolitische Sprechstunde“. Der Landesvorsitzende des Freien Verbandes, **Dr. Joachim Hüttmann** wird im Gespräch mit hochrangigen Repräsentanten des Gesundheitswesens Hintergründe und aktuelle Entwicklungen in der Standespolitik beleuchten.

Die Veranstaltung findet ganztägig von 9 bis ca. 17 Uhr statt (Mittagessen inklusive) und war in den Vorjahren ausgebucht.

Anmeldung bitte bis zum 4. 9. 2015 an:

Jens-Ulrich Krüger,
Gartenstr.16, 25836 Garding
oder per E-Mail:
OSY2015@t-online.de



JK

Bundesrechnungshof kritisiert Krankenkassen

Der Bundesrechnungshof kritisiert die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Intransparenz beim Einzug der Sozialversicherungsbeiträge: Man könne nicht beurteilen, ob die Kassen die Beiträge wirtschaftlich einzögen und ob ihre Vergütung dafür angemessen sei. Das geht aus zwischenzeitlich vorgelegten aktuellen Prüfergebnissen hervor, die den Jahresbericht 2014 des Bundesrechnungshofes ergänzen.

Für ihren Aufwand beim Einzug der Sozialversicherungsbeiträge erhalten die beteiligten Kostenträger eine pauschale Vergütung von derzeit 863 Millionen Euro pro Jahr. Die Vergütungsansprüche werden zwischen den Sozialversicherungsträgern verrechnet. Der überwiegende Anteil der Vergütung – 788 Millionen Euro – entfällt auf die Krankenkassen; sie übernehmen beim Einzug der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung die Hauptlast und verteilen die Gelder weiter an den Gesundheitsfonds, die Pflegekassen, die Bundesagentur für Arbeit und an die Rentenversicherungsträger.

Da sie jedoch nicht nachweisen können, welche Kosten ihnen dabei tatsächlich entstehen, streiten die Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger seit Jahren über die Höhe der Vergütung an die Krankenkassen.

Eine Vereinbarung zwischen den Trägern aus dem Jahr 2007 sah vor, dass die Krankenkassen den Beitragseinzug rationalisieren sollten. Einsparungen sollten sie an die Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit weitergeben. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hatte darüber zudem jährlich zu berichten. Dieser Pflicht kam der Spitzenverband jedoch lediglich im Dezember 2008 nach – wobei die Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit den Bericht

nicht für aussagekräftig hielten. So zeige er nicht auf, welche Einsparungen sich aus „optimierten Prozessen“ oder einer sich verändernden Kassenstruktur ergäben. Die Krankenkassen dagegen wandten damals ein, die Kosten seien trotz „eingeleiteter Rationalisierung“ gestiegen. Nachweise dafür legten sie nach Auskunft des Bundesrechnungshofes jedoch nicht vor.

Die Bundesagentur für Arbeit kündigte die bestehende Vereinbarung im Jahr 2011, nachdem ihre Erwartungen, dass „realisierbare Einsparungen“ die Vergütung verringern, sich nicht erfüllten. Seitdem konnten sich die Sozialversicherungsträger nicht auf eine neue Vereinbarung einigen.

Der Bundesrechnungshof fordert die Krankenkassen nun auf, die notwendige Transparenz und Datenbasis herzustellen, um die Höhe der Vergütung für alle Seiten nachvollziehbar zu ermitteln. Er wies zudem auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf die fehlende Kostentransparenz hin. „Auch die Krankenkassen selbst müssten ein betriebswirtschaftliches Interesse an Kostentransparenz haben“, schreibt der Bundesrechnungshof in seinen „Prüfergebnissen“. „Nur so können sie erkennen, ob dieser Beitragseinzug für sie kostendeckend ist.“

Nach Angaben von BMAS und

BMG verhandeln die Spitzenorganisationen derzeit unter anderem über das Thema Kostentransparenz. Erklärtes Ziel sei es, die Beitragseinzugsvergütung bis Ende 2016 neu zu vereinbaren. Der Bundesrechnungshof ist da allerdings skeptisch: „Ob sich die Spitzenorganisationen tatsächlich bis Ende 2016 verbindlich auf eine neue Vergütung einigen, erscheint angesichts des jahrelangen Streits fraglich“, heißt es in den aktuellen „Prüfergebnissen“.

