



7-8

Juli / August 2015

der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung und
der Zahnärztekammer

GENERATION Y



Die „Generation Y“

Worauf sich Zahnarztpraxen in Zukunft einstellen sollten

Editorial	3
<i>57. Sylter Woche:</i>	
Prothetik kein Auslaufmodell	4
Bestandsverzeichnis für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte ..	10
<i>Praxisbegehungen:</i>	
Eigenleben der Behörden?	12
Pflichtangaben für Rezepte	18
<i>Mindestlohn:</i>	
Vorsicht bei Beauftragung externer Unternehmen	19
... und jetzt auch noch Gewerbesteuer? ..	20
Privatgutachter-Tagung 2015	22
ZahniCampus an der Zahnklinik in Kiel ..	23
<i>Video-Wettbewerb zfa-like-it:</i>	
„Der Beruf der ZFA ist spannend!“	24
IdH: Medienpreis Gesundheit 2014	26
<i>KZBV-Vertreterversammlung:</i>	
Einfluss der Krankenkassen wächst	28
<i>KZV-Fenster auf der 57. Sylter Woche:</i>	
„Das Defizit wird steigen“	33
<i>TTip:</i>	
Auswirkungen auf das Gesundheitswesen	36
<i>Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsarbeit:</i>	
Die Generation Y und die Zahnmedizin ..	38
Bund will 2016 mehr Geld für Gesundheit ausgeben	42
Rundschreiben der KZV SH	43
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	44
Meldungen	46

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. Joachim Hüttmann

Verlag: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Westring 496 · 24106 Kiel

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

E-Mail: central@zaek-sh.de

www.zaek-sh.de

Layout, Herstellung:

form + text | herbert kämpfer · Kiel

Titel: ComLog Werbung + PR, Schinkel

Druck: Schmidt & Klaunig · Kiel

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

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

LINKE will PKV abschaffen

Die Abschaffung der privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung war Ziel eines Antrages der Bundestagsfraktion Die LINKE. Der Antrag wurde jedoch am Freitag, 3. Juli 2015, mit den Stimmen von CDU/CSU und SPD abgelehnt. In der Debatte hatte sich u. a. der Kieler Bundestagsabgeordnete Thomas Stritzl (CDU) für den Erhalt des dualen Systems ausgesprochen.

Zur Begründung ihres Antrages hatte die Links-Fraktion behauptet, die Existenz zweier Versicherungssysteme schaffe Ungerechtigkeiten in der medizinischen Leistungserbringung, führe zu ungleicher Versorgung und persönlichen Härten. Außerdem untergrabe die PKV die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, weil insbesondere „gute Risiken“ in der PKV versichert seien. Sie sei daher „gesamtgemeinschaftlich unzweckmäßig und schädlich“ und ineffizient, weil sie für vergleichbare ambulante Versorgung mehr Geld aufwende als die GKV. Während die LINKE einerseits einen mangelnden Leistungsumfang der PKV beklagt, bemängelt sie zugleich, dass die PKV „fragwürdige Untersuchungen und Therapien“ bezahle.

jh

„Oscar“ für proDente

Die Initiative proDente e.V. ist für ihre Informationskampagne mit dem diesjährigen Health Media Award ausgezeichnet worden. Auf einer Gala im Kammermusiksaal in Bonn überreichte Jury-Präsident Dr. Engels dem Vorstandsvorsitzenden Joachim Hoffmann (FVDZ) und Geschäftsführer Dirk Kropp die Auszeichnung.

„Der Preis würdigt die langjährige Zusammenarbeit aller beteiligten Verbände aus Industrie, Handel, Zahnärzteschaft und Zahntechnik“, bedankte sich Hoffmann.

Mit dem „Oscar der Gesundheitsbranche“ werden seit 2008 herausragende Kommunikationskonzepte in der Gesundheitswirtschaft ausgezeichnet. Mehr als 200 Projekte sind in diesem Jahr eingereicht worden. Der Preis wird in 20 klassischen Kategorien und drei Sonderkategorien vergeben. Die Entscheidung über die Vergabe des Health Media Award trifft eine hochkarätig besetzte Jury aus Hochschul-Professoren, Marketing-Fachleuten und renommierten Agentur-Mitarbeitern.

Als eine „Belohnung für die seit Jahren guten Ergebnisse unserer Kampagne“ bezeichnete proDente Geschäftsführer Dirk Kropp die Auszeichnung.

„Besonders freut mich die Auszeichnung für die Mitglieder der Initiative. Deren persönliches und finanzielles Engagement schafft Freiraum für mutige Projekte und zeigt nachhaltige Wirkung in der Bevölkerung,“ so Kropp.

jh, proDente e.V.

Hygiene ist richtig und wichtig!

Wir Zahnärzte haben selbst das größte Interesse daran, dass in unseren Praxen einwandfreie hygienische Verhältnisse herrschen und Patienten nicht gefährdet werden. Obwohl es keine evidenzbasierten Hinweise zu Infektionsübertragungen in der Zahnarztpraxis gibt, wurde es für die Praxen wegen deutlich verschärfter Anforderungen erforderlich, mit erheblichem Aufwand an Geld und Personal das Hygienemanagement zu forcieren. Einen Ausgleich für die gestiegenen Kosten hat es nicht gegeben. Das Medizinprodukte- und Hygienerecht ist inzwischen so komplex, dass wohl kaum jemand alle Anforderungen aktuell und zutreffend benennen kann. Wer sucht, findet auch in der eigenen Praxis Verbesserungsmöglichkeiten. Und zudem: Manches, was vor einigen Jahren noch durchaus üblich war, entspricht nicht mehr dem heutigen Standard.

Vor etwa acht Jahren wurden vom zuständigen Landesamt die ersten Zahnarztpraxen begangen. Dabei zeigte sich, dass die Kriterien der Beurteilung des Hygienestandards teilweise nicht nachvollziehbar, zum Teil sogar ohne Rechtsgrundlage waren. In einer gemeinsamen Anstrengung von Zahnärztekammer und dem zuständigen Gesundheitsministerium entstand 2010 die „Vereinbarung zur Förderung des Hygienestandards in Zahnarztpraxen“. In mühevoller Kleinarbeit wurde eine Checkliste erarbeitet und an alle Praxen geschickt. Den Praxen wurde so die Möglichkeit gegeben, zu prüfen, ob die wesentlichen hygienischen Anforderungen erfüllt sind bzw. welche Maßnahmen noch erfolgen müssen. Der Kammer kam die Aufgabe zu, die von den Praxen ausgefüllten Checklisten und weitere relevante Unterlagen (z. B. Hygieneplan, Dokumentation der Validierung) der Praxen zu prüfen und ggf. individuell zu beraten. Im Gegenzug

wurden routinemäßige Begehungen des Landesamtes ausgesetzt. Das vereinbarte Quorum an Überprüfungen konnte nicht erreicht werden, weil die Überwachungstätigkeit anderer Institutionen zusätzlich erheblichen Beratungsbedarf der Praxen durch die Kammer zur Folge hatte.

Das Landesamt erhielt regelmäßig Berichte über die Ergebnisse der Beratungen. Mehrfach fanden Gespräche mit dem Ministerium und dem Landesamt statt, in denen es um die Auslegung der einschlägigen Vorschriften ging. Über deren Ergebnisse und neue Anforderungen wurde fortlaufend im Zahnärzteblatt und im elektronischen Informationsdienst der Kammer berichtet. Das Landesamt nahm schließlich vor einiger Zeit die routinemäßigen Begehungen wieder auf, um eigenständig den Erfolg der Hygienevereinbarung zu überprüfen. Dabei zeigte sich u. a., dass ein Teil der beratenen Praxen die Empfehlungen der Kammer nicht, nicht vollständig oder erst nach Ankündigung der Begehung umgesetzt hatte. Deutlich wurde aber auch, dass das Landesamt offenbar an einer gemeinsamen Evaluierung der Hygienevereinbarung nicht mehr interessiert war. So wurde die zwischen Amt und Kammer konsenterte Checkliste als überholt abgetan und völlig andere Parameter überprüft. In den begangenen Praxen entsteht so der Eindruck, von der Kammer nicht vollständig beraten worden zu sein. So werden vom Landesamt erneut Dinge beanstandet, für die es schon vor acht Jahren keine Rechtsgrundlagen gab und sich hieran auch durch die Neufassung der RKI-Richtlinie 2012 nichts geändert hat.

Wissenschaftliche Studien zur Effektivität manueller Aufbereitung werden als irrelevant abgetan. Stattdessen werden „Leitlinien“ eines eingetragenen Vereins zum Standard erklärt, obwohl



sie sich dem Verneinen nach in Krankenhäusern als unbrauchbar erwiesen haben. Besondere Sorge macht uns die extreme Verunsicherung, die in den Praxen durch die Begehungen ausgelöst wurde. Dabei schießen teilweise Parolen und Gerüchte in's Kraut. Rückmeldungen betroffener Praxen zeigen, dass das Ergebnis offenbar auch sehr stark von der Person des Begehers abhängig ist. Sowohl das persönliche Auftreten als auch die angelegten Kriterien sind anscheinend sehr unterschiedlich. So berichten Praxen von netter und sachlicher Atmosphäre, man habe sogar gute Tipps erhalten. Auf der anderen Seite gibt es massive Beschwerden.

Wir lassen den Gesprächsfaden mit dem Ministerium und dem Landesamt dennoch nicht abreißen. Unsere Aufforderung an alle Beteiligten lautet: Rückkehr zur Sachlichkeit, was Inhalte und Umgangston angeht!

Dr. Kai Voss

Vizepräsident/Vorstand

Qualitätsmanagement

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Zur Hygieneproblematik
siehe auch Seiten 10 und 12.

Beobachtungen anlässlich der 57. Sylter Woche der Zahnärztekammer

Prothetik ist noch lange kein Auslaufmodell

Nein, auch angesichts flächendeckender perfekter Prophylaxe brauchen wir heute und zukünftig noch Zahnersatz, denn erstens gibt es auch Menschen, die sich der Prophylaxe entziehen, und zweitens gibt es noch andere Gründe für Prothetik.

Kammerpräsident Dr. Michael Brandt sagte in seiner Begrüßung deutliche Worte zur überbordenden Bürokratie bei den Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten. Zwar habe es tragische Vorfälle im Universitätsklinikum Kiel mit multiresistenten Keimen und dadurch hervorgerufenen Todesfällen gegeben, von einer Zahnarztpraxis jedoch Standards zu verlangen, die für multimorbide moribunde Patienten gelten, sei überzogen. Die zuständigen Stellen scheinen aber inzwischen diesbezüglichen vernünftigen Diskussionen kaum zugänglich zu sein. Fraglich sei daher, ob zukünftig noch alle Praxen den mit hohen, unnötigen Anforderungen verbundenen Personal- und Kostendruck stemmen könnten.

Erdbeben

Ich liebe die „fachfremden“ Festvorträge auf zahnärztlichen Kongressen. Den diesjährigen hielt Prof. Dr. Klaus Reichert aus Aachen. Er sprach über „Die Erde bebt – auch in Zentraleuropa.“ Behalten habe ich folgendes: Wenn die Wände des Hauses anfangen zu wackeln, ist es zu spät zu versuchen, aus dem Gebäude zu fliehen. Man schafft das zeitlich gar nicht und wird dazu oft noch von einstürzenden Wänden erschlagen. Behalten habe ich seinen Rat, unter einen Tisch zu kriechen. Die gute Nachricht ist, dass es in unseren Breitengraden (wahrscheinlich) schon ein paar tausend Jahre dauert, bis wir bei uns mal wieder ein Beben der Größenordnung erleben werden, bei dem auch der Tisch nichts mehr

nützt. Die schlechte Nachricht ist: Erdbeben sind nicht vorhersagbar.

Kooperation mit der DGP

In diesem Jahr kooperierte die Kammer mit der Deutschen Gesellschaft für Prothetik und Biomaterialien. Ihr Präsident Prof. Dr. Matthias Kern aus Kiel hielt mehrere sehr interessante Vorträge und Seminare ab. In seinem Einführungsvortrag rügte er zu Recht, dass die Kassenzahnärztlichen Richtlinien den wissenschaftlichen Erkenntnissen einer qualitativ gebotenen Zahnmedizin deutlich hinterherhinken.

Kommunikation der Zellen

Dr. Michael-Kurt Prüfert aus Altenholz zeigte uns seinen zusammen mit dem Quintessenz-Verlag realisierten Film „Kommunikation der Zellen – die Osseointegration“. Das war weit mehr als eine nur unterhaltsame Spielerei.

Sonst nur mikroskopisch Sichtbares animiert darzustellen, gelingt mit moderner Rechentechnik ganz hervorragend. Prüfert demonstrierte aber auch eine Methode, mit der wir mittels eines Tablets und kurzer, erstklassiger individualisierbarer Filme eine ausgezeichnete Patienteninformation durchführen können. Im Praxisleben kann ein Tablet-Computer nämlich ein perfektes Kommunikationsinstrument sein. Die Informationen, Bilder und Videos können wir dem Patienten ganz einfach auch nach Hause auf seinen PC senden, sodass er sie sich mit seinen Angehörigen anschauen kann. Eine sinnvolle Nebenwirkung: Die Beratung wird sekundengenau elektro-

nisch dokumentiert. Das lässt zum Beispiel forensische Rügen bezüglich „Aufklärung“ gar nicht erst aufkommen. Schauen Sie sich das System doch einmal an. Stichwort: „Dental Explorer mobile“ (Quintessenz-Verlag Berlin).

CAD/CAM

1943 prognostizierte Thomas Watson: „Ich glaube, es gibt einen Weltmarkt für vielleicht fünf Computer.“ Das ist, wie wir wissen, nicht wahr geworden. Eine andere Vorhersage aus dem Jahre 1988, im Jahr 2015 sei die komplette Zahnmedizin digital, hätte sich ebenfalls nicht bewahrheitet, so Prof. Kern. In seinem Vortrag „Von der Einzelzahnücke bis zur Totalprothese“ konstatierte er, dass die digitale Abformung derzeit bei größeren Spannen noch schlechter als die analoge zeichne. Eine CAD/CAM gefertigte Implantat-Prothetik sei jedoch präziser als die analoge.



DGP-Vorsitzender Prof. Dr. Matthias Kern: „Richtlinien hinken der Wissenschaft hinterher!“

Er sprach die S 3-Leitlinie zu „Vollkeramische Kronen und Brücken“ an, ich empfehle Ihnen, sie einmal nachzulesen, sie ist im Internet zu finden.

Sie wissen es: Die Reinigung kombinierten Zahnersatzes ist mit eingesetzter Prothese effektiver, vorausgesetzt die Prothese ist entsprechend gestaltet. Kern zeigt auch Putzschienen. Die relativ einfach herzustellen Minioplastschienen bieten Führungsflächen für die Interdentalbürstchen, sodass die Primär-Teleskope auch an den richtigen Stellen gepflegt werden können.

Kommunikation

Joachim Brandes aus München ist ein guter Rhetoriklehrer. Bei zahnärztlichen Beratungsgesprächen gebe es noch viel Fehlverhalten, so Brandes. Unsere Patienten achten in solchen Gesprächen, die sinnvollerweise außerhalb des Zahnarztstuhls stattfinden sollten, besonders auf die Körpersprache (zu 55 Prozent) und die Sprachmelodie (zu 38 Prozent) aber nur zu 7 Prozent auf den Inhalt.

Zahnärztinnen halten bei ihren Beratungen eher die korrekte Reihen-

folge ein, die männlichen Kollegen in aller Regel nicht. Sie zeigen viel zu lange Röntgenbilder und erklären technische Details der Behandlung. Das jedoch interessiert die Patienten häufig gar nicht. Die Entscheidung des Patienten zu einer Maßnahme sei keine rationale, sondern eine emotionale Entscheidung, so der Kommunikationsexperte.

Platform Switching

Eigentlich scheint es sinnvoll zu sein: Der Knochen wächst auf die Schulter des Implantats, und das Abutment hält sich von ihm fern, weil es einen geringeren Durchmesser hat als das Implantat. Damit wollen wir die für den Langzeiterfolg eines Implantats kontraproduktiven schüsselförmigen Defekte vermeiden. PD Dr. Dietmar Weng aus Starnberg, ein Praktiker, nahm Stellung zu „Platform-Switching am Implantat-Abutment-Interface – bringt's was?“ Neben der akkuraten und ausführlichen Betrachtung des Themas Platform-Switching generell diskutierte er auch noch eine ganz andere mögliche Ursache für den periimplantären Knochenabbau: das Interface, den Mikro-

spalt. Es gibt nämlich heute noch keine Möglichkeit, ihn dauerhaft zu versiegeln. Bei jeder Bewegung des Abutments und der Suprastruktur fließen dort Bakterien ein. Das ist für die periimplantäre Umgebung nicht gesund. Einteilige Implantate, die ja gar keinen Mikrosplatt haben, zeigen jedoch ähnliche Defekte. Das muss noch näher untersucht werden.

Der ABC Risiko Score

Den von PD Dr. Hans-Joachim Nickenig mit entwickelten „Kölner ABC-Risiko-Score für die Implantatbehandlung“ halte ich für eine sinnvolle Sache. Nickenig stellte ihn, die Entwicklung einer Konsensus Konferenz, als einfache Möglichkeit vor, implantologische Fälle korrekt und bzgl. der Risikoeinschätzung rechtlich unangreifbar einzustufen.

Er gliedert sich in die vier Teilbereiche:

1. Anamnese
2. Lokalbefund
3. Chirurgie
4. Prothetik



Fotos Syllpicture/Volker Frenzel

von links:

PD Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln; PD Dr. Dietmar Weng, Starnberg; Prof. Dr. Meike Stiesch, Hannover

57. Sylter Woche der Zahnärztekammer

Mit dem ABC-Risiko-Score nach einem einfachen ABC-System (a = always; b = between; c = complex) und visuell unverwechselbar in verschiedenen Farben dargestellt hat der behandelnde Zahnarzt die Möglichkeit, die anstehende Implantatbehandlung bezüglich ihres Risikos (und der Erfolgswahrscheinlichkeit) zu bewerten. Nur wenige Kreuzchen in kürzester Zeit genügen auch, um den Vorwurf einer mangelhaften Aufklärung und Diagnose zu entkräften. Von der Homepage der implantologisch tätigen Zahnärzte Deutschlands (BDIZ) können Sie sich den Score herunterladen und ausdrucken.