Könne nicht „bald“ eine Einigung erreicht werden, empfiehlt der Bundesrechnungshof vorsorglich schon einmal „gesetzgeberische Maßnahmen“. In diesem Fall käme für ihn auch in Betracht, die Vergütung wieder durch Rechtsverordnung festzulegen. Das war gängige Praxis bis 2004. Seit dem Jahr 2005 müssen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit die Höhe der Vergütung selbst vereinbaren. Damit habe der Gesetzgeber die Selbstverwaltung der Beteiligten stärken und ihnen die Möglichkeit geben wollen, flexibel auf Änderungen des Kostenvolumens zu reagieren, erläutert der Bundesrechnungshof.

Be

Dicke Europäer:

Gesundheitsexperten warnen vor „Übergewichts-Krise“

In Europa werden im Jahr 2030 viel mehr Menschen als bisher mit Fettleibigkeit kämpfen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Europäische Region in Kopenhagen warnt vor einer „Übergewichts-Krise enormer Ausmaße“.

Für die WHO-Untersuchung verglichen Forscher Daten zu Übergewicht (Body-Mass-Index ab 25) und Fettleibigkeit (BMI ab 30) von europäischen Männern und Frauen aus dem Jahr 2010 und errechneten daraus Prognosen für 2030. Die Zahlen aus allen 53 Ländern der Europäischen Region präsentierte die WHO anlässlich des Europäischen Kongresses zu Übergewicht Anfang Mai in Prag.

Auch die Deutschen werden demnach dicker: Fast die Hälfte aller Frauen (2010: 44 Prozent; 2030: 47 Prozent) und knapp zwei Drittel der Männer (2010: 62 Prozent; 2030: 65 Prozent) werden laut WHO-Studie im Jahr 2030 Übergewicht haben. Fast jeder vierte Mann (24 Prozent; 2010: 21 Prozent) und etwas mehr als jede fünfte Frau (21 Prozent; 2010: 15 Prozent) könnten dann fettleibig sein.

Anderorts fällt die Entwicklung den Prognosen zufolge noch extremer aus: Danach wären 2030 fast alle erwachsenen Iren übergewichtig. Nahezu die

Hälfte der Männer (48 Prozent) und mehr als die Hälfte der Frauen (57 Prozent) in dem Land wird sogar fettleibig sein. In Großbritannien trifft das auf ein Drittel aller Frauen zu.

Auch Griechenland, Spanien, Schweden, Österreich oder Tschechien müssen sich auf viel mehr Übergewichtige einstellen. So könnten im Jahr 2030 doppelt so viele Griechen adipös sein wie noch 2010. Und während 2010 nur 14 Prozent aller schwedischen Männer fettleibig waren, sollen es 2030 mehr als ein Viertel sein. Der Trend zu mehr Pfunden verschont demnach kaum ein Land.

In den Niederlanden werden die Menschen den Annahmen zufolge allerdings schlanker. Weniger als die Hälfte der Männer dort soll in 15 Jahren noch übergewichtig sein (2010: 54 Prozent), nur noch 8 Prozent adipös (2010: 10 Prozent). Statt 13 Prozent werden 2030 demnach nur noch 9 Prozent der Niederländerinnen mit Fettleibigkeit kämpfen.

„Regierungen müssen mehr tun, um das Marketing für ungesundes Essen zu begrenzen und gesundes Essen erschwinglicher zu machen“, forderte Laura Webber vom britischen Gesundheitsforum, das das Projekt gemeinsam mit der WHO in Europa durchführte.

Nicht nur gesundheitliche Probleme belasten die Betroffenen. Gerade stark fettleibige Menschen (BMI ab 35) sind zudem oft Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt – etwa doppelt so häufig wie andere Übergewichtige. Das zeigt eine Untersuchung von Forschern der Universitätsklinik Leipzig. Dafür werteten die Autoren mehr als zwei Dutzend internationale Studien aus – auch aus Deutschland. „Die Ergebnisse beweisen, dass die Diskriminierung wegen Fettleibigkeit und ihre negativen Folgen höchst relevante Probleme in der Gesellschaft sind“, erklärte Hauptautorin Jenny Spahlholz.

dpa/Red.

RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

September-Sitzung 2015 Anträge für die September-Sitzung 2015 müssen bis zum 26. 8. 2015 vollständig vorliegen.	Dezember-Sitzung 2015 Anträge für die Dezember-Sitzung 2015 müssen bis zum 25. 11. 2015 vollständig vorliegen.	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.
		Verzicht zum 31. 12. 2015 einreichen bis zum 30. 9. 2015	

Einschulungstermine und Schultage der Berufsschulen im Schuljahr 2015/2016

Bad Oldesloe

Einschulung Unterstufe:

01.09.2015

Schultage

Unterstufe:

Dienstag u. Donnerstag

Mittelstufe: Mittwoch

Oberstufe: Freitag

Bad Segeberg

Einschulung Unterstufe:

01.09.2015, 7.45 Uhr

Schultage

Unterstufe:

Dienstag u. Donnerstag

Mittelstufe: Mittwoch

Oberstufe: Freitag

Flensburg

Einschulung Unterstufen:

02.09.2015, 8.00 Uhr

Eingangshalle

Schultage

Unterstufen:

ZFA18ab: Montag u. Mittwoch

Berufseinstiegstage:

02.09. - 04.09.2015

Mittelstufen:

ZFA17a: Montag

ZFA17b: Donnerstag

Oberstufen:

ZFA16a: Donnerstag

ZFA16b: Freitag

Heide

Einschulung Unterstufe:

31.08.2015

Schultage

Unterstufe: Montag u. Freitag

Mittelstufe: Donnerstag

Oberstufe: Mittwoch

Itzehoe

Einschulung Unterstufe:

01.09.2015, 8.00 Uhr, Raum 113

Schultage

Unterstufe: Dienstag u. Freitag

Mittelstufe: Donnerstag

Oberstufe: Mittwoch

Kiel

Einschulung Unterstufen:

ZFA15a: 02.09.2015, 7.30 Uhr

ZFA15b: 03.09.2015, 7.30 Uhr

ZFA15c: 02.09.2015, 7.30 Uhr

Schultage

Unterstufen:

ZFA 15a: Montag u. Mittwoch*

ZFA 15b:

Dienstag u. Donnerstag*

ZFA 15c: Mittwoch* u. Freitag

*Hauptschultag

Mittelstufen:

14a: Montag

14b: Dienstag

14c: Mittwoch

Oberstufen:

13a: Freitag

13b: Donnerstag

13c: Freitag

Lübeck

Einschulung Unterstufen:

ZF1-15: 02.09.2015

ZF2-15: 01.09.2015

Schultage

Unterstufen:

ZF1-15: Montag u. Mittwoch*

ZF2-15: Dienstag u. Donnerstag*

*Hauptschultag

Mittelstufen:

ZF1-14: Montag

ZF2-14: Dienstag

Oberstufen:

ZF1-13: Mittwoch

ZF2-13: Freitag

Mölln

Einschulung Unterstufe:

01.09.2015, Raum G 2.01

(nächste Schultage:

10.09. u. 11.09.2015)

Schultage

Unterstufe ZFA-15:

Donnerstag u. Freitag

Mittelstufe ZFA-14: Montag

Oberstufe ZFA-13: Mittwoch

Neumünster

Einschulung Unterstufe:

01.09.2015, 8.00 Uhr

Schultage

Unterstufe ZFA 15:

Dienstag u. Freitag

Mittelstufe ZFA 14: Donnerstag

Oberstufe ZFA 13: Mittwoch

Neustadt

Einschulung Unterstufe:

31.08.2015

Schultage

Unterstufe: Montag u. Freitag

Mittelstufe: Donnerstag

Oberstufe: Mittwoch

Niebüll

Einschulung Unterstufe:

01.09.2015

Schultage

Unterstufe: Dienstag und

vierzehntägig zusätzlich am Frei-

tag (erstmalig am 04.09.2015)

Mittelstufe: Mittwoch

Oberstufe: Mittwoch

Pinneberg

Einschulung Unterstufen:

31.08.2015

Schultage

Unterstufe:

Montag u. Donnerstag

Mittelstufe: Mittwoch

Oberstufe: Freitag

Plön

Einschulung Unterstufe:

02.09.2015

Schultage

Unterstufe: Mittwoch u. Freitag

Mittelstufe: Freitag

Oberstufe: Mittwoch

Rendsburg

Einschulung Unterstufe:

31.08.2015, 08.30 Uhr

Schultage

Unterstufe:

ZFA15a: Dienstag u. Mittwoch

ZFA15b: Mittwoch u. Donnerstag

Mittelstufe:

ZFA14a: Montag

ZFA14b: Freitag

Oberstufe:

ZFA13a: Montag

ZFA13b: Freitag



Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

Anzeigen

Südöstlicher Speckgürtel Hamburg

Wegen Umzug ins Ausland, alt-
eingesessene Praxis mit zwei BHZ
(erweiterbar auf drei, Anschlüsse
sind vorhanden) zum nächst-

möglichen Termin an gewissen-
hafte/n Kollegin/Kollegen abzu-
geben. Preis 150.000 VB.

Mobil: 0173/8043736

bitte ab 19:00 h

Großraum Kiel

Gutgehende Landpraxis
abzugeben: 2 BHZ, OPG,
eigene Parkplätze.
Einarbeitung möglich.
Chiffre-Nr. 1-6/2015

Zahnärztliche

Praxislaborgemeinschaft (zu-
künftig mit CAD- CAM) sucht
Kollegen als Partner oder Mieter
eines zahntechn. Arbeitsplatzes.
Tel: 040/7106871



Fortbildung in Kreisvereinen

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

am: 23. Juni 2015, 19.30 h

Ort: Hotel Conventgarten, Hindenburgstraße, Rendsburg

Thema: Adhäsive Befestigung prothetischer Restaurationen

Referent: Prof. Dr. Matthias Kern, Uni Kiel

Anmeldung erforderlich: Tel. 04351/2847

Vereinigung der Zahnärzte Husum-Eiderstedt

am: 29. Juni 2015, 19.30 h

Ort: Hotel Rosenburg, Husum

Thema: Diagnostik und Therapie craniomandibulärer Dysfunktion –
Kieler Konzept

Referent: Prof. Dr. Helge Fischer-Brandies, Uni Kiel –
nebst Physiotherapeut

Vereinigung der Zahnärzte des Kreises Stormarn

am: 2. Juli 2015, 19.30 h

Ort: THC Ahrensburg, Fannyhöh 9f, 22926 Ahrensburg

Thema: Notfälle in der Zahnarztpraxis

Referent: Malte Voth

Verein Lübecker Zahnärzte e.V.

am: 2. Juli 2015, 19.30 h

Ort: Restaurant Nordwind, Wakenitzufer 9, 23564 Lübeck

Thema: Keine Angst vor Praxisbegehungen!?

Referent: Dr. Kai Voss, Vizepräsident und Vorstand

Qualitätsmanagement der Zahnärztekammer

Zahnärzteverein Kreis Neumünster e. V.

am: 3. September 2015, 20.00 h

Ort: Neumünster, Alfreds

Thema: Paradigmenwechsel in der Parodontologie

Referent: Dr. Christian Graetz, Kiel

Gemeinsame Erklärung für Freiberuflichkeit

Die Präsidenten und Vorsitzenden der Heilberufe in Deutschland haben sich aus Anlass der Diskussion um das Freihandelsabkommens mit den USA (TTIP) in einer gemeinsamen Erklärung für den Erhalt der Freiberuflichkeit ausgesprochen.

Bundesärztekammer-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery, KBV-Chef Dr. Andreas Gassen sowie der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Peter Engel, der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Dr. Wolfgang Eßer und der Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Friedemann Schmidt betonten, dass die Rechte der Patienten wie auch die Freiberuflichkeit von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern sowie die Kompetenzen ihrer Selbstverwaltungsorgane nicht eingeschränkt werden dürften.

Eßer:

MDK bestätigt zahnärztliches QM

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Wolfgang Eßer hat anlässlich der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik 2014 der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) betont, dass Patientensicherheit für Zahnärzte an erster Stelle stehe. Die Zahnärzteschaft leiste wie andere niedergelassene Heilberufe ihren Beitrag zu einer ausgezeichneten, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Versorgung.

Die im Verhältnis zur Gesamtzahl von jährlich etwa 90 Millionen zahnmedizinischen Behandlungsfällen in der GKV verschwindend geringe Quote von 556 bestätigten Behandlungsfehlern belege die Zuverlässigkeit der etablierten qualitätsfördernden Instrumente. Dazu gehörten ein bundesweites Netz von Patientenberatungsstellen, das Zweitmeinungs-

Das deutsche Gesundheitswesen sei geprägt von Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit.