Weißer Implantate

Neben weißen Füllungen sind jetzt anscheinend auch weiße Implantate „in“. Dr. Weng referierte in einem weiteren Vortrag über „Implantate aus Zirkondioxid – ein Update“. Ein Vorteil: Wenn sich die Gingiva und der Knochen zurückziehen, tritt Weißes anstelle von grauem Titan zutage. Eine geringere Plaque-Akkumulation ist ebenfalls positiv zu bewerten. Eine geringere Allergiewahrscheinlichkeit ist fraglich, Titan ist ja auch eher weniger allergen. Die Osseointegrationsfähigkeit der Implantate aus Zirkondioxid ist ähnlich der von Titanimplantaten. Ob wir in wenigen Jahren generell weiße Implantate einsetzen, wird sich zeigen, wenn wir mehr Erfahrungen damit gesammelt haben und aussagekräftige Studien dazu vorliegen.

Die Freundsituation

Welche Lösung bezüglich der Versorgung einer Freundsituation wählen Sie generell? Abgesehen von der richtigen Beratung (Stichwort Emotionalität) ist das bei unseren Patienten auch eine Frage des Geldes. Die entsprechende IQWIG-Studie zeigt leider, dass Im-

plantate gegenüber konventionellen Prothesen keinen Vorteil bieten. Sie haben es in der Hand, Ihre Patienten in die richtige Richtung zu führen, wenn der ABC Score stimmt. Wissen müssen Ihre Patienten jedoch auch, dass sie damit nur dezent zubeißen sollten, denn die fehlende taktile Sensibilität führt unter Umständen bei zu kräftigem Kiefferchluss zum Chipping.

Biofilm

Prof. Dr. Meike Stiesch aus Hannover sprach über „Implantat-assoziierte Biofilme – Komplikationen und Konsequenzen.“ Das Keimspektrum auf natürlichen Zähnen sei sehr viel größer als auf Implantaten. Aber es kommt ja bekanntlich auch auf die Pathogenität

der einzelnen Spezies an. Bekannt sei, dass die parodonto- oder periopathogenen Keime einen kausalen Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen böten. Die Referentin zeigte uns die überraschenden Ergebnisse einer ihrer Untersuchungen: Durch nur 30 Minuten Sport pro Tag verlängerten sich die Telomere (Enden der Chromosomen) und damit das Gesamtleben. Natürlich muss eine parodontale Sanierung mit erfolgen.

Was ist besser?

Sind kombiniert Zahn/Implantat oder rein Implantat-verankerte Brücken und Prothesen besser? Prof. Dr. Peter Rammsberg aus Heidelberg referierte darüber, dass es keine Indikation gebe,

Charity Golf Sylter Woche 2015

And the winner is: „Familien in Not“



Durften sich erneut über einen Scheck freuen: Bürgermeister Nikolas Häckel und Amtsvorgängerin Petra Reiber.

Traditionell wird die Sylter Woche mit einem Charity-Golf-Turnier beendet. In diesem Jahr waren die Teilnehmer besonders lange auf dem Platz, um die Spendensumme zu erspielen. Der steife Sylter Wind sorgte für manch abdriftenden Ball, es

wurde viel gesucht und so erreichten die meisten Golfer erst nach knapp sechs Stunden das Clubhaus und Loch Neunzehn.

Mit den stürmischen Bedingungen kamen offenbar die Norddeutschen am besten zu-

Zähne zu extrahieren, um rein implantatgetragene Versorgung zu erstellen. Die Kombination natürlicher Zähne mit Implantaten in Brücken und Prothesen sei durchaus sinnvoll. Diesbezügliche Paradigmenwechsel sollten langsam nicht mehr erfolgen. Technische Komplikationen bei rein implantatgetragenen Brücken sind häufiger als bei der Kombination Implantat/Zahn. Immerhin treten solche Komplikationen innerhalb der ersten zwei Jahre an 25 Prozent der Brücken auf! Implantatgetragene Brücken zementieren wir häufig provisorisch. Allerdings bringt das kaum einen Vorteil, im Gegenteil, sie lösen sich öfter. Das wird Ihren Patienten weniger gefallen. Abplatzungen der Keramik kommen

bei Männern doppelt so oft vor wie bei Frauen. Was können wir dagegen tun?

Konus- und Teleskopkronen

Die **Doppelkrone** ist immer noch eine probate Versorgung. Prof. Dr. Hans Jürgen Wenz aus Kiel zeigte uns das in seinem Referat zu einem Verfahren, mit dem wir Zähne langfristig erhalten wollen und können. Mittlerweile ist der Einstückguss auch großer Sekundärkonstruktionen in NEM möglich. Das ist unter anderem sinnvoll, um Lotstellen mit deren Korrosionsproblematik zu verhindern. Die gaumenbügelfreie Konstruktion solcher Arbeiten bietet für unsere Patienten große Vorteile. Aber stabil müssen die Pro-

thesen schon sein. Die Langzeitbewährung von Doppelkronen mit Spielpassung liege bei 85 Prozent auf zehn Jahre. Heute verwenden wir das TK-Snap® Geschiebe. Damit gibt es auch mit der Retention keine Probleme.

Die digitale Abformung

Macht die digitale Abformung den Abdrucklöffel entbehrlich? Prof. Dr. Daniel Edelhoﬀ aus München gab uns wertvolle Informationen über „Digitale Abformungen – Update 2015“. Eine Vollkeramik-Krone in nur einer Stunde? Es gibt sie schon in München. Ob das sinnvoll ist und der Patient die Kosten von mehreren hundert Euro als gerechtfertigt ansieht und dafür auch die



ht, eine scharfe Brise ist man hier geöhnt.

e Ergebnisse im Einzelnen: Die Netto-rtung für Kongressteilnehmer mit Han- ap bis 23,5 entschied Tyll Bose vom GC orpswede vor Peter Finck (GC Altenhof) sich. Dritter wurde Dr. Dieter Ripper C Odenwald).

der Nettowertung Kongressteilnehmer HCP 36 nutzte Dr. Helmut von Grabo- ecki (Marine Golfclub Sylt) seinen Heim- teil und verwies Dr. Frederic Hollay

(Münchner Golfclub) und Daniel Jolk (GSC Rheine/Mesum) auf die Plätze.

Die glücklichen Gewinner der Verlosung hochwertiger Dentalgeräte unter den mehr als 60 Teilnehmern wurden Dr. Frank-Olaf Lübbe (Titanknochenfilter – Fa. Schlumbohm), Dr. Wulf Scherer (Translux-Lichtgerät – Fa. Heraeus) und Dr. Dieter Ripper (Elipar-Lichtgerät Fa. Espe).

Schon zum Kongressauftakt der 57. Sylter Woche hatte Kammerpräsident Dr. Michael Brandt einen Scheck mit dem Erlös

des Turniers von 5.700 EUR an den neuen Bürgermeister der Stadt Sylt Nikolas Häckel überreicht. Häckel kündigte an, den von seiner Amtsvorgängerin Petra Reiber ins Leben gerufenen Fonds „Familien in Not“ weiterzuführen. Mit dem Geld sei die Stadt in der Lage, Bedürftigen in Notlagen unbürokratisch zu helfen. Dadurch sind die eigentlichen Gewinner des Turniers vor allem Menschen, die nicht auf der Sonnenseite des Lebens stehen.

ZÄK



Foto: Dr. Kai Voss

57. Sylter Woche der Zahnärztekammer

nicht so optimale Farbgestaltung in Kauf nimmt, ist eine andere Frage. Und: Bereits in ein paar Jahren dürfen Sie ja schon die nächste Abform-Kamera kaufen. „Full Arch Scans“ seien immer noch zu unpräzise. Und die Systeme an ihren Schnittstellen noch zu wenig kompatibel. Edelhoffs Resümee: Die klassische Abformung ist wirtschaftlicher.

Mini-Implantate

22 Prozent der über 60-jährigen sind komplett zahnlos. Implantate wären für sie ein Segen. Warum der Konjunktiv? Eine interessante Studie ergab, dass viele der älteren Patienten solche Implantate gar nicht wollen. Selbst wenn sie sie umsonst bekämen! Warum? Prof. Dr. Thomas Morneburg aus Bamberg erklärte dies anhand der Ergebnisse einer Studie. Es sei „Angst vor der unbekanntem Maßnahme“. Dabei können Mini-Implantate ja zumeist weitgehend atraumatisch inseriert werden. Die Kaufähigkeit nimmt auch schon mit nur einem Implantat (Verfahren Prof. Kern) drastisch zu. Die finanzielle Schmerzgrenze unserer Patienten, die bei 2000 – 3000 EUR liegt, ist mit kostengünstigen Mini-Implantaten ja auch einzuhalten. Oft kann auch die vorhandene Prothese weiterverwandt werden. Entsprechende Verfahren kann ich empfehlen.

Ältere Patienten

Prof. Dr. Frauke Müller aus Genf kennt sich im Bereich der zahnärztlichen Probleme von Senioren und vor allem von Heimbewohnern bestens aus. In ihrem Seminar: „Alterszahnheilkunde“ konnte selbst ich als Autor von Büchern über ältere multimorbide Patienten in der Zahnarztpraxis noch etwas lernen. Durchschnittlich verbleiben Menschen, wenn sie einmal in ein Heim gegangen sind, dort nur noch 992 Tage.



Prof. Dr. Daniel Edelhoff, München; Prof. Dr. Frauke Müller, Genf



Beschämend ist, dass ihre Behandlung zwar mittlerweile marginal besser (aber immer noch bei weitem nicht kostendeckend) honoriert wird, aber logistisch leider oft schwer durchzuführen ist. Die allermeisten Heime verfügen nämlich nicht über einen Raum mit einer Behandlungseinheit. Für viele Patienten fertigt Prof. Müller mit ihrem Team selbst in den letzten Tagen des zu Ende gehenden Lebens noch eine neue Prothese. Damit die sich in Würde verabschieden können. Denken Sie bitte bei geriatrischen Patienten mit einer generellen Candidiasis auch daran, sie dringend allgemeinmedizinisch untersuchen zu lassen. Häufig versteckt sich dahinter eine gravierende Allgemeinerkrankung.

Der Tablet Computer

Diaserien bei Vorträgen sind überholt. Auch der Laptop ist kommunikationstechnisch bereits übersprungen – wir benutzen jetzt das Tablet. Prof. Kern setzt es sehr erfolgreich in der Patientenkommunikation ein. Er filmt mit den Tablets eine bestimmte von ihm durch Provisorien oder additive Methoden (einfaches Auftragen von Kom-

positen ohne Ätzung), geänderte orale Patientensituationen und lässt diese dann vom Probanden betrachten und beurteilen. Sie im Spiegel zu betrachten ist etwas ganz anderes. Probieren Sie's mal selber aus. Einer der Fälle, die er am Donnerstagabend zeigte, war hochinteressant. Er hatte es wohl geschafft, eine ältere Dame, die ihrer Aussage nach „von den Zahnärzten verpfuscht“ war und sich das Leben nehmen wollte, zumindest mit einem Langzeitprovisorium zu versorgen und glücklich zu machen.

Drucken

CAD/CAM bedeutet nicht nur fräsen, sondern auch drucken. Im Moment beobachten wir vermehrt die Möglichkeiten, die auch wir in unserem Fachbereich durch den Einsatz von 3-D Druckern haben. Prof. Edelhoff lenkte unsere Aufmerksamkeit noch einmal auf den digitalen Zahnersatz. CAD/CAM-Fertigung bietet seinen Aussagen nach eine bessere Materialqualität. Die digitale Verblendung ist eine Option für die Zukunft. Das Felge/Reifen-Prinzip habe ich in dieser Diktion noch nicht gehört. Ist der Reifen (gedruckte



Prof. Dr. Peter Rammelsberg, Heidelberg; Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel; Joachim Brandes, München (von links)

Krone) verschlissen, wird der alte Datensatz reaktiviert und der Patient bekommt eine neue Krone ohne neue Abformung und das kostengünstig. CAD/CAM gefertigte Schienen sind bereits Alltag. Bis heute noch Ungeahntes liegt vor uns.

Erbsen und Nudeln kann man schon drucken

Prof. Müller referierte am Schlußtag über die Zukunft der Zahnersatzversorgung im demografischen Wandel. Ältere Menschen haben ganz andere Bedürfnisse an ihre Nahrung. Da ihre gustatorischen Fähigkeiten nachlassen, übersalzen sie ihr Essen zumeist. Salz aber ist schlecht für deren meist zu hohen Blutdruck. Essen in der passenden, medizinisch optimierten Zusammenstellung kann jetzt gedruckt werden. Und womit kaut unser Patient dieses Essen? Noch immer gibt es Defizite in der Ausbildung von Zahnärzten in Alterszahnheilkunde. Die Gestaltung altersgerechten Zahnersatzes ist eine Herausforderung. Sie bedeutet: keine Abstützung auf den Zähnen. Diese sind für die Aufnahme von Prothesenkräften ungeeignet. Wählen Sie

handhabbare und für die Senioren pflegbare Konstruktionen aus. Bedecken Sie die Pfeilerzähne möglichst wenig. Es gibt im Internet eine Fülle von Literatur dazu. Weitere interessante Stichworte zu diesem Thema: „Lebensabschnittsimplantat“, „die Erneuerung einer adaptierten Prothese im hohen Alter ist eine Herausforderung“, „Duplikatprothese“ und „Avadent® Dentures, die gefräste Totale“. Bezüglich des Leibesumfangs älterer Patienten hat ein Umdenken stattgefunden: Über 65 darf man übergewichtig sein. Es gibt keine Evidenz für eine daraus resultierende KHK.

Die Zukunft

Prof. Stiesch beendete den Reigen der Vorträge mit „Prothetik der Zukunft – Zukunft der Prothetik“. Brauchen wir Prothetik in Zukunft überhaupt? „Ja, ganz eindeutig, aber festsitzend“, fügte sie hinzu. Wir brauchen Sicherheit für unsere Patienten durch die Simulation von Behandlungserfolgen, neue Standards in der Testung von Techniken und Materialien sowie die Erzielung von Evidenz der Behandlungsmethoden. Wir brauchen Innovation und

Technologie durch die Optimierung der Präzision, die Biologisierung von Materialien, Robotik und Rapid Prototyping. Und wir brauchen Nachhaltigkeit durch eine stärkere Integration der Alterszahnheilkunde. Neue Zähne aus Stammzellen? Wir stehen kurz davor.

War's das?

Ich las vor einiger Zeit eine Schmähekritik der Fortbildung auf Sylt. Ach was, es war noch nicht einmal eine Kritik, es war ein schlechtes Klischee. Mit mir haben eine Woche lang mehr als zwölfhundert Kolleginnen und Kollegen die Stühle im Kongresszentrum und in den Seminarräumen gedrückt. Trotz guten Wetters. Ich habe schon vieles an Fortbildung gesehen und auch diesmal auf der Insel wieder vieles dazu gelernt. Im nächsten Jahr gibt's vom 9. bis 13. Mai mit „Ein Lächeln für die Zukunft“ einen Kongress zur Kinderzahnheilkunde – mein Lieblingsthema. Ich werde sicher wieder dabei sein – es lohnt sich!

■ DR. MED. DENT. HANS H. SELLMANN

Vorbereitung auf die Begehungen des Landesamtes für soziale Dienste (LAsD), Folge 1:

Bestandsverzeichnis für aktive nicht implantierbare M

Das Landesamt für soziale Dienste, die Aufsichtsbehörde für die Medizinprodukteüberwachung, führt zurzeit Begehungen in Zahnarztpraxen durch. Die Umsetzung der Anforderungen wirft in vielen Praxisteams zahlreiche Fragen auf. Im Rahmen einer Informationsreihe wollen wir wichtige Themenkomplexe ausführlich erläutern.

Medizinprodukte-Bestandsverzeichnis

Medizinprodukte sind definiert als Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände etc., die für die Anwendung beim Menschen bestimmt sind.

Aktive nichtimplantierbare Medizinprodukte sind solche, die energetisch, mit Strom oder Gas betrieben werden. Für diese muss ein Bestandsverzeichnis geführt werden. So ist es in § 8 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) festgelegt. Beispiele für aktive Medizinprodukte sind zahnärztliche Behand-

lungseinheiten, OP-Leuchte, Röntgengeräte, Hochfrequenz-Chirurgiegerät, Lasertherapiegerät, Polymerisationslampe, elektrisch betriebene Wurzelkanallängen-Messgeräte, elektrische Pulpenprüfer.

Um die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen, empfehlen wir, die Vorlage (Medizinprodukte-Bestandsverzeichnis, Vorlage Tabelle) auf unserer Internetseite zu verwenden. Diese ist am Bildschirm ausfüllbar und eignet sich deshalb, um das Bestandsverzeichnis bequem regelmäßig (z. B. jährlich) zu aktualisieren. Alternativ kann die Vorlage des QM-Programms verwendet werden, welches einige Praxen benutzen.

Die Eintragungen im Bestandsverzeichnis sollen folgende Angaben enthalten: Bezeichnung, Art und Typ, Fabrikations-/ Seriennummer, Anschaffungsjahr, Name oder Firma des Verantwortlichen nach § 5 des MPG (z. B. Hersteller), CE-Kenn-Nummer soweit vorhanden (Die CE-Kenn-Nummer ist auf dem Typenschild des Medizinprodukts neben dem CE-Zeichen zu finden.), Standort in der Praxis, Frist für die sicherheitstechnischen Kontrollen.

Für das Bestandsverzeichnis sind alle Datenträger zulässig, sofern die Angaben innerhalb einer angemessenen Frist lesbar gemacht wer-

Bestandsverzeichnis für medizinische und technische Geräte nach MPBetreibV und MPG

Blattnummer:

Stand:

Lfd. Nr.	Bezeichnung, Art, Typ	Fabrikations-/ Seriennummer	Anschaffungsjahr	Name od. Firma, Anschrift des Verantwortlichen nach § 5 MPG, z. B. Hersteller	CE-Kenn-Nr	Standort im Betrieb	Frist für die sicherheitstechnische Kontrolle



dizinprodukte

den können. Der zuständigen Behörde ist auf Verlangen jederzeit Einsicht in das Medizinprodukte-Bestandsverzeichnis zu gewähren.

Sicherheitstechnische und elektrische Kontrollen

Für die im Medizinprodukte-Bestandsverzeichnis aufgeführten Medizinprodukte sind regelmäßig sicherheitstechnische Kontrollen durchzuführen. Je nach Medizinprodukt sind diese gesetzlich vorgeschrieben oder der Hersteller des jeweiligen Gerätes hat Prüfungen und Fristen vorgeschrieben, damit Mängel, mit denen auf Grund der Erfahrungen gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können. Die Angaben zu den Kontrollen sind den Produktunterlagen, z. B. Bedienungsanleitung zu entnehmen.

Darüber hinaus gibt es neben den elektrisch betriebenen Medizinprodukten viele andere Geräte in der Praxis, für die nach der Unfallverhütungsvorschrift elektrische Kontrollen notwendig sind.

Alle wichtigen Informationen zum Thema haben wir für Sie in dem Merkblatt „Prüfung elektrischer Geräte in Zahnarztpraxen“ zusammengestellt.

Das Merkblatt sowie die Vorlage Tabelle für das Medizinprodukte-Bestandsverzeichnis stehen auf unserer Homepage www.zaek-sh.de – Praxisservice – Qualitätsmanagement – Informationen von A-Z – Stichwort MPG zum Download bereit.

In der nächsten Folge werden wir das Thema Verfahren zur Meldung von Vorkommnissen darstellen.

■ DIPL.-BIOL. ROSEMARIE GRIEBEL



Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Westring 496
24106 Kiel

Telefon (0431) 26 09 26 - 0
Telefax (0431) 26 09 26 - 15
qm@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de

Merkblatt

Prüfung elektrischer Geräte in Zahnarztpraxen

Elektrische Geräte in Zahnarztpraxen sind im Laufe der Zeit je nach der Nutzung, Pflege und Art des Gerätes einem Verschleiß ausgesetzt. Dies wirkt sich natürlich auch auf die vom Hersteller vorgesehenen Schutzmaßnahmen aus. Um die Sicherheit und das ordnungsgemäße Funktionieren gewährleisten zu können, müssen in regelmäßigen Abständen Prüfungen durchgeführt werden. Diese erfolgen nach unterschiedlichen Prüfvorschriften.

Welche Geräte muss ich in meiner Zahnarztpraxis überprüfen lassen?

- **Elektrische Prüfung von Geräten nach VDE 0701/0702**

Dies betrifft alle Geräte in Zahnarztpraxen, die einen Stecker besitzen, mit 230V betrieben werden und **nicht** direkt mit Patienten in Berührung kommen (z. B. Kapselmischer, Ultraschallreinigungsgesetz sowie sonstige elektrische Geräte).

Grundlage für diese Prüfungen ist die Unfallverhütungsvorschrift der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung DGUV Vorschrift 3 „Elektrische Anlagen und Betriebsmittel“ (ehemals BGV A3). Diese Prüfungen können von jeder Elektrofachkraft durchgeführt werden.

Die **Zeitintervalle** variieren, je nachdem, ob das Gerät ortsveränderlich oder ortsfest ist. Es haben sich 12 Monate bei ortsveränderlichen und 4 Jahre bei ortsfesten elektrischen Betriebsmitteln bewährt. Ortsveränderliche elektrische Betriebsmittel sind solche, die während des Betriebes bewegt werden oder die leicht von einem Platz zum anderen gebracht werden können, während sie an den Versorgungsstromkreis angeschlossen sind. Sie sind in Zahnarztpraxen eher selten anzutreffen. In erster Linie sind die vom Hersteller mitgelieferten Bedienungsanleitungen hilfreich, um neben Art und Umfang der Prüfung auch die Prüfzeiten zu erfahren.

- **Medizinische Geräte nach VDE 0751 (z. B. Tubus - Röntgengerät)**

Stellt man sich die Frage, ob es sich um ein medizinisches Gerät handelt, so ist die Zweckbestimmung entscheidend. Wenn es zu therapeutischen, diagnostischen oder anderen Zwecken direkt am Patienten zum Einsatz kommt, so ist es ein Medizinprodukt und wird nach VDE 0751 geprüft.




Erkennungsmerkmale für diese medizinischen Geräte sind Piktogramme oder Zeichen auf den Typenschildern. Diese können folgende Zeichen beinhalten B, BF, CF oder ein Symbol in Form eines Männchens oder eines Herzens (B für Body / C für Cardio).



Für Wiederholungsprüfungen ist die Norm vom Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e.V. 0751 (VDE 0751) vorgeschrieben.

Die Prüfung darf nur von speziell ausgebildeten Technikern durchgeführt werden, da eine höhere Qualifikation des Technikers und geeignete Messmittel für die Prüfung gefordert werden. Die Techniker der Dentaldepots haben in der Regel die erforderliche Qualifikation. Bei dieser Prüfung sind die gemessenen Werte schriftlich zu dokumentieren.

Eine Betrachtung über Praxisbegehungen im bundesweiten Vergleich

Eigenleben der Behörden?

Als vor einigen Jahren die Praxisbegehungen durch Gesundheitsämter und Regierungspräsidien bzw. den diesen in den verschiedenen Bundesländern vergleichbaren Behörden begannen, stellten sich ob des meist vorgefundenen Zustandes wenige Fragen nach der Rechtmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit der angeordneten Maßnahmen. Das ändert sich offenbar. Der Medizinrechtsexperte Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Sindelfingen, hat die einzelnen Maßnahmen gesammelt.

Es gibt zunehmend Hinweise, dass sich bei mit Praxisbegehungen befassten Behörden ein Eigenleben entwickelt, dass die Auslegung der rechtlichen Grundlagen nach persönlichem Gusto (die Juristen sprechen hier idR von Willkür) erfolgt und die Tatsache, dass es so wenige gerichtliche Kontrolle gibt, diese Fehlentwicklungen erst ermöglicht hat. Das geht so weit, dass in Anordnungen, über deren Rechtsqualität als Verwaltungsakte man sich streiten mag, Vorgaben zur Gestaltung der Praxishygiene gemacht werden, ohne dass dafür eine Rechtsgrundlage angegeben wird. Schaut man genauer hin, gibt es diese vielfach auch gar nicht.

Herrschte bisher in der Regel bei den Praxisinhabern ziemliche Panik, wenn Praxisbegehungen zu Hygieneuntersuchungen stattfanden, ist es an der Zeit, gegenzuhalten.

Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage für die Praxisbegehungen sind das Medizinproduktegesetz (MPG), die Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV), das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und ggf. die auf der Basis von § 23 Abs. 8 IfSG erlassenen Hygieneverordnungen der Bundesländer. Jedes der 16 Bundesländer hat mittlerweile seine eigene Hygieneverordnung erlassen. Dabei folgt das Hygienerecht guter bundesdeutscher Föderalismustradition. Nicht nur haben die Bundesländer es für richtig gehalten, für ein und dieselbe Aufgabe individuelle Bezeichnungen zu finden, sondern auch die Inhalte sind nur bedingt in allen Ländern dieselben. Schließlich schimmert auch noch jahrhundertealtes Traditionsbewusstsein durch, wenn sich etwa die Verordnung des Landes Sach-

sen „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ nennt.

Anwendungsbereich für Zahnarztpraxen

Vier Länder-Medizinhygieneverordnungen erwähnen Zahnarztpraxen nicht explizit (Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein). In diesen Ländern können die Maßnahmen direkt auf das IfSG gestützt werden.

Das IfSG erwähnt Zahnarztpraxen nur an drei Stellen:

§ 23 Abs. 3 Nr. 8: „Die Leiter [u. a. von Zahnarztpraxen] haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden.“

§ 23 Abs. 5 Satz 2: „Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind.“

Die grundsätzlichen (fachlichen) Anforderungen an die Hygiene in zahnärztlichen Praxen gelten bundesweit. Gleiches gilt für das Medizinproduktegesetz und das Infektionsschutzgesetz. Darüber hinaus gibt es noch zusätzliche landesrechtliche Regelungen, die von Bundesland zu Bundesland durchaus unterschiedlich ausfallen. Die tatsächliche Umsetzung der Überwachung wiederum gleicht einem bunten Wildblumenstrauß – es findet sich nahezu jede Art von Blüte.

Einen anschaulichen Überblick über die rechtlichen und sachlichen Hintergründe der derzeitigen Hygieneüberwachungswelle hat Rechtsanwalt Prof. Thomas Ratajczak verfasst.

Wir drucken den Artikel mit freundlicher Genehmigung der Zahnärztlichen Nachrichten Schwaben in leicht gekürzter Fassung nach.

ZÄK



§ 45 Abs. 1: „Einer Erlaubnis nach § 44 [Erlaubnispflicht für Tätigkeiten mit Krankheitserregern] bedürfen nicht Personen, die zur selbstständigen Ausübung des Berufs als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt berechtigt sind, für mikrobiologische Untersuchungen zur orientierenden medizinischen und veterinärmedizinischen Diagnostik mittels solcher kultureller Verfahren, die auf die primäre Anzucht und nachfolgender Subkultur zum Zwecke der Resistenzbestimmung beschränkt sind und bei denen die angewendeten Methoden nicht auf den spezifischen Nachweis meldepflichtiger Krankheitserreger gerichtet sind, soweit die Untersuchungen für die unmittelbare Behandlung der eigenen Patienten für die eigene Praxis durchgeführt werden.“

Behördliche Überwachung

Für die behördliche Überwachung sind in den einzelnen Bundesländern verschiedene Behörden zuständig. Dargestellt werden soll die Zuständigkeitsvielfalt anhand der Situation in Baden-Württemberg.

Dort sind die Regierungspräsidien zuständig für aktive und nicht aktive Medizinprodukte (allerdings verteilt auf unterschiedliche Referate) sowie das Regierungspräsidium Tübingen für Medizinprodukte mit Messfunktion.

Die Gesundheitsämter sind zuständig für die Überwachung nach IfSG und MedHygVO.

Aktiv sind auch die Berufsgenossenschaften, ggf. der Zoll und andere mehr.

Schwierigkeiten in der Praxis

Die Hauptschwierigkeiten in der Praxis liegen darin, dass die meisten existierenden Vorschriften für den Krankenhausbetrieb entwickelt wurden und

es nur wenige dezidiert die Bedingungen niedergelassener Tätigkeit regelnde Vorschriften gibt.

Die 1998 veröffentlichten „Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin“ (Bundesgesundheitsblatt 1998, Nr. 41, S. 363 – 369) wurden von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (RKI) erarbeitet. Das gilt auch für die 2006 veröffentlichte Empfehlung zur „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ (Bundesgesundheitsblatt 2006, Nr. 49, S. 375 – 394). Zwar haben an der Ausarbeitung zahnärztliche Kliniker mitgearbeitet, aber es handelt sich im Wesentlichen eben um die Arbeit von Klinikern. Die Frage, ob und inwieweit diese Empfehlungen – sinnvollerweise – in den Zahnarztpraxen umgesetzt werden sollten, stellt sich seitdem und wird von den einzelnen Zahnärztekammern unterschiedlich beantwortet.

Es handelt sich bei den Stellungnahmen des RKI um Empfehlungen. Das heißt, dass die Nichtbefolgung dieser Empfehlungen nicht zwingend falsch ist. § 4 Abs. 2 MPBetreibV stellt nur eine Vermutungsregel für eine ordnungsgemäße Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten i. S. des § 4 Abs. 1 MPBetreibV auf, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird.

Es handelt sich bei der Empfehlung zur „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ aus dem Jahre 2006 nicht um eine solche gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte! Das wird leider regelhaft übersehen, wenn es um die Frage der Einhaltung dieser Empfehlung geht.

Die Empfehlung aus dem Jahre 2006 trägt folgende Überschrift im Bundesgesetzblatt:



Gemeinsame Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte tragen Überschriften, die das BfArM gesondert mit ausweisen (Beispiel):



Als Folge dieser Unklarheiten kommt es zu durchaus seltsamen Vorgängen. Sterilisatoren werden in Baden-Württemberg durch das Gesundheitsamt



mit Sporenproben überprüft. Die Regierungspräsidien verlangen bei Begehungen dagegen für denselben Sterilisator eine Validierung durch den Hersteller.

Überwachung von Zahnarztpraxen

Die infektionshygienische Überwachung von Zahnarztpraxen durch die Gesundheitsämter erfolgt idR anlassbezogen (§ 36 Abs. 2 IfSG: Kann-Überwachung).

Überwacht werden:

- ▶ Die Einhaltung der baulich-funktionellen Voraussetzungen,
- ▶ Vorhandensein und Zustand der (erforderlichen) technischen Ausstattung,
- ▶ die Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen,
- ▶ das Vorliegen eines Qualitätsmanagementsystems,
- ▶ die Beschäftigung ausreichend qualifizierten Personals,
- ▶ der Instrumentenkreislauf und es werden
- ▶ Stichproben aufbereiteter Instrumente genommen.

Als häufigste Beanstandungen werden genannt:

- ▶ Fehlende Validierung der maschinellen Prozesse,
- ▶ fehlende oder unzureichende Arbeitsanweisungen,
- ▶ falsch angewendete Desinfektionsmittel,
- ▶ nicht ausreichende Sachkenntnis des Praxispersonals.

Mit der „nicht ausreichenden Sachkenntnis“ hat es so eine Bewandnis. Verlangt wird häufig die Absolvierung eines Kurses bei der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. (DGSV). Die DGSV wurde, wie es auf ihrer Homepage heißt, „am 13. November 1996 durch motivierte Personen aus der Sterilgutversorgung, der Wissenschaft und der Industrie in

Tübingen gegründet. Zweck des Vereins ist die Förderung des Gesundheitswesens durch die Unterstützung von Forschung, Wissenschaft, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie des Erfahrungsaustausches mit der Praxis auf dem Gebiet der Sterilgutversorgung.“ Warum es die DGSV sein muss, deren Kurse nur genehmigt werden, und nicht Kammerfortbildungen, bleibt einstweilen ein Geheimnis.

Bei den Überwachungen sind häufige Kritikpunkte:

- ▶ Unzureichende Prüfung der Sterilisatoren
- ▶ Fehlen eines Hygienekonzeptes/-plans
- ▶ Mangelhafte Instrumentenaufbereitung
- ▶ Mangelhafte Gerätaufbereitung (z. B. Endoskopie)
- ▶ Defizite bei der Materiallagerung
- ▶ ungeeigneter Umgang mit Dienstkleidung

Das Gesundheitsamt Frankfurt/M. beanstandete in einer Publikation vom Oktober 2010 folgende Mängel bei Händedesinfektion /-Reinigung:

- ▶ Es werden Ringe, Armbreifen und/oder Uhren getragen.
- ▶ Die Händedesinfektion wird fehlerhaft durchgeführt.
- ▶ Die Einwirkzeit des Händedesinfektionsmittels ist nicht bekannt.
- ▶ Es ist nicht bekannt, dass nach dem Ausziehen von Schutzhandschuhen eine Händedesinfektion erforderlich ist.
- ▶ Das Händedesinfektionsmittel ist nicht VAH-gelistet (VAH = Verbund für Angewandte Hygiene e.V.).
- ▶ Keine „handberührungsfreie“ Entnahme gewährleistet.



Foto: Dr. Kai Voss

- ▶ Es sind nicht in allen Behandlungsbereichen Händedesinfektionsmittelspender vorhanden.
- ▶ Händedesinfektionsmittel wird aus Kanistern umgefüllt.
- ▶ Verfallsdatum überschritten.
- ▶ Waschbecken sind nicht mit Spendern für Seife, Händedesinfektionsmittel und Papierhandtüchern bzw. Einmalhandtüchern ausgerüstet.
- ▶ Es finden sich noch Stückseife und Gemeinschaftshandtücher.
- ▶ Spender für Seife/Desinfektionsmittel, insbesondere Auslass, verschmutzt.
- ▶ Es werden keine Handpflege-mittel zur Verfügung gestellt.
- ▶ Es wird mit Wunden/entzündeten Händen ohne Schutz gearbeitet.

Bei der Instrumentendesinfektion /-reinigung wird beanstandet:

- ▶ Instrumentendesinfektionsmittel nicht VAH – gelistet.
- ▶ Die Lösung wird falsch angesetzt, da keine genaue Anleitung/Dosiertabelle vorhanden ist (z. B. 3L Wasser + 30 ml Desinfektionsmittel = 1%ige Lösung).
- ▶ Es wird keine Dosierhilfe verwendet (Schussmethode).

- ▶ Es steht keine Instrumentendesinfektionsmittelwanne mit Siebeinsatz und Deckel zur Verfügung.
- ▶ Es stehen keine/die falschen Bürstchen zur Reinigung zur Verfügung und/oder werden nicht regelmäßig desinfiziert.
- ▶ Die Instrumente werden nach der Reinigung nicht auf Rückstände und Beschädigung kontrolliert; hierzu fehlt eine Lupe.
- ▶ Desinfektionsmittellösung wird nicht arbeitstäglich oder bei sichtbarer Verunreinigung gewechselt bzw. bei verlängerter Standzeit lt. Hersteller keine entsprechende Deklaration vorgenommen.
- ▶ Instrumente kritisch B werden manuell aufbereitet.
- ▶ Es besteht keine Trennung von reinen und unreinen Arbeitsschritten.
- ▶ Es wird keine Schutzkleidung bei der Instrumentendesinfektion getragen.

Häufige Beanstandungen bei der Validierung sind:

- ▶ Der mit der Instrumentenaufbereitung Betraute ist nicht ausgebildet.
- ▶ Die Einteilung der Instrumente in Risikogruppen nach RKI ist nicht erfolgt.
- ▶ Es bestehen keine schriftlichen Arbeitsanweisungen für die Instrumentenaufbereitung.
- ▶ Es erfolgt keine Chargenkontrolle.
- ▶ Es besteht keine Dokumentation der Sterilisation inkl. Freigabe.

Häufige Beanstandungen bei der Flächendesinfektion bzw. Reinigung sind:

- ▶ Flächendesinfektionsmittel ist nicht VAH-gelistet.

- ▶ Die Lösung wird falsch angesetzt, da keine genaue Arbeitsanweisung besteht.
- ▶ Keine schriftliche Arbeitsanweisung für die Reinigungskraft vorhanden.
- ▶ Es werden nicht arbeitstäglich frische Wechsellmops/Putztücher verwendet, sondern Wiederverwendung bereits benutzter Reinigungsutensilien.
- ▶ Es erfolgt keine Scheuer-Wischdesinfektion, sondern eine Sprühdeseinfektion.
- ▶ Es ist im Hygieneplan nicht definiert, welche Flächen wie oft und wie desinfizierend gereinigt werden müssen.
- ▶ Geräte werden nicht desinfizierend aufbereitet (z. B. Polymerisationslampe).
- ▶ Es ist nicht bekannt, dass eine Wiederbenutzung der Fläche nach Antrocknung erfolgen kann.
- ▶ Es gibt defekte Oberflächen, sodass eine sachgemäße Flächendesinfektion erschwert/unmöglich ist.