Diese Grundsätze müssten bei den Verhandlungen beachtet und das erfolgreiche Gesundheitssystem geschützt werden. Gefordert wird eine Positivliste, um klarzustellen, „dass TTIP keine Anwendung auf das Gesundheitswesen und die Heilberufe findet“. Die Regularien im deutschen Gesundheitswesen dürften durch Freihandelsabkommen nicht aufgebrochen werden, „um rein gewinnorientierten Unternehmen Profitmöglichkeiten durch das Betreiben von (Zahn-)Arztpraxen, Apotheken oder MVZs zu eröffnen“. Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung müsse der Patient und nicht wirtschaftliche Interessen einzelner stehen.

JH, and

modell, zahnärztliche Qualitätszirkel sowie das gemeinsame Berichts- und Lernsystem von KZBV und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) „CIRS Dent – Jeder Zahn zählt!“.

Mit dem Gutachterwesen bestehe zudem eine einzigartige Form der zielgerichteten und einzelfallbezogenen Sicherung der Behandlungsqualität durch einvernehmlich von KZVen und Krankenkassen bestellte unabhängige Gutachter. GKV-Patienten könnten zudem selbst Privatgutachten beauftragen, falls sie eine Fehlbehandlung vermuten. In Streitfällen bestehe darüber hinaus die Möglichkeit der Anrufung von Schlichtungsstellen nach den Heilberufsgesetzen. Hier würden etwa 90 Prozent der vorgelegten Fälle geschlichtet, so Eßer.

JH, KZBV

Evaluation der GOZ

„Neue GOZ?“ wird sich der eine oder andere Kollege verwundert die Augen reiben. No, not yet. – Im Zuge der GOZ-Novellierung 2012 hat das Bundesgesundheitsministerium den Zahnärzten mittels § 12 angedroht, die Auswirkungen der Novellierung zu evaluieren.

In diesem Jahr soll nun geprüft werden, wie sich die Ausgaben aus privat-zahnärztlicher Behandlung verändert haben. Sollte sich zeigen – so der damalige Kabinettsbeschluss – dass der Honoraranstieg sechs Prozent übersteigt, wird eine Absenkung des Punktwerts zu überprüfen sein.

Die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen für Zahnmedizin werden nach dem „onit“ aus Kreisen einzelner Krankenversicherungen seit 2012 bis Ende 2014 wohl um circa zehn Prozent gestiegen sein. Das wird niemanden überraschen – weder das BMG noch die Krankenversicherungen selbst. Konkrete Zahlen liegen allerdings noch nicht vor. Die Zahnärzteschaft wird sich aber rechtzeitig mit belastbaren Argumenten aufstellen müssen, damit sie eventuellen Bestrebungen nach Absenkung des GOZ-Punktwerts entgegen treten kann. Es müssen konkrete Zahlen auf den politischen Tisch, die belegen, dass die Wirtschaftlichkeitsberechnung für die Erbringung vieler privat-zahnärztlicher Leistungen inzwischen so schlecht aussieht, dass die Sozialhonorare der GKV attraktiver sind.

Kosteneffekte unabhängig von der Novellierung

Mit den prognostizierten sechs Prozent plus ist allerdings nur derjenige Effekt quantifiziert, der sich direkt aus den Veränderungen der GOZ 2012 gegenüber 1988 ergibt. Neben dem direkten Effekt aus der Novellierung gibt es noch indirekte Effekte und Effekte, die

Z 2015

von der Novellierung völlig unabhängig sind, aber dennoch die Ausgabenentwicklung der Kostenträger beeinflussen. Steigt beispielsweise die Zahl der Privatversicherten, werden die Ausgaben entsprechend steigen, ohne dass der Zahnarzt ein höheres Honorar für seine Leistungen erhalten hat. Mehr privat Zahnärztliche Leistungen verteilen sich möglicherweise auf eine höhere Zahl an Zahnärztlichen Behandlern. Werden mehr privat Zahnärztliche Leistungen erbracht, die früher unter die GKV-Leistungen fielen, entfallen entsprechende Einnahmen über die KZV und die Gesamteinnahmen des Zahnarztes verändern sich nur unwesentlich.