Häufige Beanstandungen beim Umgang mit Medikamenten sind:

- ▶ Das Verfalldatum wird nicht regelmäßig überprüft und nicht dokumentiert.
- ▶ Anbruchdaten von Lösungen sind nicht vermerkt.
- ▶ Lagerung von Medikamenten zusammen mit bzw. nicht getrennt von Lebensmitteln im selben Kühlschrank.
- ▶ Keine regelmäßige Überprüfung der Kühlschranktemperatur, keine Dokumentation.

Weitere häufige Beanstandungen:

- ▶ Dienstkleidung wird nicht getrennt von der Privatkleidung aufbewahrt.

- ▶ Praxiswäsche wird nicht bei mind. 60 Grad aufbereitet.
- ▶ Es wird eine Lagerung auf dem Schrank oder auf dem Boden durchgeführt, sodass eine Reinigung bzw. Desinfektion erschwert/nicht möglich ist.
- ▶ Es ist keine betriebsärztliche Betreuung für die Angestellten gewährleistet.
- ▶ Es sind keine Arbeitsanweisungen zum Umgang mit MRSA und anderen multiresistenten Keimen vorhanden.
- ▶ Es gibt keinen vollständigen Impfschutz für die Angestellten.
- ▶ Es gibt keine Anweisung, dass Angestellte bei bestimmten Krankheiten (z. B. Fieber, Durchfall) nicht arbeiten dürfen.
- ▶ Es wird im Hygieneplan z. B. bei räumlichen Mängeln nicht beschrieben, wie man diese z. B. durch organisatorische Maßnahmen ausgleichen kann.
- ▶ Der Hygieneplan wurde vom Betreiber nicht in Kraft gesetzt/von den Mitarbeitern nicht durch Unterschrift abgezeichnet.
- ▶ Der Wasserhahn weist deutliche Verkalkungen auf (Biofilmbildung).

Umsetzung der MedHygVO

Die Medizinhygieneverordnungen gelten – mit den schon erwähnten vier Ausnahmen Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein – im Grundsatz unterschiedslos für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Arzt- und Zahnarztpraxen, und andere dort aufgeführte Gesundheitsbetriebe. Aus der nebeneinander erfolgenden Erwähnung von Einrichtungen für am-



ambulantes Operieren und Arzt- und Zahnarztpraxen z. B. in § 23 Abs. 3 IfSG ist zu folgen, dass Arzt- und Zahnarztpraxen grundsätzlich keine Einrichtungen für ambulantes Operieren i. S. des IfSG sind, sondern darunter lediglich die z. B. von vielen Anästhesisten, aber auch von Kliniken vorgehaltenen ambulanten OP-Zentren fallen sollen. Unter den Begriff der Einrichtungen für ambulantes Operieren werden aber auch alle Praxen subsumiert, für die die Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V anwendbar ist. Das dürfte im zahnärztlichen Bereich derzeit nur MKG-Chirurgen betreffen.

Allgemeine Forderungen der MedHygVO sind die Einhaltung der Hygiene in den Einrichtungen, Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung, und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen sowie die Pflicht, einen Hygieneplan erstellen (s. z.B. § 2 BW MedHygVO). Der Hygieneplan ist für alle verbindlich, auch für Zahnarztpraxen, während die übrigen Maßnahmen idR für Praxen, die nicht unter den Begriff der Einrichtungen für ambulantes Operieren fallen, idR nicht gelten.

Für Zahnarztpraxen besteht dagegen keine Pflicht, sich durch Hygienefachkräfte beraten zu lassen oder gar einen Hygienebeauftragten Arzt zu bestellen.

Hygieneplan

Die Bundeszahnärztekammer hat im Internet einen vielseitigen Musterhygieneplan veröffentlicht. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrem 2014 veröffentlichten Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ auf ein umfangreiches Muster verzichtet und folgenden Vor-

schlag zur Gliederung der Inhalte eines Hygieneplans in der Arztpraxis veröffentlicht, auf den ich wegen seiner einfachen Strukturierung aufmerksam machen will:

Personalhygiene

- ▶ Händehygiene
 - ▶ Händewaschen
 - ▶ Hygienische Händedesinfektion
 - ▶ Chirurgische Händedesinfektion
 - ▶ Handpflege
 - ▶ Tragen von Schutzhandschuhen
- ▶ Personalschutz
 - ▶ Personalkleidung
 - Arbeitskleidung
 - Bereichskleidung
 - Schutzkleidung
 - ▶ Infektionsschutz, Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit kontaminierten bzw. infektiösen Materialien

Umgebungshygiene

- ▶ Flächenreinigung und Flächen-desinfektion
 - ▶ Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen an Arbeitsflächen, Geräten und sonstigen Gebrauchsgegenständen, Mobiliar, Räumen, Böden
 - ▶ Umgang mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln
- ▶ Aufbereitung von Textilien
- ▶ Umgang mit Abfällen

Hygienemaßnahmen bei Behandlung der Patienten

- ▶ Haut- und Schleimhaut-antiseptik
- ▶ Besonderheiten bei praxisspezifischen medizinischen Maßnahmen (z. B. Wundversorgung, invasive Maß-

nahmen, Operationen, Hausbesuchen)

- ▶ Besonderheiten bei Behandlung infektiöser Patienten

Umgang mit Medikamenten und Impfstoffen

Aufbereitung von Medizinprodukten

- ▶ Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte
- ▶ Beschreibung/Anweisungen zum praxisspezifischen Verfahren
- ▶ Lagerung von Sterilgut
- ▶ Mikrobiologische und physikalische Untersuchungen

Meldung von Krankheiten

Erfassung nosokomialer Infektionen und Aufzeichnung des Antibiotikaverbrauchs nach § 23 Absatz 4 IfSG (nur ambulant operierende Einrichtungen)

Anlagen:

- ▶ Reinigungs- und Desinfektionsplan
- ▶ Formulare (z. B. Meldeformular zur Meldung von Krankheiten)
- ▶ Musterdokumente (z. B. Sterilisationskontrollblatt, Erfassungsbogen für nosokomiale Infektionen)

Beispiel: Handwaschbecken

Offenbar bieten die Handwaschbecken bei den Praxisbegehungen Anlass für regelmäßige Beanstandungen. Eine Publikation des VAH vom 29.01.2015 wird mit folgender Frage eingeleitet:

„Wir finden bei der Begehung von Arztpraxen und ambulant operierenden Einrichtungen regelmäßig, dass die Handwaschplätze nicht gemäß bestehenden Vorgaben ausgestattet sind, d. h. der Händedesinfektionsmittelspender hängt, aber statt

eines entsprechenden Waschlotionsspenders gibt es dann die Seifenpumpflasche vom Drogeriemarkt. Welche Daten bzw. Literatur würden unsere Argumentation, dass „medizinische“ Waschlotion zu verwenden ist, stützen (bisher haben wir mit dem Zusatz von Konservierungsstoffen bei letzteren argumentiert)?“

Die fettgedruckte Passage lenkt das Augenmerk auf einen wichtigen Aspekt. Für vieles, was in Praxisbegehungen gefordert oder beanstandet wird, gibt es vermutlich keine valide Rechts- noch Datenbasis.

Die TRBA 250 enthält im Abschnitt 4.1.1 folgende Vorgaben für den Handwaschplatz:

„(1) Den Beschäftigten sind leicht erreichbare Handwaschplätze mit fließendem warmem und kaltem Wasser, Spendern für Hautreinigungsmittel und Einmalhandtücher zur Verfügung zu stellen.“



Der Autor, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, ist Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht sowie Fachanwalt für Sozialrecht in der Kanzlei Ratajczak & Partner Rechtsanwälte mbB

(2) Die Handwaschbecken sind mit Armaturen auszustatten, welche ohne Handberührungen bedienbar sind. Geeignet sind z. B. haushaltsübliche Einhebelmischbatterien mit verlängertem Hebel, die mit dem Handgelenk bedienbar sind, oder selbstschließende Waschtisch-Armaturen (Druckknopf).

(3) Galten die Anforderungen nach Absatz 2 bis zur Bekanntmachung dieser TRBA nicht, so ist eine entsprechende Nachrüstung nur im Zusammenhang mit einer Neugestaltung oder wesentlichen Umgestaltung des Handwaschplatzes erforderlich.“

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg forderte dagegen schon 2004 ohne Angaben von Rechtsgrund oder fachlicher Basis:

„Ein Handwaschbecken mit Einweg-Mischbatterie gehört auch außerhalb der Sanitärräume in jedes Zimmer, in dem Patientenkontakte stattfinden oder mit klinischem Probenmaterial gearbeitet wird. Ein zentrales Flurwaschbecken wird dieser Notwendigkeit nicht gerecht!“

Was gilt nun? In der Praxis lassen sich viele Ärzte und Zahnärzte hier „ins Bockshorn“ jagen und folgen zähneknirschend entsprechenden Anmerkungen bei Praxisbegehungen. Aber müssen sie das auch?

Was tun?

Die Praxishygiene hat sich – auch bedingt durch die Angst vor den Begehungen – zu einem Bereich entwickelt, der in den Praxen viel Arbeitskraft bindet, auch durch den Dokumentationsaufwand, ohne dass es viel Evidenz für einen Zusatznutzen gibt. Die Anzahl der sog. nosokomialen Infektionen in Deutschland ist nicht bekannt. Die Schätzungen variieren stark, wobei man den Eindruck hat, als würde die Schätzung der jährlichen Todesfälle von den verschiede-

nen Institutionen nicht ohne Hinter-sinn erfolgen. Daten aus den USA belegen, dass für nosokomiale Infektionen Gefäßzugänge wie etwa zentrale Venenkatheter die Hauptrolle spielen. Da die menschliche Haut nur bedingt keimfrei zu bekommen ist und die Übertragungswege kaum abzustellen sind, wenn man Patienten nicht vollständig isolieren will, stellt sich die – heutzutage fast schon ketzerische – Frage, ob man sich mit dem wohl schon seit langem bestehenden und keineswegs hohen Infektionsniveau möglicherweise einfach abfinden muss.

Jedenfalls ist nicht alles das, was sich auf dem Papier als Verbesserung liest, auch fachlich und damit rechtlich geboten.

Die Begehungsprotokolle dienen der Information, stellen aber keine Verwaltungsakte dar. Sie sollten sorgfältig gelesen werden. Stimmen sie in Teilen nicht mit der eigenen Wahrnehmung überein, sollte das der Behörde mitgeteilt werden. Es hilft überhaupt, bei der Begehung einen Praxismitarbeiter zu bitten, ebenfalls Protokoll zu führen. Bedenken, dass das bei den Praxisbegehern nicht gut ankommen könnte, kann man haben. Aber: Wer sich nicht wehrt, lebt verkehrt! Sachlichkeit und Souveränität als Praxisinhaber zeigen sich auch und gerade im Umgang mit Behörden. Man sollte sich – was wir leider immer wieder erleben – nur nicht als in Sache Praxishygiene völlig ahnungslos gerieren. Die von allen Zahnärztekammern erlassenen Hygieneleitfäden sind nun mal schon Pflichtlektüre nicht nur für die Aufbereitung etc. zuständigen Praxismitarbeiter, sondern auch für die Chefs!



Pflichtangaben für Rezepte

Ehe man den Praxisbegehern Änderungen an der Praxiseinrichtung/der Handhabungsweise etc. zusagt, sollte man sich genau und am besten schriftlich erklären lassen, auf welcher Rechtsgrundlage diese erforderlich sind.

Die stets übersandten Begehungsprotokolle sind nicht einfach abzuarbeiten, da – wie schon gesagt – keine Verwaltungsakte. Wenn das Gesundheitsamt etc. eine Änderung haben will, dann soll es einen Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung versehen schicken. Aus dem Bescheid muss sich auch die Rechtsgrundlage ergeben. Es ist in der Praxis offenbar gar nicht so selten, dass die Behörden sich nicht an diese Vorgaben des allgemeinen Verwaltungsrechts halten.

Da hilft nur: Rechtsrat einholen.

Aber man darf die Begehungsprotokolle auch nicht einfach ignorieren, was wir auch immer wieder erleben. Sie bedürfen sorgfältiger Prüfung. Das meiste, was in ihnen vermerkt wird, ist zumeist durchaus vernünftig. Außerdem kommt es nach Erstbeanstandungen zu einer Zweitbegehung.

Gegebenenfalls ist zu überlegen, die Zweitbegehung mit rechtlicher Begleitung, sei es Anwalt oder spezialisiertem Kammer-Mitarbeiter durchzustehen. Beharrliche Verstöße gegen die Praxishygienevorschriften können zum Verlust der vertragszahnärztlichen Zulassung und zum Verlust der Approbation führen.

■ PROF. DR. THOMAS RATAJCZAK

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Zahnärztlichen Nachrichten Schwaben (ZNS), Ausgabe 7-8/2015

Die Pflichtangaben auf Rezepten sind erweitert. So will es die letzte Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Neu ist die Angabe der Telefonnummer der Praxis und des Vornamens des Praxisinhabers. Das könnte vor allem größeren Gemeinschaftspraxen zu schaffen machen. Ggf. sind neue Praxisstempel zu beschaffen oder die Einstellung der Praxissoftware zu ändern.

Für die zahnärztliche Verordnung sind gemäß § 2 der Arzneimittelverschreibungsverordnung relevant:

1. Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen, tierärztlichen oder zahnärztlichen Person (verschreibende Person) einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme,
2. Datum der Ausfertigung,
3. Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist,
4. Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke,
6. abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels,
8. Gültigkeitsdauer der Verschreibung
10. die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person

oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz.

Unverändert kann von Heilberufen das verordnet werden, was im Rahmen der jeweiligen Berufserlaubnis in Frage kommt. Das ist bei Zahnärztinnen und Zahnärzten nach § 1 Abs. 3 des Zahnheilkundengesetzes alles, was auf „zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründet zur Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ dient. Darüber hinausgehende Verordnungen sind auch für Familienangehörige oder gar Praxismitarbeiterinnen nicht möglich. Auch eine Verordnung ad usum proprium unterliegt formal den gleichen Spielregeln; die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Heilberuflern ist immer geboten.

■ DR. THOMAS RUFF

Sprachführer „Zahnschmerz im Urlaub“

Damit ein Zahnarztbesuch im Urlaub nicht an mangelnden Sprachkenntnissen scheitert, verteilt die Initiative proDente derzeit an neun deutschen Flughäfen den Sprachführer „Au Backe – Zahnschmerzen im Urlaub“. Zusätzlich unterstützt „Hager & Werken“ die Aktion mit Zahnpflege-Kaugummis.

Der scheckkartenkleine Sprachführer übersetzt Beschwerden, wie zum Beispiel „Meine Prothese ist gebrochen!“ in sieben verschiedene Sprachen – neben Englisch auch Französisch, Italienisch, Spanisch, Portugiesisch, Türkisch und Griechisch. Eine Urlaubsscheckliste rundet den Sprachführer ab, der für Zahnärzte in 100 Exemplaren kostenfrei unter der Info-Line: 01805-552255 oder im Netz unter www.prodente.de zu beziehen ist.

proDente

Mindestlohn

Vorsicht bei der Beauftragung externer Unternehmen

Viele Praxen beauftragen tagtäglich Dritte, beispielsweise ein gewerbliches Dentallabor oder eine Reinigungsfirma, mit Dienst- oder Werkleistungen. Seit Einführung des Mindestlohngesetzes besteht Unsicherheit, ob der Praxisinhaber für die Einhaltung der Zahlung des Mindestentgelts auch dann haftet, wenn der beauftragte Dritte seinen Arbeitnehmern das Mindestentgelt nicht zahlt.

Das Mindestlohngesetz ist zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Dies bedeutet, dass – von einigen Ausnahmen abgesehen – allen Arbeitnehmern ein Mindestlohn von 8,50 Euro brutto pro Stunde zu zahlen ist.

Unsicherheit besteht aufgrund einer Regelung im Mindestlohngesetz (§ 13), die wiederum auf das Arbeitnehmer-Entsendegesetz (§ 14) verweist. Darin ist normiert, dass ein Unternehmer, der einen anderen Unternehmer mit der Erbringung von Werk- oder Dienstleistungen beauftragt, für die Verpflichtungen dieses Unternehmers zur Zahlung des Mindestentgelts an dessen Arbeitnehmer haftet.

Auf die Zahnärzteschaft gemünzt ist also fraglich, ob ein Praxisinhaber für die Einhaltung des Mindestentgelts auch dann haftbar gemacht werden kann, wenn das von ihm beauftragte gewerbliche Dentallabor oder die Rei-

nigungsfirma Arbeitnehmer beschäftigt, denen der Mindestlohn nicht gezahlt wird.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales teilte hierzu auf Nachfrage durch die Bundeszahnärztekammer mit, dass für einen Praxisinhaber, der eine Reinigungsfirma mit der regelmäßigen Reinigung der Praxisräume beauftrage, eine solche Haftung ausscheide, da er diesen Auftrag nicht zur Erfüllung eigener vertraglicher Verpflichtungen gegen Dritten vergebte.

Anders verhalte es sich in dem Fall, in dem der Praxisinhaber Leistungen bei einem gewerblichen Dentallabor in Auftrag gebe. Hier hafte der Praxisinhaber für Mindestlohnansprüche der in dem Labor beschäftigten Arbeitnehmer, da der Zahnarzt eine eigene – gegenüber dem Patienten – vertraglich übernommene Pflicht an das Labor weiterreiche. Allerdings müssten – so das Ministerium – diese Ansprüche aus der Durchführung gerade dieser in Auftrag gegebenen Werk- oder Dienstleistung resultieren. Hierbei bleibt offen, wann genau diese Voraussetzungen vorliegen sollen.

Um im Fall der Beauftragung eines Fremdlabors eine etwaige Haftung zu reduzieren, ist neben der sorgfältigen Auswahl der Geschäftspartner zu empfehlen, sich von dem Dentallabor schriftlich bestätigen zu

lassen, dass die Vorgaben des Mindestlohngesetzes eingehalten werden.

Auf diese Weise kann – so die Bundeszahnärztekammer – gewährleistet werden, dass der Zahntechniker dem Zahnarzt auf Ersatz seines Schadens haftet, wenn ein Zahntechniker seine Arbeitnehmer mindestlohngesetzwidrig beschäftigt und der Zahnarzt deswegen in Anspruch genommen wird.

Diese Bestätigung sollte weiterhin die Verpflichtung des Zahntechnikers gegenüber dem Zahnarzt enthalten, den Zahnarzt von einer möglichen Haftung nach den genannten Bestimmungen freizustellen.

Ein vollständiger vertraglicher Haftungsausschluss dürfte allerdings nicht erreichbar sein.

Ein Muster einer solchen Bestätigung steht als Download unter www.zaeksh.de (Rubrik „Praxisservice“, „Zahn-technik“) bereit. Alternativ sendet die Zahnärztekammer auf Anfrage (Tel.: 0431/26 09 26-14) die Bestätigung postalisch zu.

Die Zahntechniker-Innung Hamburg und Schleswig-Holstein hat ihre Mitglieder ebenfalls über die besagte Freistellungserklärung unterrichtet.

■ CHRISTOPHER KAMPS
Justitiar

Quelle:
Bundeszahnärztekammer, u. a.



... und jetzt auch noch Gewerbesteuer?

Die sich wandelnden Vorstellungen von zahnärztlicher Berufsausübung haben standespolitische, wirtschaftliche und steuerliche Aspekte. Wer also die gewohnten Pfade der klassischen, freiberuflichen Ausübung der Zahnheilkunde verlässt, sei es durch das Anbieten von Leistungen außerhalb des zahnärztlichen Kernbereiches, sei es durch weitgehende Unterstützung durch Leistungserbringung von angestellten Kollegen insbesondere in Zweigpraxen, der muss sich rechtzeitig über denkbare Folgen bei Mehrwert- und Gewerbesteuer Gedanken machen.

Bei der Allphasen-Netto-Umsatzsteuer mit Vorsteuerabzug (vulgo Mehrwertsteuer) sind wir sensibilisiert: Die Befreiung von der Mehrwertsteuer gilt nur für den Kernbereich der zahnärztlichen Leistungen, die zum Zweck der Diagnose, der Behandlung und soweit möglich der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen für einen konkreten Patienten ausgeführt werden. Die Beseitigung der Krankheitsfolge kann dabei auch mit einigem Zeitversatz stattfinden. Das hatten wir am konkreten Beispiel der Zahnaufhellung bei einem Patienten mit wurzeltotem Zahn gesehen, während das Aufhellen von gesunden Zähnen – weil es der Kunde hübscher findet – nicht von der Umsatzsteuer befreit ist. Das aktuelle Urteil des Bundesfinanzhofes hatten Plöner Kollegen durchgeboxt (BFH V R 60/14 vom 19.03.2015).

Eine entgeltliche Überlassung von medizinischen Geräten, von Praxisräumen oder von Personal gehört ganz offensichtlich nicht zum Kernbereich der Heilbehandlung im Sinne des Umsatzsteuerrechtes und unterliegt damit ebenfalls der Mehrwertsteuer, auch wenn diese Überlassung von einem Zahnarzt oder einer zahnärztlichen Gemeinschaft einem anderen Zahnarzt zur unmittelbarer Durchführung zahnärztlicher Leistungen gewährt wird. Nur innerhalb einer

Sozietät sähe es wohl anders aus (FG Niedersachsen 5K159/12 vom 04. 11. 2013, BFH VB177-02 vom 24. 9. 2004).

Aber was hat es nun mit der Gewerbesteuer auf sich? Ist der Zahnarzt denn nicht Freiberufler und als solcher gerade nicht gewerbesteuerpflichtig? Ja, das gilt natürlich, aber eben nur im Rahmen der zahnärztlichen Berufsausübung. Jenseits dieser Tätigkeit, die durch die zahnärztliche Approbation definiert und geschützt ist, kann ein Zahnarzt auch etwas anderes tun, z. B. Mundhygiene-Artikel (mit Gewinnerzielungsabsatz) verkaufen. Das mag man dann zwar immer noch als Selbstständiger, aber eben nicht mehr als Freiberufler, sondern vielmehr als Gewerbetreibender tun. Wenn man dann die beiden ausgeübten Berufe sauber und „Finanzamt-proof“ voneinander trennt, sollte eigentlich nichts schiefgehen. Eigentlich.

Vorsicht ist bei Sozietäten geboten. Hier droht die sogenannte Abfärbetheorie. Wenn sich Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis oder einer Partnerschaftsgesellschaft zusammenschließen und dabei neben den rein freiberuflichen zahnärztlichen Tätigkeiten auch gewerbliche Einkünfte entstehen, dann gelten alle Einkünfte im vollen Umfang als gewerblich – und eben nicht wie bei der Einzelpra-

xis nur die Erlöse aus dem Verkauf von Mundpflegeartikeln. Eigentlich.

Wenn der gewerbliche Anteil vernachlässigbar gering ist, dann infiziert dieses kleine Bisschen die freiberuflichen Einkünfte doch wieder nicht. Was dieses kleine Bisschen denn nun konkret bedeuten sollte, blieb bislang der Einzelfalldiskussion mit den jeweiligen Finanzbehörden überlassen. Nun hat der Bundesfinanzhof in mehreren Urteilen entschieden, wann diese dem Steuerpflichtigen ohnehin seltsam erscheinende Abfärbewirkung unverhältnismäßig ist:

Wenn die gewerblichen Netto-Umsatzerlöse 3 % der gesamten Netto-Umsatzerlöse der Gesellschaft und zusätzlich einen Betrag von 24.500,- EUR nicht übersteigen, dann macht der gewerbliche Anteil nicht die ganze Sozietät zum finanztechnischen Gewerbe. Aber eben nur dann nicht



(BFH VIII R 6/12, VIII R 16/11 und VII R 41/11 vom 27. 8. 2014).

Aber das ist noch nicht alles: Der einschlägige Paragraf 18 Absatz 1 1. des Einkommensteuergesetzes definiert nicht nur die Berufsgruppen, die freiberuflich tätig sein könnten, sondern auch die erforderlichen Rahmenbedingungen. Was ist, wenn die Tätigkeit nicht höchstpersönlich und selbst ausgeübt wird, wenn sich der Freiberufler „der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient“? Grundsätzlich ist das möglich; Voraussetzung: der Freiberufler wird „aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig.“ Aber was bedeutet das nun im konkreten Einzelfall?

Bei den Finanzämtern ging es da teilweise ganz schön zur Sache: Dabei gibt es meist keine Probleme mit der Leitungsfunktion des Praxisinhabers; kritisch wird es mit der eigenverantwortlichen Tätigkeit. So wurden die in einer physiotherapeutischen Praxis in vier Behandlungsräumen von mehreren angestellten Krankengymnasten erbrachten Umsätze auch vom Finanzgericht Hamburg als gewerblich bewertet (FG Hamburg 3K80/13 vom 10. 9. 2013 mit umfangreicher Zitatsammlung einschlägiger BFH-Urteile). Es fehlte der „Stempel der Persönlichkeit“. Die „bloße gelegentliche fachliche Überprüfung der Mitarbeiter bzw. die Kenntnisnahme, Kontrolle und Nachprüfung der Ergebnisse der Mitarbeiter“ reichte dem Gericht nicht aus. Die Praxisinhaberin muss demnach bei jedem einzelnen Patienten auf die Behandlung Einfluss nehmen.

Der Fall einer Gemeinschaftspraxis für Anästhesie ging bis vor den Bundesfi-

nanzhof. Die Anästhesisten dieser Sozietät führten in den Praxen von anderen Ärzten mobile Anästhesien auch mit Angestellten durch. Ein Sozietatsmitglied machte die Voruntersuchungen und schlug eine Behandlungsmethode vor, eine andere, angestellte Anästhesistin die eigentliche Anästhesie. Daran hatte sich das Finanzamt gestoßen: Diese angestellte Ärztin sei schon nach der ärztlichen Berufsordnung zur eigenverantwortlichen und weisungsfreien Arbeit verpflichtet. Sie sei während der Operation auf sich allein gestellt. Anders als bei einem angestellten Zahnarzt, für den der Praxisinhaber im Nebenzimmer jederzeit erreichbar sei, müsse die angestellte Anästhesistin bei Komplikationen während der Operation selbst entscheiden, argumentierte das Finanzamt.

Soweit geht es nun doch nicht, meinte der BFH in seinem erst Anfang des Jahres veröffentlichten Urteil: Wenn die unmittelbare Ausführung der Anästhesie durch den Angestellten nicht mehr möglich sei, dann wäre der Einsatz fachlich vorgebildeten Personals im Bereich der Heilberufe ausgeschlossen und gerade das ist im Einkommensteuergesetz anders vorgesehen. Im konkreten Fall war die notwendige – patientenbezogene(!) – leitende Eigenverantwortlichkeit des Praxisinhabers wegen der ausschließlich von ihm geführten Voruntersuchung bei den Patienten, der Festlegung der Behandlungsmethode sowie des Vorbehalts der Selbstbehandlung problematischer Fälle gegeben (BFH VIII R 41/12 vom 16. 7. 2014).

Und nun des Pudels Kern: Wie sieht es aus, wenn in einer einige Kilometer entfernten Zweigpraxis ein angestellter Zahnarzt schaltet und waltet? Hat

jeder Patientenfall den „Stempel der Persönlichkeit“ und zwar durch den leitenden und eigenverantwortlich tätig werdenden Praxisinhaber? Vielleicht lohnt es sich, über denkbare Konsequenzen rechtzeitig mit dem Steuerberater zu sprechen.

Was wäre wenn? Im Fall des Falles würde wohl zwischen den freiberuflichen Umsätzen des Praxisinhabers und den gewerblichen Umsätzen der Angestellten unterschieden. Es sei denn, der Praxisinhaber ist gar keine Einzelperson. Bei einer Gemeinschaftspraxis oder einer Partnerschaftsgesellschaft würde die erläuterte Abfärbetheorie greifen.

Die Gewerbesteuer würde auf die Einkommensteuer angerechnet. Ob es dann unter dem Strich zu einer steuerlichen Mehrbelastung kommt, hängt vom jeweiligen Gewerbesteuerhebesatz der Stadt oder Gemeinde ab. Bis zu einem Hebesatz von 380 % sollte sich nichts tun.

Aber mit der dem Freiberufler vertrauten Einnahmen-Überschussrechnung ist dann Schluss. Zumindest ab gewissen Umsatz- oder Gewinnmargen ist zu bilanzieren, dabei die zum Bilanzstichtag halbfertigen und fertigen Leistungen abzugrenzen, eine Inventur des gewerblichen Betriebsvermögens durchzuführen und eine Gewerbesteuererklärung abzugeben. Was bei der Änderung der Gewinnermittlungsart von der Einnahmen-Überschussrechnung auf die Bilanzierung mit dem Überleitungsgewinn und seinem Einmal-Steuereffekt geschieht, überblickt der bislang ausschließlich freiberuflich tätige Zahnarzt ohne die Unterstützung der steuerberatenden Berufe spontan eher nicht.

■ DR. THOMAS RUFF

Privatgutachter-Tagung 2015

Die jährliche Tagung der von der Zahnärztekammer bestellten Privatgutachter fand am 27. Juni in Kiel statt. Der Einladung von Dr. Kai Voss, Vizepräsident und Vorstand Qualitätsmanagement, waren 24 Gutachter und Mitglieder aus den Schlichtungsausschüssen sowie die beiden Rechtsanwälte als deren Vorsitzende gefolgt, um aktuelle Fragen zu diskutieren.

Der in diesem Jahr eingeladene Referent, Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake aus Göttingen, berichtete über die Auslöser rechtlicher Auseinandersetzungen, Komplikationen und Regelverstöße bei der implantologischen Therapie.

Er zeigte in seinem anregenden und interessanten Vortrag gut strukturiert mögliche Fehlerquellen bei Indikationsstellung, Diagnostik, Planung und Therapie auf.

Auch schwierige Voraussetzungen, wie z. B. Osteoporose, Bisphosphonat-Therapie oder Nikotin-Konsum seien keine grundsätzliche Kontraindikation, sondern müssten dem Patienten erklärt und ihre Auswirkungen bzw. die höhere Misserfolgsquote verständlich dargelegt werden.



Referent
Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake

Fakt sei, dass die individuelle Aufklärung des Patienten, die vollständige Dokumentation und eine nachvollziehbare Planung entscheidend wichtig für den Gutachter seien, denn nicht jeder Misserfolg sei ein Behandlungsfehler.

Bei Einhaltung der Sorgfaltspflicht bestehe kein Anspruch des Patienten auf Erfolg. Viele Beispiele anhand von Fotos und Röntgenbildern

rundeten den kurzweiligen Vortrag ab.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden aktuelle Fragen zur Bewertung der medizinischen Notwendigkeit von Heilbehandlungen und zur neuen Gutachterordnung besprochen. Außerdem gab es Hilfestellung, wie

mit Fragen des Gerichts zu den zu erwartenden Kosten bei Mängelbeseitigung umzugehen sei.

Beim abschließenden gemeinsamen Imbiss bot sich dann noch ausreichend Stoff und Gelegenheit zur Diskussion und zum Erfahrungsaustausch.

■ DR. CLAUDIA STANGE

Fotos: Central-Studios



ZahniCampus an der Zahnklinik in Kiel

Am 28. Mai des Jahres war die bundesweite Uni-Roadshow ZahniCampus vom Bundesverband der Zahnmedizinstudenten (BdZM) und dem Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) zu Gast in der Zahnklinik der Christian-Albrechts-Universität Kiel.

Mit Blick auf die Ostsee war der Besuch in Schleswig-Holstein bereits Stopp Nummer 20 in den vergangenen 18 Monaten für die Nachwuchsverbände BdZM und BdZA.

Die Roadshow steht unter dem Motto „Dein Weg in die Freiberuflichkeit“ und wird von Bundeszahnärztekammer und KZBV ausdrücklich befürwortet und gefördert.

Vor Ort in Kiel wurde das ZahniCampus-Team um den BdZA-Vorsitzenden und Roadshow-Initiator Jan-Philipp Schmidt tatkräftig von der Zahnärztekammer und dem Freien Verband in Schleswig-Holstein unterstützt.

Mehr als 160 Studierende besuchten die unterschiedlichen Stände der Roadshow, traten in direkten Kontakt mit den Verbandsvertretern und informierten sich darüber, was außerhalb der „universitären Insel“ die Zahnmedizin bewegt. ZahniCampus stellt hierbei die Vorteile und Anforderungen der Freiberuflichkeit heraus und informiert differenziert über die verschiedenartigen Ausübungsmöglichkeiten des Berufes als Zahnmediziner.

Bei der abendlichen Diskussionsrunde konnten Kammerpräsident Dr. Michael Brandt und Schmidt die Fragen der Studierenden zum Übergang vom Studium ins Berufsleben beantworten. Brandt warb für die Niederlassung in eigener Praxis: „Hier sind Sie Ihr eigener Chef und können Ihre

Work-Life-Balance selbst bestimmen.“ Beim gemeinsamen Abendessen mit engagierten Fachschaftsvertretern wurden die Kontakte zu den Studierenden weiter vertieft.

„Die Roadshow ZahniCampus ist ein wichtiges Medium, um die zahnmedizinische Zukunft dort abzu-

suchen ein wichtiges Forum, das die Studierenden und örtlichen Fachschaftsmitglieder mit landes- und bundesweiten Verbandsvertretern zusammenbringt.

„Wir möchten uns bei allen Studierenden aus Kiel, den Sponsoren und Unterstützern, sowie insbeson-



Fotos: Sascha Kötter / zahnicampus

(v. l. n. r.) Jan-Philipp Schmidt (BdZA), die Gewinnerin des verlostes iPads, Sarah Benke (Fachschaft Kiel) und Dr. Michael Brandt

holen, wo sie steht, zu vernetzen und mit Ratschlägen und Tipps den individuellen Weg aus dem Studium in den Behandlungsalltag zu begleiten.“, so Arne Elvers-Hülsemann, stellvertretender Fachschaftsvorsitzender in Kiel.

Auch für den Austausch der zahnmedizinischen Verbände sind die Uni-Be-

dere beim Freien Verband Schleswig-Holstein und dem Vorstand der Zahnärztekammer für die Unterstützung bedanken“, so Schmidt zum Abschluss des spannenden ZahniCampus Besuchs an der Zahnklinik in Kiel.

■ J.-PH. SCHMIDT

Preisverleihung Video-Wettbewerb zfa-like-it:

„Der Beruf der ZFA ist spannend!“

Zahnmedizinische Fachangestellte sind das Rückgrat jeder Zahnarztpraxis. In Schleswig-Holstein entscheiden sich jährlich rund 450 junge Frauen, vereinzelt auch junge Männer, für diesen vielseitigen Beruf. Aber ein Mangel an Praxispersonal ist für die Zukunft absehbar. Deshalb warben jetzt erstmals Auszubildende mit selbst gedrehten Videos für ihren Beruf.



Die glücklichen Gewinnerinnen mit Vorstand Praxispersonal Dr. Gunnar Schoepke und Präsident Dr. Michael Brandt: (v. l.) Sina Guhse, Kiel (3. Platz), Achin Chonki, Kiel (1. Platz), Sandra Reimer, Wanderup (2. Platz).

Oscars gibt es zwar nicht im Video-Wettbewerb, den die Zahnärztekammer ausgeschrieben hat. Doch immerhin wird Dr. Gunnar Schoepke, Vorstand Praxispersonal und Vorsitzender des Ausschusses Praxispersonal, drei Schecks über 1000, 500 und 250 Euro überreichen. Die Azubis, die mit ihren Filmteams aus Praxen und Berufsschule die besten Beiträge gedreht haben, werden prämiert. Zu Beginn spricht Kammerpräsident Dr. Michael Brandt ein paar kurze, aber wesentliche Worte: „Sie haben einen tollen Beruf! Modern, vielseitig und mit bes-

ten Fortbildungs- und Aufstiegschancen: Wer sich für diese Ausbildung entscheidet, hat eine sichere Zukunft.“

Viel Beifall gibt es dafür auch von den sie begleitenden Zahnärzten und Berufsschullehrerin Birgit Matthiesen sowie Gastredner Jens-Christian Katzschner.