Ein wesentlicher Ausgabenteil betrifft die Material- und Laborkosten. Sie sind durchlaufende Posten, auf die der Zahnarzt in der Regel keinen Einfluss hat. Insbesondere schlagen auch Edelmetallkosten zu Buche, deren Preiserhöhungen seit 2011 dem Zahnarzt ernsthaft nicht angelastet werden können.

Indirekte Kosteneffekte

Die Anzahl der erbrachten Zahnärztlichen Leistungen verändert sich unabhängig von der Novellierung. Veränderungen in der Morbidität, in der wissenschaftlichen Zahnheilkunde und im Anspruchsverhalten der Patienten werden erhebliche Einflüsse auf die Kostenentwicklungen bei den Kostenträgern haben, ohne dass damit die Honorierungssituation direkt geändert werden würde. Beispiel: Die Professionelle Zahnreinigung hat durch die Einführung in die GOZ schnell Spitzenwerte bei den Abrechnungsfrequenzen erreicht. Wer die dadurch entstehenden Mehraufwendungen bei der Zahnmedizinischen Versorgung der Menschen beklagen will, der soll das seinen Versicherten sagen.

Wer die resultierende bessere Zahngesundheit der Menschen beklagen will, soll sich dazu entsprechend öffentlich positionieren. Es wäre jedenfalls unredlich, derartige Effekte der Zahnärzteschaft anzulasten.

Mehrumsatz bedeutet nicht Mehrgewinn

Sofern die indirekten und unabhängigen Kosteneffekte zu mehr Umsätzen führen, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass der Zahnarzt einen höheren Praxisgewinn hat. Mit dem Umsatz steigen in der Regel auch die meisten Kostenarten. Mehr an Umsatz erfordert in der Regel ein Mehr an Arbeitszeit. Oder der insgesamt steigende Behandlungsbedarf verteilt sich auf eine größer werdende Anzahl von Zahnärzten. Die von manchen Kostenträgern offen oder versteckt kolportierte Idee, bei steigenden privat Zahnärztlichen Ausgaben müssten die Zahnärzte ggf. mit abgesenktem Punktwert „bestraft“ werden, entbehrt einer logischen Grundlage. Das aus diesem Denken geborene Dogma des § 12 GOZ ist zynisch und folgt dem Gedanken der Rationierung von Gesundheitsleistungen, so wie viele das noch aus der DDR kennen. Wenn unsere Politik tatsächlich dahin will, soll sie sich zu diesem Denken aber bitte auch offen bekennen. Ministerin Ulla Schmidt hatte das seinerzeit in schonungsloser Offenheit getan, es müsse endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit. In diesem Fall wird jeder Zahnarzt seinen Patienten klar machen müssen, dass die freie Wahl der Therapie für Zahnarzt und Patient Vergangenheit ist.

Eine genaue Analyse der Entwicklungen belegt, dass eine erhebliche Anzahl der GOZ-Leistungen im Honorar unter dem Bema der GKV liegt. Des Weiteren ist allen GOZ-Ex-

perten klar, dass die Novellierung von 2012 eine „Notoperation“ war, die auf der fachlichen Ebene, hinsichtlich vieler Leistungsbeschreibungen und letztlich in Honorierungsfragen derartig viele Defizite hinterlassen hat, dass die nächste GOZ-Novellierung ansteht. Die HOZ (Honorarordnung für Zahnärzte) liegt dafür als Grundlage nach wie vor bereit. Eine Gebührenordnung allerdings als Kostendiktat des Gesundheitsministeriums, der Bundesländer und der Versicherungen – das kann man sich schenken. Das wäre letztlich die Säge an der Weiterentwicklung einer modernen Zahnheilkunde. Die Zahnärzteschaft sollte sich für eine zu erneuernde GOZ erneut aufstellen.

Dr. K. Ulrich Rubehn

DER AUTOR



Dr. K. Ulrich Rubehn (66) ist seit 1978 in eigener Praxis in Elmshorn niedergelassen. Er war von 1992 bis 2015 Delegierter der Kammerversammlung SH und von Beginn an Mitglied des GOZ-Ausschusses. 1997 rückte Rubehn in den Vorstand der Zahnärztekammer mit dem Arbeitsschwerpunkt GOZ/Gebührenrecht. Von 2009 bis 2013 war er Präsident und in dieser Funktion auch Vorstandsmitglied der Bundeszahnärztekammer. Dort war er zu diesem Zeitpunkt bereits Mitglied des Senats für Gebührenrecht und leitete dieses Gremium von 2010 bis 2013 als Vorsitzender. In dieser Zeit begleitete Rubehn die Novellierung der GOZ für die BZÄK. Darüber hinaus war er von 2001 bis 2009 im Bundesvorstand des FVDZ engagiert – zuletzt als stv. Bundesvorsitzender.