Schoepke und seine Ausschusskollegen Dr. Claudia Stange, Isabel Strachanowski, Dr. Anna Feddersen, Christian Weis wissen jedoch nur zu gut, dass das Berufsbild außerhalb der Praxen bisher eher verschwommen herüberkommt. „Wir müssen uns also schnellstens



Die Preisträgerinnen: 1. Achin Chonki (Praxis Dr. Schoepke, Kiel), 2. Sandra Reimer (Praxis Dr. Hansen/Bühring, Wanderup), 3. Sina Guse (Praxis Dr. Wolf/Frank, Kiel), 4. Louisa Trieglaff (Praxis Dres. Bohlson/Steinebrunner, Kiel), 5. Shirin Trüdemann (Praxis Mühlenhoff, Eutin)



Fotos: Cornelia Müller

rufsweg führe in eine Sackgasse. Vielleicht müssen auch unsere Chefs künftig besser dafür werben?“ Sie selbst wollen ihren Kolleginnen jetzt Mut machen, sich an einer nächsten Aktion stärker zu beteiligen „Das macht Laune und fördert den Teamgeist. Und unsere Videos wurden im Netz tausende Male geklickt.“

Bei ihnen trifft Referent Jens-Christian Katzschner, Zahnarzt in Hamburg, mit seinem folgenden Multimedia-Vor-

Jens-Christian Katzschner, Zahnarzt in Hamburg, unterhielt alle Gäste mit einem humoristischen Vortrag (oben). Shirin Trüdemann (Platz 5) und Louisa Trieglaff (Platz 4) mit Dr. Gunnar Schoepke.

mehr einfallen lassen“, betont Schoepke. „Der Abwärtstrend bei den Bewerbungen schreitet bundesweit voran.“ Die jungen Frauen mit einzu- binden und damit künftige Azubis zu ermutigen, sei eine Maßnahme. Fünf respektable Beiträge hätten die Teilnehmerinnen des Wettbewerbs eingereicht.

Die Jungregisseurinnen und Schauspielerinnen waren kreativ: Sie haben Lieder umgetextet oder die Kurzfilme mit Musik unterlegt. Sie führen Zuschauer mit filmischen Mitteln in alle Praxisbereiche und schwärmen davon, dass der unmittelbare Patientenkontakt motiviert. Sie zeigen, dass in den Praxen viel gelacht werden darf, obwohl auch eine ZFA viel Verantwortung trägt. Sie beleuchten die Fortbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten nach der dreijährigen Ausbildung. Bei so viel Engagement sollen auch die Filmemacherinnen, die auf Platz vier und fünf gelandet sind,



nicht zurückstehen. Sie werden daher mit Fortbildungsgutscheinen belohnt. Und wie schätzen die jungen Frauen selbst die Lage ein? „Der Beruf ist spannend“, sind sie alle einig. „Aber das ist vielen vor der Ausbildung gar nicht so klar. Viele denken, dieser Be-

trag voll ins Schwarze. Er nimmt das Zusammenspiel von Praxisteams und Zahnärzten humoristisch aufs Korn. Lachtränen sind garantiert. Und der Vortrag macht richtig Lust, das Berufsbild ZFA zu entdecken.

■ CORNELIA MÜLLER

Azubi über Arbeitsamt

Die Bundesagentur für Arbeit macht auf ihre „Jobbörse“ aufmerksam. Unter www.jobboerse.arbeitsagentur.de wird ein Portal vorgehalten, in dem sich Arbeitssuchende/Ausbildungssuchende oder Arbeitgeber „online“ eintragen können. Das ist vielleicht ein hilfreicher Tipp bei der Suche nach einer geeigneten Auszubildenden in Ergänzung zum Stellenmarkt der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein aufrufbar unter www.zaek-sh.de/zsm oder über die Eingangsseite der Kammerhomepage.

ZÄK

IDH – Interessengemeinschaft der Heilberufe

Verleihung Medienpreis Gesundheit 2014



Die Vertreter der Interessengemeinschaft der Heilberufe verliehen den Medienpreis Gesundheit 2014 der IDH an Dimitri Ladischensky in Abwesenheit des Preisträgers: (v. l. n. r.) Dr. Peter Kriett (Kassenzahnärztliche Vereinigung SH), Dr. Peter Froese (Apothekerverband SH), Juliane Dürkop (Psychotherapeutenkammer SH), Dr. Franz-Joseph Bartmann (Ärzttekammer SH), Gerd Ehmen (Apothekerkammer SH), Dr. Michael Brandt (Zahnärztekammer SH)

Was nutzen Warnungen vor Gesundheitsrisiken und Aufklärung, wenn man nicht die passenden Worte und Bilder findet?

Die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein (IDH)

zeichnet einmal im Jahr Journalisten aus, die ihr Zielpublikum wirklich erreichen.

Der Däne Dimitri Ladischensky von der in Hamburg erscheinenden Zeitschrift *Mare* hat jetzt dafür den Medienpreis 2014 bekommen. Beim Journalisten-Event im Juli in Kiel gab die IDH ihre Wahl bekannt.

„Emmi und Soschka“ ist eine einfühlsame Reportage über eine Mutter und ihre an Mukoviszidose erkrankten Töchter, die an der Nordsee endlich eine Lebensperspektive finden. Das Foto der beiden Mädchen, die ausgelassen über den weiten Strand von St. Peter-Ording laufen, zieht gleich hinein in den unter die Haut gehenden Text von Ladischensky. Fotografien Johanna Nottebrock illustriert die

Botschaft, die dem Autor bei der Veröffentlichung im August 2014 am Herzen lag: Dass sich zwischen der scheinbaren Ausweglosigkeit einer unheilbaren Krankheit und dem überhöhten Ideal makelloser Gesundheit das entwickelt, was dem Leben seinen individuellen, seinen wahren Wert gibt.

„Die Jury hat sich nach ausführlicher Erörterung einstimmig für diesen hervorragenden Beitrag entschieden“, verkündet Zahnärztekammer-Präsident Dr. Michael Brandt im Beisein von Anette Langner, Staatssekretärin im schleswig-holsteinischen Ministerium für Soziales, Ge-

sundheit, Wissenschaft und Gleichstellung. Schade ist, dass der Autor den mit 2000 Euro dotierten Preis nicht selbst in Empfang nehmen kann. Die IDH-Spitze – hier auch mit Ärztekammerpräsident Dr. Franz-Joseph Bartmann, Apothekerkammerpräsident Gerd Ehmen, Apothekerverbands-Vorsitzenden Dr. Peter Froese, Psychotherapeutenkammerpräsidentin Juliane Dürkop und dem KZV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Peter Kriett vertreten – hätte gern mehr über seine Herangehensweise an so sensible und schwierige Themen erfahren.

Drei Hörfunk- und vier Printbeiträge aus dem Jahr 2014 wurden

IDH

INTERESSENGEMEINSCHAFT
DER HEILBERUFE
in Schleswig-HolsteinÄrzte
Apotheker
Psychotherapeuten
Zahnärzte

insgesamt eingereicht. In die engere Wahl hatte die Jury auch Claudia Bierhahns Feature über die Droge Crystal Meth (*NDR Info*) und Constantin Gills Sendung über das Thema Organspende (*NDR 1 Welle Nord*) gezogen.

An diesem Abend im „Treibgut“ des Kieler Kanu-Klubs wird aber nicht nur ein Preis vergeben. Er ist auch traditionell ein Dankeschön an Journalisten, die aus Schleswig-Holstein regelmäßig mit dem Schwerpunkt Gesundheitswesen berichten. Er ist Anerkennung für die konstruktive Kritik und Begleitung vieler gesundheitspolitischer und -bezogener Themen. Die Brückenfunktion, die sie zwischen Experten und dem breitem

Publikum erfüllen, und den Dialog wisse man sehr zu schätzen, heißt es einig. Das unterstreicht auch die Staatssekretärin.

Karsten Jasper, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion, und Dr. Heiner Garg, Parlamentarischer Geschäftsführer und gesundheitspolitischer Sprecher der FDP, nutzen den Abend ebenfalls, um sich mit den Pressevertretern darüber auszutauschen. Und unter den Gästen sind Journalisten, die den Preis sogar schon mehrfach erhalten haben. Dazu gehört zum Beispiel Christian Trutschel von den Kieler Nachrichten.

Zum Abschluss hat Zahnärztekammerpräsident Brandt etwas Besonderes für die Gäste organisiert: eine Glasweinprobe mit dem Experten Heinz-Dieter Ziesmann. Dass an jedem Platz etliche verschiedene Gläser stehen, gibt zuerst Rätsel auf. „Sie werden keines der Gläser austrinken“, lässt

Brandt durchblicken. „Und wir fangen harmlos mit Mineralwasser an“, ergänzt Ziesmann. „Sie erleben gleich, wie das Glas entscheidet, ob Wasser ein Genuss oder nur nass ist.“ Stimmt: Schlichtes Wasser aus dem rundlichen dünnwandigen Glas erfrischt tatsächlich im ganzen Mund. Aus dem edel wirkenden, „aber ungeeigneten Kelchglas, das auch vor Ihnen steht“, rinnt es dagegen nur die Kehle hinab, von Frische keine Spur. „Sie wissen ja selbst, dass 80 Prozent des Aromas auf olfaktorische Wirkung zurückgeht“, doziert Ziesmann weiter. „Und nur aus dem exakt für das jeweilige Getränk gewählten Glas strömt der Schluck die Geschmackszonen in richtiger Reihenfolge und angemessenem Tempo an.“ Die Probe aufs Exempel im Fall Wein überzeugt ebenfalls. Die unterhaltsame Nachhilfeeinheit mit physikalisch-physiologischem Bezug ist geglückt.

■ CORNELIA MÜLLER



Aus dem „Hochzeitskelch“ ist sogar Wasser einfach nur nass.

Fotos: Cornelia Müller



Schmecken geht nicht ohne Nase: Geschmack ist in Wahrheit zum Großteil Geruch.

KZBV-Vertreterversammlung:

Einfluss der Krankenkassen wächst

Einen Tag nach der Feier zum 60-jährigen Jubiläum der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fand am 2. Juli in Berlin die 10. KZBV-Vertreterversammlung statt. Berufspolitische Schwerpunkte waren das E-Health-Gesetz, Patientenberatung, eine überarbeitete Fassung der Compliance-Leitlinie zur vertragszahnärztlichen Berufsausübung und das geplante Freihandelsabkommen TTIP (s. dazu den gesonderten Bericht auf S. 36 f). Kritisiert wurde vor allem auch der zunehmende Einfluss der gesetzlichen Krankenkassen auf das Gesundheitswesen.

Kein gutes Haar ließ der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Eßer in seinem mündlichen Bericht an den gesetzlichen Krankenkassen. Einer der Gründe: Ihre permanente Diskreditierung der Heilberufler. Und die habe durchaus System, verdeutlichte der Vorstandsvorsitzende: Die Kostenträger verfolgten das Ziel, die vollständige Kontrolle über das Gesundheitswesen zu übernehmen. Patientenströme sollten „navigiert“ und die Heilberufler abhängig gemacht werden; es gelte, das gute Verhältnis zwischen Patient und Arzt zu zerstören; die Wahlfreiheit der Versicherten und Zahnärzte werde angegriffen. Langfristig sieht Dr. Eßer die Therapiefreiheit der Ärzte in Gefahr.

Dazu passten die Bestrebungen der Krankenkassen, Zugriff auf alle Versorgungsdaten erhalten und auch privat Zahnärztliche Daten uneingeschränkt nutzen zu wollen, führte er aus. Zum Anlass nähmen die Krankenkassen etwa den Barmer Zahnreport oder die Weiße Liste. Zur Erinnerung: Im Barmer Zahnreport 2015, den die Barmer GEK Mitte April vorstellte, standen Zahnfüllungen im Fokus. „Undurchsichtig“ sei die zahnmedizinische Versorgung im Hinblick auf das verwendete Material und die Nachhaltigkeit der Therapie, hieß es dort. Die Krankenkassen müssten daher auch Informationen über die Mehrkostenvereinbarungen

und das Füllungsmaterial von den Zahnärzten erhalten, folgerte die Barmer GEK.

Oder das Beispiel „Weiße Liste“: Die Patienten sind mit ihren Zahnärzten überaus zufrieden – so das Ergebnis einer aktuellen Befragung von Versicherten ausgewählter Krankenkassen durch die Online-Arztsuche „Weiße Liste“. Über Positives werde jedoch nicht berichtet, bemängelte Dr. Eßer. Die an die Öffentlichkeit herausgegebene Botschaft lautete vielmehr: Patienten sehen Verbesserungsmöglichkeiten bei der Aufklärung und der Kommunikation.

Es handele sich, resümierte Dr. Eßer, um ein abgesprochenes strategisches Vorgehen der Krankenkassen. Getreu dem Motto „Only bad news are good news“ müssten die Kostenträger dergestalt ihre Existenzberechtigung nachweisen.

Die Zahnärzteschaft jedenfalls arbeite fortlaufend daran, die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient sowie die Kostentransparenz in den Praxen weiter zu verbessern, zeigte Dr. Eßer auf: So solle im Herbst eine Webseite der KZBV zum Thema Zahnersatz freigeschaltet werden. Bereits Anfang dieses Jahres habe die KZBV die neue Patienteninformation „Der Heil- und Kostenplan für die Zahnersatzversorgung“ veröffentlicht.

Die Patientenberatung der Zahnärzteschaft müsse „aktualisiert

und intensiviert“ werden, forderte der Vorstandsvorsitzende in diesem Zusammenhang. Ergebnisse müssten dokumentiert und validiert in die Öffentlichkeit gebracht werden, damit eine „Indoktrination“ durch die „andere Seite“ nicht mehr so leicht möglich sei.

Auch im Vertragsgeschäft sei eine „neue Eskalationsstufe“ mit den Krankenkassen erreicht, fuhr Dr. Eßer fort. Einige Kostproben: So würden beispielsweise Verträge unter den Vorbehalt einer Meistbegünstigtenklausel gestellt. Oder aber Krankenkassen behaupteten, da es ja inzwischen mehr angestellte Zahnärzte gebe – durch die der Praxisinhaber Geld verdiene –, müssten die Zahnarzt Honorare gesenkt werden. Wenn Helferinnen Prophylaxe-Maßnahmen wie eine PZR oder Bleaching durchführten, generierten sie nach Ansicht der Kassen „mit GKV-Mitteln privat Zahnärztliche Honorare“ – verbunden mit der Schlussfolgerung, dass die Helferinnen aus der Kostenstruktur herausgenommen werden müssten.

Zudem, so Dr. Eßer weiter, hätten die Krankenkassen offenbar den Auftrag, das KZBV-Jahrbuch schlecht zu reden. Obwohl das Jahrbuch bisher als verlässlich und auf einer soliden Datengrundlage beruhend galt, monierten die Kassen die Datenbasis nun als zu klein und bezeichne-

ten die Auswertungen als „pseudo-wissenschaftlich“. Ziel sei es auch hier, die Vertragsverhandlungsmöglichkeiten der KZBV entscheidend zu schwächen. Konsequenz für Dr. Eßer: Das KZBV-Jahrbuch müsse hinsichtlich Aktualität und Transparenz bearbeitet werden. Dabei beklagte er zum wiederholten Mal die „Informationsasymmetrie“ zwischen Zahnärzten und Krankenkassen. Aufgrund der durch die Rechtsaufsicht nicht genehmigten Satzungsänderung, die das Sammeln pseudonymisierter Daten durch die KZBV vorsah, bleibe der KZBV verwehrt, was den Krankenkassen erlaubt sei. Unverständlich sei für ihn, dass auch innerhalb der Zahnärzteschaft „Ängste“ vor einer Datenbasis bei der KZBV geschürt würden.

Ulla Schmidts „Gift“ wirke, schloss Dr. Eßer. Wir erinnern uns: „Die Ideologie der Freiberuflichkeit muss abgeschafft werden“.

Die Auflistung Dr. Eßers ist sicherlich Brisant und entspricht von der Tendenz her auch den Erfahrungen, die die KZV Schleswig-Holstein derzeit mit den Krankenkassen im Lande macht. Ein Beigeschmack bleibt dennoch: „Das Kurzzeitgedächtnis entschuldigt Vieles“, kommentierte der Vorstandsvorsitzende der KZV Schleswig-Holstein, Dr. Peter Kriett. Dr. Eßer habe diverse Fakten aufgezählt, die belegen, warum man mit den Krankenkassen keine „strategische Allianz“ eingehen sollte – dennoch habe die KZBV seinerzeit genau das getan. – Im Jahr 2010 hatten die KZBV und der Verband der Ersatzkassen (vdek) gemeinsame Eckpunkte zur Reform der vertragszahnärztlichen Vergütungsstrukturen beschlossen, um die unterschiedlichen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen bei Primär- und Ersatzkassen anzugleichen.

Fotos: KZBV/Darçhinger



Die schleswig-holsteinischen Delegierten:
Dr. Peter Kriett, Dr. Michael Diercks und Dr. Joachim Hüttmann (von rechts)

Die Gestaltungsmacht im Staat sei den Krankenkassen zugeordnet, denen die Heilberufler ihre Leistungsbereitschaft zur Verfügung stellten, sagte Dr. Kriett. Gleichzeitig erfolge eine „schleichende Ersetzung der ambulanten Versorgung“. Im Grunde, so der schleswig-holsteinische Vorstandsvorsitzende, ermöglichen die Rahmenbedingungen eine selbstständige Leistungserbringung nicht mehr. Es sei jedoch eine Illusion, dass man in der Unselbstständigkeit das Preis-Leistungs-Verhältnis der Selbstständigen „toppen“ könne.

Telematik

Das Für und Wider des geplanten eHealth-Gesetzes untersuchte der stellvertretende KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Günther Buchholz. Das Ziel des Gesetzgebers, eine sichere Telematikinfrastruktur zur verlässlichen Kommunikation aufzubauen, sei zu begrüßen, unterstrich er. Der Schritt zur Digitalisierung sei in den Zahnarztpraxen schließlich längst vollzogen. Voraussetzung sei allerdings die Verpflichtung der Hersteller zur

Interoperabilität der Systeme, forderte er.

Kritik übte Dr. Buchholz an den derzeit im Gesetz vorgesehenen Sanktionsmaßnahmen im Falle der Überschreitung bestimmter Fristen. Dies stelle eine Verletzung des Verursacherprinzips und einen Eingriff in die Kompetenzen der Selbstverwaltung dar. – Vorgesehen ist, Ärzten und Zahnärzten die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen ab dem 1. Juli 2018 pauschal um einen Prozent zu kürzen, wenn sie das Versichertenstammdaten-Management nicht durchführen. Ebenfalls gekürzt wird der Haushalt der KZBV, sollte der „Online-Rollout“ für die Telematik-Infrastruktur nicht ab dem 1. Juli 2016 beginnen – was den Haushalt unkalkulierbar machen und die Arbeit der KZBV gefährden würde.

Nach dieser „Vorarbeit“ des zuständigen Vorstandsmitglieds Dr. Buchholz appellierte die Vertreterversammlung der KZBV in einer einstimmig verabschiedeten Resolution an den Gesetzgeber, den Entwurf zum eHealth-Gesetz zu überarbeiten. Sank-

tionsmaßnahmen lehnten die Delegierten ab: Diese Regelungen seien weder geeignet, den Aufbau der Telematikinfrastruktur zu beschleunigen noch förderten sie die Akzeptanz bei den Vertragszahnärzten.

Schon jetzt sei absehbar, dass die jeweiligen Fristen nicht oder nur sehr schwer einzuhalten sind – ohne dass die KZBV und die Zahnärzte Einfluss darauf hätten. Sie seien vielmehr abhängig von den termingerechten Leistungen gewerblicher Anbieter: „Die geplante Form der Umsetzung des eHealth-Gesetzes ist realitätsfern und das falsche Instrument, um die Telematikinfrastruktur wie erhofft zu fördern“, schloss die Vertreterversammlung.

Mit großer Mehrheit unterstrich die VV in diesem Zusammenhang auch ihre schon mehrfach zum Ausdruck gebrachte Ablehnung, dass Vertrags(zahn-)ärzte und Psychotherapeuten durch das Online-Versichererstammdaten-Management der elektronischen Gesundheitskarte administrative Aufgaben der Krankenkassen übernehmen sollen. Diese Verpflichtung müsse im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum eHealth-Gesetz ersatzlos gestrichen werden, lautete die Forderung.

Sektorspezifische Regelungen für die vertragszahnärztliche Versorgung

Auch wenn es auf den ersten Blick nicht so scheine: Das Krankenhausstrukturgesetz habe durchaus auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Berufsausübung, erläuterte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Der Gesetzgeber wolle überwiegend sektorenübergreifend arbeiten, veranschaulichte er. „Und im Rahmen dieser Sektorenausweitung werden sektorspezifische Lö-

sungen auf alle Sektoren übertragen“. Dazu gehöre beispielsweise auch die umstrittene Pay-for-Performance-Lösung, also Qualitätszu- und -abschläge bei der Vergütung, die mit dem neuen Gesetz im Krankenhaus eingeführt werden sollen. Was für Ärzte und Krankenhäuser gut sei, lasse sich aber nicht einfach auf die zahnmedizinische Versorgung übertragen: Dr. Fedderwitz plädierte daher für sektorspezifische Regelungen, um das Niveau und die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Dazu passend legte der KZBV-Vorstand einen Antrag vor, dem die Delegierten einstimmig folgten: Eine starke Selbstverwaltung sei Garant für den Erhalt der Freiberuflichkeit der Zahnärzte, heißt es dort. Dem entgegen stünden allerdings überholte Regelungen und Entscheidungsstruktu-



Kritik an den gesetzlichen Krankenkassen:
Dr. Wolfgang Eßer

ren im Gesundheitswesen, die eine „effiziente vertragszahnärztliche Versorgung“ hemmen. Schon mehrfach hatte die VV auf das Problem sektorübergreifender Regelungen zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesaus-

Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen:

„Patientenberatung soll nicht zum Callcenter degradiert werden“

Der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen wolle auch künftig eine Patientenberatung, die „fachlich fundiert sowie neutral und unabhängig berät, wie dies auch die gesetzlichen Vorgaben vorsehen“, äußerte sich Gernot Kiefer, Vorstand des Spitzenverbandes, zum brisanten Thema „Ablösung der UPD“: Dass die unabhängige Patientenberatung zu einem reinen Callcenter degradiert werden soll, sei „ausgemachter Unsinn“.

Das Vergabeverfahren zieht sich ungeplant noch ein wenig in die Länge. Von einem der nicht berücksichtigten Bieter sei ein Nachprüfungsantrag an die Vergabekammer gestellt worden, informierte Kiefer. Die Vergabekammer werde nun prüfen, ob der Spitzenverband Bund als Auftraggeber die Verfahrensvorschriften eingehalten habe. „Wir haben die Fördermit-

telvergabe in enger Abstimmung mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung und unter beratender Beteiligung des Beirats durchgeführt“, betonte Kiefer. Grundlage der im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten getroffenen Entscheidung seien die von den Bewerbern eingereichten Unterlagen gewesen, die anhand vorher festgelegter und den Verfahrensteilnehmern bekannten objektiven Kriterien bewertet worden seien. Wird im Rahmen eines Vergabeverfahrens ein Nachprüfungsantrag gestellt, spricht die Vergabekammer für die Zeit des Prüfungsverfahrens ein vorläufiges Zuschlagsverbot aus. Die Kammer trifft in der Regel innerhalb von fünf Wochen ab Antragstellung eine Entscheidung.

PM/Be



Dr. Peter Kriett: „Schleichende Ersetzung der ambulanten Versorgung“

schuss hingewiesen. „Die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung müssen nicht nur im SGB V, sondern auch in den Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung abgebildet werden. Dazu bedarf es sektorspezifischer Regelungen, um das Niveau und die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung gewährleisten und weiterentwickeln zu können“, forderten die Delegierten nun.

Patientenberatung, Compliance-Richtlinie, Mindestlohn

In der traditionell als „Arbeitssitzung“ deklarierten Sommer-Vertreterversammlung fassten die Delegierten zudem weitere Beschlüsse zu aktuellen Themen, die den Berufsstand derzeit beschäftigen.

Angesichts der geplanten Neustrukturierung der gesetzlich vorgesehenen Patientenberatung forderte die VV der KZBV den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen und den Patientenbeauftragten der Bundesregierung auf dafür zu sorgen, dass die Patientenberatung in Deutschland auch künftig unabhängig und neutral bleibt. Zum Hintergrund:



Plädierte für sektorspezifische Regelungen: Dr. Jürgen Fedderwitz

Seit 2006 ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), eine gemeinnützige GmbH, mit der gesetzlichen Patientenberatung beauftragt. Gesellschafter sind der Sozialverband VdK, der Verbraucherzentrale Bundesverband und der Verbund unabhängige Patientenberatung. Finanziert wird die UPD durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der derzeitige Auftrag zur Patientenberatung läuft bis zum Ende dieses Jahres. Ab 2016 wurde die Aufgabe vom Spitzenverband für einen Zeitraum von sieben Jahren neu ausgeschrieben. Einiges deutet darauf hin, dass dieses Mal nicht die UPD, sondern ein den Krankenkassen nahe stehendes Call Center mit der Patientenberatung beauftragt wird.

Bereits Ende Juni hatten Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundesärzte- und Bundeszahnärztekammer die voraussichtliche Vergabeentscheidung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen in einer gemeinsamen Pressemitteilung kritisiert. Die Unabhängigkeit und Neutralität der Beratung sei bedroht, wenn diese von einem Call Center betrieben werden soll, das



Dr. Günther Buchholz: Geplante Sanktionen im eHealth-Gesetz sind Eingriff in die Kompetenzen der Selbstverwaltung

„nachweislich“ schon für Krankenkassen tätig war, monierte nun auch die KZBV-Vertreterversammlung. Ein solches Unternehmen könne „unmöglich“ die Anliegen von Patienten und Versicherten – insbesondere auch gegenüber den Kostenträgern – „glaubwürdig und umfassend“ vertreten. „Die vormals etablierte, anerkannte und mitunter unbequeme Patientenberatung soll zu einem willfähigen Dienstleister auf der Lohnliste der Kassen umfunktioniert werden“, heißt es zur Begründung eines einstimmig gefassten Beschlusses. „Damit stellen die Krankenkassen einmal mehr unter Beweis, dass sie an einer neutralen und sachgerechten Information von Patienten und Versicherten kein echtes Interesse haben.“

Im November 2014 hatte die Vertreterversammlung der KZBV vor dem Hintergrund des geplanten Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen die erste Fassung einer Compliance-Leitlinie zur vertragszahnärztlichen Berufsausübung beschlossen. Dass es sich dabei nicht um eine endgültige Fassung handeln



Die politischen Anträge verabschiedete die VV der KZBV in Berlin mit großen Mehrheiten.

würde, sondern vielmehr eine permanente Fortentwicklung erfolgen sollte, wurde damals auch durch die Einsetzung einer Compliance-Kommission – der aus Schleswig-Holstein Dr. Joachim Hüttmann (Bad Segeberg) angehört – unterstrichen. In Berlin stellte der KZBV-Vorstand nun eine überarbeitete und vor allem um 16 Fallbeispiele erweiterte Version vor. Ziel war es, den bisher abstrakt gefassten Leitlinieninhalt anschaulicher zu machen und mit Hilfe der Fallbeispiele weitere „konkrete Festlegungen im Hinblick auf problematische Fallkonstellationen zu treffen“, hieß es zur Begründung. Während die Leitlinie im November 2014 noch kontrovers diskutiert worden war, verabschiedeten die Delegierten die erweiterte Fassung nun mehrheitlich nahezu ohne Aussprache.

Ein Aspekt der Mindestlohndebatte ist auch für Zahnärzte relevant: die Auftraggeberhaftung. Demnach muss ein Zahnarzt beispielsweise für die Einhaltung des Mindestlohngesetzes beim beauftragten zahntechnischen Labor haften – ein Umstand, den die Vertreterversammlung der KZBV einstimmig ablehnte. Sie forderte die Bundesregierung auf, hier eine Klarstellung zur Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt als Auftraggeber und Dritten, insbesondere Zahntechnikern als Auftragnehmer, vorzunehmen.

Umzug der KZBV nach Berlin?

Umfangreiche Berechnungen hatte die KZBV zur „Standortfrage“ angestellt. Hintergrund sind Überlegungen zu den künftigen Herausforderungen für die KZBV und die damit verbundene Feststellung, dass den wachsenden Anforderungen mit dem augenblicklichen Personalbestand nicht angemessen Rechnung getragen werden könne. Die derzeit zur Verfügung stehenden Raumkapazitäten in Köln und Berlin würden schon bald nicht mehr ausreichen, legte der Vorstand dar. Die Optionen: Der Verkauf des Gebäudes in Köln und Anmietung bzw. Kauf von Räumlichkeiten in Berlin, die Beibehaltung der Hauptverwal-

lung in Köln und die Erweiterung der Berliner Räumlichkeiten.

Zur Zeit, stellte Dr. Eßer die Weichen, gebe es kein Argument für einen vollständigen Umzug der KZBV nach Berlin. Und, so baute er gleich vor, eine anderslautende Entscheidung der VV werde der Vorstand angesichts der vorliegenden Zahlen nicht verantworten. Es gebe keine Vorteile bei den Standortkosten, vielmehr würden durch die zu erwartende Fluktuation im Personalbereich zunächst zusätzliche Kosten entstehen.

Debatten über einen Umzug nach Berlin hat die Vertreterversammlung bereits mehrfach geführt. Im Juli 2011 war beschlossen worden, die Hauptverwaltung der KZBV in Köln zu belassen – nach einem anderslautenden Beschluss aus dem Jahr 2006. Eine neuerliche Diskussion über das Thema stieß daher bei einigen Delegierten auf Unverständnis. Man einigte sich schließlich darauf, dem Vorstand Grünes Licht für die Anmietung weiterer Räumlichkeiten in Berlin zu geben und ansonsten alles so zu belassen, wie es ist.

Alle Beschlüsse der 10. KZBV-Vertreterversammlung finden Sie unter www.kzbv.de.

■ KIRSTEN BEHRENDT

KZV-Fenster auf der 57. Sylter Woche 2015

„Das Defizit wird steigen“

Auf der 57. Sylter Woche sprach Dr. Maximilian Gaßner auf Einladung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein über „Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich – alternative Finanzierungsmöglichkeiten der GKV“. Der ehemalige Präsident des Bundesversicherungsamtes stellte dabei dem Konzept auf Basis des Gesundheitsfonds ein gutes Zeugnis aus – und warnte zugleich vor großen absehbaren Defiziten.

„Die Bürokratie ist es, an der wir alle kranken“, stellte Reichsgründer Otto von Bismarck bereits 1891 fest. Dass es seitdem in Deutschland einen Bürokratieabbau gegeben habe, daran lässt sich trefflich zweifeln. Dr. Peter Kriett, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, ließ seinen Zweifeln zu Beginn des KZV-Fensters auf der 57. Sylter Woche freien Lauf: „Bürokratie bändigt man in Deutschland durch noch mehr Bürokratie. Und wie funktioniert das beim Gesundheitssystem? Der allgemeine Beitragssatz wird um 0,9 Prozent gesenkt und ein prozentualer Zusatzbeitrag erhoben. Im Endeffekt haben gesetzlich Versicherte wieder unterschiedliche Beitragssätze, aber Krankenkassen nur einen nivellierten Nutzen. Das heißt: Das Volumen der prozentualen Zusatzbeiträge wird nun wieder umverteilt – durch noch mehr Bürokratie. Und solange Umverteilung kurzfristige Abhilfe schaffen kann, scheinen alle beruhigt“, so Dr. Kriett.

Einer, der nicht beruhigt ist und das System der Umverteilungen vermutlich wie kein anderer kennt, ist Dr. Maximilian Gaßner, der bis Februar dieses Jahres dem Bundesversicherungsamt vorstand. Das Bundesversicherungsamt übt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung aus, ist an zentraler Stelle in die Finanzströme

zwischen den Sozialversicherungsträgern eingebunden und für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sowie seit dem Jahr 2009 für die Verwaltung des Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich.

Komplexes Ausgleichssystem mit einfacher Grundstruktur

Zu Beginn seines Vortrags gab Dr. Gaßner einen Überblick über die Finanzarchitektur des Gesundheitsfonds und des Risikostrukturausgleichs. „Die Grundstruktur ist einfach: Die Mittel, die der Gesundheitsfonds erhält, gibt er durch Zuweisungen an die Krankenkassen wieder ab, die ihrerseits das Geld unter anderem weiterreichen an Ärzte und Krankenhäuser sowie für die Bereiche Arzneimittel und Verwaltung nutzen. Der Beitragseinzug durch die Krankenkassen ist in diesem System der gewichtigste Teil. Ein großer Teil geht heute allerdings nicht mehr über Krankenkassen an den Gesundheitsfonds, sondern kommt von mehreren Direktzahlern wie die

Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, der Künstlersozialkasse und über den Bundeszuschuss“, erklärte Dr. Gaßner. Wenn insbesondere von Krankenkassen-Vorständen das Argument ins Spiel gebracht werde, dass es sich bei den Mitteln des Gesundheitsfonds – der in diesem Jahr rund 198,3 Milliarden Euro zuweisen wird – um „ihr“ Geld handele, das an andere Kassen umverteilt werde, dann sei das nur eine Argumentation, um den Risikostrukturausgleich als sozialistisches Umverteilungsinstrument zu diskreditieren, so der Jurist.

Eingeführt wurde der Risikostrukturausgleich 1994 zeitgleich mit dem Kassenwahlrecht für die Versicherten. Er sollte verhindern, dass das

Fotos: Michael Fischer



*Dr. Maximilian Gaßner:
Interdependenzen zwischen
dem Gesundheitssystem
und der allgemeinen
ökonomischen Entwicklung*

KZV-Fenster auf der 57. Sylter Woche 2015



Der Vortrag von Dr. Gaßner (hier im Bild mit Dr. Peter Kriett) löste eine angeregte Diskussion aus.

Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung unterminiert wird, indem Krankenkassen vor allem junge und gesunde Gutverdiener als Mitglieder akquirieren. Daher wurden zunächst nur die Merkmale Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung berücksichtigt. Seit 2009 werden neben den genannten Merkmalen auch Morbiditätsmerkmale berücksichtigt: Für besonders kranke Versicherte erhalten die Krankenkassen Zuschläge, die allerdings auf 80 ausgewählte chronische Krankheiten bzw. Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf beschränkt bleiben. Während Alter und Geschlecht im Jahr 2013 mit 50 Prozent in die Berechnungen der Pflichtleistungen des Gesundheitsfonds an die Kassen eingehen, sind es bei den unmittelbaren Morbiditätsmerkmalen 41,5 Prozent.

Im Hauptgutachten zum RSA vom 30. Juni 2010 betonte die Monopolkommission den gestärkten Wettbewerbsgedanken, den das Verteilungsinstrument gewährleiste: „Der

Risikostrukturausgleich ist (...) kein Umverteilungsmechanismus, der selbst soziale Aufgaben erfüllt. Er ist vielmehr notwendiges Instrument, um Fehlwirkungen zu korrigieren, die sich aus den sozial motivierten Eingriffen in die Beitragsgestaltung von im Wettbewerb stehenden Krankenversicherungen ergeben. Der Risikostrukturausgleich ermöglicht es deshalb – vollständiges Funktionieren vorausgesetzt –, die Einnahmenseite der Krankenkasse einer Marktsituation gleichzustellen“. Der RSA befindet sich allerdings nicht im luftleeren Raum: „Die Höhe der Bundeszuschüsse von 2010 und 2011 belegen: Es gibt volkswirtschaftliche Interdependenzen zwischen dem Gesundheitssystem und der allgemeinen ökonomischen Entwicklung, auch wenn das Gesundheitspolitiker immer wieder bestreiten“, erklärte Dr. Gaßner auf Sylt. 2015 betrage das Defizit des Gesundheitsfonds 11 Milliarden Euro. Finanziert werde es zum größten Teil aus den Zusatzbeiträgen. Die Gründe für die steigenden Ausgaben seien vor

allem die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt, der höhere Kosten verursache. Und Anfang des Jahres ist der RSA noch einmal modifiziert worden. Seit 1. Januar 2015 gibt es statt der bisherigen Zusatzbeiträge in absoluter Höhe einkommensabhängige Zusatzbeiträge. Auch werden die Ausgaben für das Sterbejahr genauer berücksichtigt. Darüber hinaus ist bei den Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte nachgebessert worden.

Auf Nachfrage bestätigte Dr. Gaßner, dass wahrscheinlich viele Milliarden Euro durch bestimmte kleine Systemumstellungen eingespart werden könnten. Ein Beispiel: „Die Labormedizin wird in unserem System als ärztliche Leistung angesehen und entsprechend hoch vergütet.

Studie:

Zusatzbeitrag für die mei

Die Zusatzbeiträge, die die meisten gesetzlichen Krankenkassen seit Anfang des Jahres neben dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent erheben, stellen für Versicherte bisher kaum einen Grund dar, die Kasse zu wechseln: 97 Prozent der Mitglieder blieben ihrer Krankenkasse im ersten Quartal 2015 treu. Das ist das Ergebnis einer Umfrage der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) unter 1.000 gesetzlich Versicherten.