KONTAKT

Dr. K. Ulrich Rubehn
Kaltenweide 84, 25335 Elmshorn
Tel. 04121-88881
urubehn@t-online.de

Telefonverzeichnis der KZV Schleswig-Holstein

Zentrale 0431/38 97 – 0
 Telefax 0431/38 97 – 100
 E-Mail: info@kzv-sh.de

Durchwahl

Vorsitzender des Vorstandes	Hr. Dr. Kriett	
Sekretariat	Fr. Oelke	126
stellvertretender		
Vorsitzender des Vorstandes	Hr. Dr. Diercks	
Leiterin der Abrechnungsabteilung	Fr. Jäger	131
Mitglied des Vorstandes		
	Hr. Dipl.-Volkswirt Steinmetz	
Sekretariat	Fr. Rinschen	123
Assistentin des Vorstandes		
	Fr. Dr. Hennig	
Sekretariat	Fr. Oelke	126
Juristische Abteilung		
	Hr. Ass. Bohnsack	172
Sekretariat	Fr. Jaich	177
Sekretariat Vertragswesen		
	Fr. Paust	171
Abrechnungsabteilung		
	Fr. Jäger (Leitung)	131
	Fr. Wendler	135
KCH-Abrechnung		
	Fr. Koch	137
	Fr. Vespermann	143
	Fr. Fehr	144
	Fr. Witt	134
KBR/PAR-Abrechnung/ Zwischenstaatliche Abkommen		
	Fr. Kuhlmann	148
	Fr. Möller	142
ZE-Abrechnung		
	Fr. Schwertfeger	146
	Fr. Barufke	146
	Fr. Krahl	146
	Fr. Brombach	145
	Fr. Frandsen	145
	Fr. Ammen-Schrade	132
	Fr. Neitzel	132
	Fr. Hutzfeldt/Fr. Pieper	136
	Fr. Knievel	136
	Fr. Lange/Fr. Voß	140
	Fr. Strauß	140
	Fr. Böhmer	139
	Fr. Grümmert/Fr. Nittler	139
	Fr. Boeck/Fr. Havemeister	198
	Fr. Rüter/Fr. Halemba	196
Anmeldung von EDV-Anlagen		
	Fr. Witt	134
Online-Einreichung/ Technik		
	Hr. Sendel	182

ZE/Kieferbruch/PAR-Fragen	Fr. Krüger/Fr. Fischer	193/192
Kons.-chir./KFO-Fragen		
	Fr. Collin/Fr. Klindt	190
	Fr. Kuhlmann	148
Fragen zur Kostenerstattung		
	Fr. Dinkela	194
Sprechstundenbedarf/ Verordnungsweise/QM		
	Fr. Röschmann	194
Prothetik-Einigungsausschuss		
Prothetik-Widerspruchsausschuss		
	Fr. Bölke	197
Gutachterwesen, Fortbildung		
	Fr. Ludwig	128
Rechnungslegungsabteilung		
	Hr. Meyer (Leitung)	180
Bundeskassenstamm		
	Hr. Baasch	186
HVM/Statistik		
	Fr. Kranold	188
	Fr. Böhmer	189
	Fr. Wibrow	187
Finanzabteilung		
	Hr. Eggers (Leitung)	160
Honorarverkehr		
	Fr. Tedt	162
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit		
	Fr. Behrendt	129
Zulassungswesen		
Assistenten/ Mitgliederverwaltung/ Bedarfsplan		
	Fr. Griesbach	174
AIHV		
	Fr. Stellmach	173

Patientenberatungsstelle 0431/3897-
Fr. Kiencke 255

Prüfungsstelle 0431/3897-
Hr. Faße (Leitung) 314
Fr. Joosten 402
Fr. Kock 403
Fr. Ungermann 404
Telefax 400



Stand: Juni 2015