Als Grund für den Verbleib gaben 59 Prozent der Befragten an, mit der Leistung und dem Service ihrer Krankenkasse zufrieden zu sein. Ein niedriger Zusatzbeitrag war dagegen nur für drei Prozent entscheidend. 10 Prozent gestanden ein, zu bequem zu sein, um sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Bei den wenigen, die ihre Kassen gewechselt haben,

Aber die Labormedizin ist heute eine weitgehend industriell hergestellte Leistung. Und diese könnte man wie Generika oder Hilfsmittel ausschreiben. Das würde zwar zum Wegfall zahlreicher Stellen in der Labormedizin führen – aber auch zu Einsparungen in Milliardenhöhe. Letztlich entspräche dies der industriellen Produktionsweise der Labormedizin.“ Dr. Gaßner: „Wir zahlen viel zu viel und fördern hiermit auch noch korrupte Strukturen.“

Wohin steuert unser Gesundheitssystem also in Zukunft? Dr. Gaßner prognostiziert, dass die Ausgaben schneller wachsen als die Einnahmehausbasis aus beitragspflichtigen Einnahmen. Für die zukünftige Entwicklung bis 2020 skizzierte der Experte drei mögliche Szenarien. Berücksichtigt man die Entwicklung von 1996 bis

2015, dann gäbe es 2020 ein Defizit von 26 Milliarden Euro – bei einem Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro im Jahr 2016 und einem konstanten Krankenkassen-Beitragssatz von 14,5 Prozent. Verkürzt man die Berechnungsgrundlage auf die letzten zehn Jahre (von 2005 bis 2015), dann ergäbe sich ein Defizit von 37 Milliarden Euro. Unter Berücksichtigung der Situation der letzten fünf Jahre betrüge das Defizit im Jahr 2020 rund 25 Milliarden. Bei der GKV werde der verstärkte Wettbewerb der Kassen untereinander deren Rücklagen aufzehren und das Risiko von Schließungen oder Insolvenzen erhöhen.

Keine Logik in unserem System

Braucht Deutschland daher einen Systemwechsel? Für die Finanzierung des Gesundheitssystems gibt es weltweit unterschiedlichste Ansätze. Dr. Gaß-

ner skizzierte in Westerland das steuerfinanzierte System (Beveridge-Modelle) wie es in Skandinavien und Großbritannien besteht, das privatfinanzierte System wie in den USA und stellte diesen die beitragsfinanzierten Systeme, wie sie in Frankreich, den Benelux-Staaten oder der Bundesrepublik existieren, gegenüber. In Deutschland sei eine nicht vergleichbare Sondersituation feststellbar: Das bei uns herrschende Nebeneinander von GKV und PKV folgt keiner Systemlogik, es sei lediglich historisch zu erklären, so Dr. Gaßner. Festzustellen sei die Tendenz zur Konvergenz der Systeme – was sich unter anderem ausdrücke durch den Basistarif der PKV, den Wahltarifen bei der GKV und der Übertragung von klassischen Instrumenten der GKV auf die PKV, wie zum Beispiel die Nutzenbewertung oder die gesetzlichen Rabatte auf Arzneimittel.

Dass der Risikostrukturausgleich als komplexes Ausgleichssystem immer wieder für kontroverse Diskussionen sorgt, zeigte sich im Anschluss des Vortrags von Dr. Gaßner auch in Westerland. Nahezu eine Stunde fragten die Teilnehmer nach und debattierten heftig – über den Sinn und Unsinn des Systems von GKV und PKV oder den feinen Unterschied zwischen Solidarität und Wettbewerb. Am Ende stand ein Appell von Dr. Peter Kriett. „Das Grundproblem unseres Gesundheitssystems ist, dass nichts korrigiert wird, wenn es erst einmal umgesetzt wird. Dennoch dürfen wir diesen immer wieder zu beobachtenden Reflex nicht hinnehmen. Wir dürfen nicht verstummen. Und die KZVen müssen sich einmischen. Wir in Schleswig-Holstein werden das sicher immer wieder tun!“

■ MICHAEL FISCHER

en kein Grund zum Kassenwechsel

ar in erster Linie aber denn doch ein zu hoher Zusatzbeitrag ausschlaggebend (43 Prozent). Allerdings zeigte die Umfrage zur Wechselreitschaft gesetzlich Krankenversicherter, dass 60 Prozent der Befragten die Höhe des Zusatzbeitrags, den ihre Kasse ihnen verlangt, gar nicht kennen. Ebenso viele gaben an, von ihrer Kasse nicht ausreichend über das Thema informiert worden zu sein. Nach Angaben von WC beläuft sich der Zusatzbeitrag für derzeit mehr als 60 Prozent aller Versicherten auf 0,9 Prozent des Bruttoeinkommens. Besonders diejenigen, die einen niedrigeren Zusatzbeitrag zahlen, sind über dessen Höhe informiert: 42 Prozent der Befragten, die die Höhe ihres Zusatzbeitrages kennen, gaben an, zwischen Null und 0,3 Prozent zu zahlen.

Ein Krankenkassenwechsel käme laut Umfrage für mehr als die Hälfte (52 Prozent) der gesetzlich Versicherten nur dann in Betracht, wenn die Beiträge bei gleicher Leistung und gleichem Service niedriger wären. Ältere sind dabei weniger wechselbereit: Für 40 Prozent der Versicherten ab 60 Jahre kommt ein Wechsel gar nicht in Frage.

Ein weiterer Grund für einen Kassenwechsel wäre für 40 Prozent der Befragten eine Garantie auf eine ärztliche Behandlung ohne Wartezeit. Bei den Versicherten unter 30 Jahren liegt dieser Anteil sogar bei 48 Prozent. Die Übernahme der Kosten für alternative Heilmethoden wäre für 37 Prozent der Versicherten ein wichtiges Entscheidungskriterium für einen Wechsel.

PM/Be

TTIP:

Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

Das geplante Transatlantische Freihandelsabkommen TTIP (Transatlantic Trade and Investment Partnership) zwischen der EU und den USA wird in der Öffentlichkeit seit Beginn der Verhandlungen im Juli 2013 intensiv und kontrovers diskutiert. Schiedsgerichte und Chlorhühnchen: TTIP ist ein politisches Reizthema – mit vielen Unbekannten. Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen – und zudem vertraulich. Klar ist jedoch: Thema ist auch das Gesundheitswesen.

Kritiker befürchten, die angestrebte „Harmonisierung“ von Standards – auch in der Gesundheitspolitik – werde sich an den Interessen von Konzernen und Finanzinvestoren orientieren: „Harmonisierung“ bedeute, dass tendenziell der jeweils niedrigste bzw. wirtschaftsfreundlichste Standard aller beteiligten Einzelstaaten als Norm für den Vertrag dienen könnte. So ist beispielsweise das US-amerikanische Gesundheitssystem stark marktwirtschaftlich geprägt und weist weniger solidarische Elemente auf als etwa das deutsche.

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung forderte die Bundesregierung auf ihrer Sitzung am 2. Juli daher auf, dafür Sorge zu tragen, dass TTIP die Behandlungsqualität, den schnellen Zugang zur Gesundheitsversorgung und das hohe Patientenschutzniveau in Deutschland und der EU nicht beeinträchtigt. „Kapitalinteressen dürfen medizinische Entscheidungen nicht beeinflussen“, befanden die Delegierten. Die Struktur des deutschen Gesundheitswesens sei maßgeblich gekennzeichnet durch Schutzmechanismen wie die Zulassungsvoraussetzungen für Vertrags(zahn)ärzte, die Bedarfsplanung oder den Sicherstellungsauftrag der Körperschaften: „Diese dürfen nicht durch Freihandelsabkommen aufgebrochen werden, um rein gewinnorientierten

Unternehmen Profitmöglichkeiten durch das Betreiben von (Zahn)Arztpraxen, Apotheken oder MVZs zu eröffnen. Fremdkapitalbeteiligungen und Kettenbildungen werden das Gesundheitswesen in Deutschland nachhaltig verändern und die Patienteninteressen in den Hintergrund treten lassen“, hieß es weiter.

Ähnlich hatten sich bereits im Mai der Vorstandsvorsitzende der KZBV Dr. Wolfgang Eßer, der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Peter Engel, der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen, Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery und der Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände Friedemann Schmidt in einer gemeinsamen Erklärung geäußert. Die Rechte der Patienten wie auch die Freiberuflichkeit von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern sowie die Kompetenzen ihrer Selbstverwaltung dürften durch TTIP nicht eingeschränkt oder aufgehoben werden, postulierten sie. Die Unterzeichner forderten eine Positivliste, „die klarstellt, dass TTIP keine Anwendung auf das Gesundheitswesen und die Heilberufe findet.“

Die EU-Mitgliedsstaaten müssten in Fragen der Gesundheitspolitik und der Ausgestaltung ihrer Gesundheitssysteme ihre Souveränität behalten, erklärten sie. Dabei bezogen sie sich auf Art. 168 Abs. 7 des Vertrages

über die Arbeitsweise der Europäischen Union, der besagt, dass die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik, für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung zu wahren sei.

Ein marktwirtschaftlich geprägtes Gesundheitswesen mache Patienten und Heilberufe überdies abhängig von konjunkturellen Entwicklungen. „Patientenversorgung darf aber keine Frage der Konjunktur sein“, betonten die Vorsitzenden und Präsidenten. Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung müsse der Patient stehen – nicht die wirtschaftlichen Interessen einzelner.

Aus Sicht der Bundesregierung sind all diese Bedenken unbegründet. Es bestehe keine Gefahr, dass die Gesundheitsversorgung oder der Patientenschutz durch TTIP bzw. andere Freihandelsabkommen beeinträchtigt würden, heißt es in einer Antwort aus dem Bundeskanzleramt auf die Erklärung der Präsidenten und Vorsitzenden der Heilberufe. Deutschland werde keine Verpflichtungen zu einer Marktöffnung im Gesundheitssektor eingehen, die über die bereits im Rahmen des GATS übernommenen Verpflichtungen hinausgingen – und Letzteres habe schließlich in den vergangenen 20 Jahren nicht zu Problemen für das deutsche Gesundheitswesen geführt. „Auch die Selbstver-

waltung und Freiberuflichkeit der Heilberufe werden durch TTIP ebenso wenig in Frage gestellt wie bestehende Fremdbesitzregelungen, Vorschriften über die Pflichtmitgliedschaft oder Qualifikationsanforderungen“, so die Versicherung aus dem Bundeskanzleramt.

Der Bundestagfraktion Bündnis 90/Die Grünen reicht das offenbar nicht. Unter Verweis auf die gemeinsame Erklärung der Heilberufsorganisationen richtete sie inzwischen eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung und wollte mehr über die möglichen Auswirkungen der Freihandelsabkommen CETA und TTIP auf das deutsche Gesundheitswesen erfahren. Handelsabkommen der EU dürften die „Spielräume in Deutschland zur Organisation der Sozialversicherung, unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung, Trägerstruktur und Finanzierung nicht einschränken“, lautet die Antwort aus dem Bundeswirtschaftsministerium. Die Bundesregierung setze sich für Bestimmungen ein, die gewährleisten, dass TTIP „die Funktionsweise und Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme in Deutschland nicht in Frage stellt“. Mit welchen „Detailregelungen“ das im Abkommen sichergestellt werde, könne man allerdings „derzeit noch nicht abschließend beantworten.“ Insbesondere sei die Bundesregierung jedoch der Ansicht, ein eventuelles Kapitel zu Finanzdienstleistungen solle keine „Marktöffnungsverpflichtungen für den Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung“ enthalten.

Unterdessen nahm das Europäische Parlament am 8. Juli Empfehlungen an die EU-Kommission für die weiteren TTIP-Verhandlungen mit den USA an. Dabei empfiehlt das EU-Parlament

unter anderem, TTIP dürfe vor allem in „wichtigen Bereichen“ wie Verbraucherschutz, Gesundheit, Arbeitnehmerrechte und Umwelt nicht zur Absenkung von Standards führen, sondern müsse den Unterschieden zwischen den Regierungssystemen der EU und der Vereinigten Staaten Rechnung tragen. Die „öffentliche Gesundheit, die Lebensmittelsicherheit oder die Umwelt“ dürften „nicht etwa wirtschaftlichen Zielen geopfert werden“. Zudem sei das Recht der EU-Mitgliedsstaaten zu wahren, in Bezug auf alle öffentlichen Dienstleistungen – einschließlich Sozialdienste, Gesundheitsdienste und soziale Sicherheit – gesetzgeberisch und organisatorisch tätig zu werden, sie zu finanzieren, Qualitäts- und Sicherheitsstandards für diese Dienstleistungen festzusetzen sowie sie zu verwalten und zu regulieren. Es sei dafür zu sorgen, dass öffentliche Dienstleistungen – wiederum einschließlich „Gesundheit“ – vom Anwendungsbereich des Abkommens ausgenommen werden.

Im Rahmen der 10. Verhandlungsrunde zwischen der EU und den USA vom 13. bis 17. Juli in Brüssel brachte die Bundesärztekammer anlässlich eines Anhörungsverfahrens die in der gemeinsamen Erklärung

der Präsidenten und Vorsitzenden der Heilberufe dargelegten Punkte vor. Nach Einschätzung der Bundesärztekammer ist allerdings nach der Anhörung weiterhin unklar, ob das deutsche Gesundheitssystem von US- und EU-Seite als „öffentlich“ bewertet wird, da es sich um ein „Mischsystem“, bestehend aus Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, einem steuerfinanzierten Zuschuss des Bundes und einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen der Versicherten handelt. Ebenso offen bleibe, ob das Gesundheitswesen ausdrücklich in Form einer Positivliste vom TTIP ausgenommen oder in Form einer Negativliste geschützt werden soll. Der Hintergrund: Bei einer Positivliste wären die Gesundheitssysteme vom Anwendungsbereich des Freihandelsabkommens insgesamt nicht erfasst, es sei denn, sie würden ausdrücklich im Abkommen (in einer Liste im Anhang) „positiv“ erwähnt. Bei einer Negativliste werden die Systeme, die nicht ausdrücklich vom Anwendungsbereich des Abkommens ausgeschlossen sind, einbezogen und unterliegen den Markt- und Wettbewerbsbestimmungen.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Arbeitskräftelücke droht Wirtschaftswachstum zu bremsen

Der demographische Wandel wird gravierende Auswirkungen auf den deutschen Arbeitsmarkt und das Wirtschaftswachstum haben. Zu diesem Schluss kommt die Boston Consulting Group (BCG) in ihrer Studie „Die halbierte Generation“.

Schon heute klagen viele Unternehmen über sinkende Bewerberzahlen und Fachkräftemangel. Die angespannte Situation werde sich weiter verschärfen, so die BCG: Wenn die deutschen Bundesländer das Wachstum

ihrer Wirtschaftsleistung mit der gleiche Rate wie in den vergangenen zehn Jahren fortführen wollen, könnten im Jahr 2030 nach BCG-Berechnungen in den alten Bundesländern zwischen 4,5 und 6,1 Millionen und in den neuen Bundesländern zwischen 1,3 und 1,6 Millionen Arbeitskräfte fehlen – ein Mangel, der Deutschland zwischen 410 und 550 Milliarden Euro an entgangener Wirtschaftsleistung kosten könnte.

Be

Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsarbeit:

Die Generation Y und die Zahnmedizin

Sie sind meist gut ausgebildet, Technologie-affin, in materiellem Wohlstand aufgewachsen, „Digital Natives“, die erste Generation, die mit dem Internet groß geworden ist und für die das World Wide Web neben der analogen Welt eine „zweite Realität“ darstellt. Ihre Einkäufe erledigen sie nicht im Kaufhaus um die Ecke, sondern bei Amazon, Zalando und Co. Lebensqualität und Selbstverwirklichung spielen bei ihnen eine große Rolle: Die Rede ist von den etwa zwischen 1977 und 1998 Geborenen, der „Generation Y“.

Mit ihr beschäftigten sich die Öffentlichkeitsarbeiter der Länder-KZVen und -Kammern auf Einladung von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung am 8. und 9. Mai in Baden-Baden. Warum nun aber wurde der Generation Y eine Koordinierungskonferenz gewidmet? Was unterscheidet sie von ihren Vorgängern, zum Beispiel der „Generation X“ oder den „Babyboomers“? Generationswechsel und eine damit einhergehende Verschiebung von Prioritäten hat es schließlich schon immer gegeben – und auch damit verbundene Konflikte mit den Vorgängern.

Die Lebensentwürfe der Generation Y stellen den zahnärztlichen Berufsstand allerdings tatsächlich vor neue Herausforderungen. So leistet zum Beispiel ihre Forderung nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie dem Trend zur Anstellung Vorschub. Auch ihr Wunsch nach Mobilität und Flexibilität steht einer Niederlassung in eigener Praxis oftmals im Wege. Wie also kann die nachfolgende Generation dennoch für eine Niederlassung und eine freie Berufsausübung begeistert werden? Und wie kann man die zukünftigen Zahnmediziner für die Wissenschaft und die Standespolitik gewinnen? – Mehrere Referenten begaben sich auf Spurensuche und beleuchteten das Thema „Generation Y – ihre Erwartungshaltung –

und wie wir sie erreichen“ aus unterschiedlichen Perspektiven.

„Wir müssen dafür sorgen, dass wir die zahnärztliche Versorgung in Deutschland weiterhin stabil halten“, stimmte Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, die Konferenzteilnehmer auf das Grundproblem ein. Dazu müsse man sich auch mit der nachwachsenden Generation auseinandersetzen. Bereits heute sei ein Trend zu längeren Angestelltenphasen zu beobachten – bei Frauen noch häufiger als bei Männern. Zahnärzte ließen sich später nieder als noch vor einigen Jahren: Während 2008 20 Prozent der Existenzgründer unter 30 und 15 Prozent über 40 Jahre alt waren, waren 2013 nur noch 11 Prozent unter 30, dafür 21 Prozent über 40. Entscheidend sei es, eine gemeinsame berufliche Identifikation zu finden, schloss Oesterreich.

Eine anschauliche, zum Teil auch provokante Beschreibung, wie genau die Generation Y nun eigentlich „tickt“, lieferte eine „Betroffene“: Dr. Steffi Burkhart, 29 Jahre alt, Bloggerin und Vorstandsmitglied bei der German Speakers Association, einer internationalen Plattform für deutschsprachige Trainer, Referenten und Coaches im Weiterbildungsbereich. Sie ist zudem Akademieleiterin bei „GEDANKENTanken“, einem Unter-

nehmen, das Führungskräfte u. a. auch im Umgang mit der Generation Y berät. Mit ihrem Lebenslauf lieferte Burkhart selbst den Beweis für ihre These, die Biographie von Angehörigen der Generation Y weise nicht mehr die Geradlinigkeit auf, die noch für ihre Eltern typisch war: Burkhart nahm nach Studium und Promotion an einem Mentoring-Programm für Nachwuchswissenschaftler teil, hat einige unbezahlte Praktika und verschiedene Ausbildungen hinter sich, arbeitete in einem Großkonzern. „Fremdbestimmt“ zu arbeiten und zu leben, in hierarchische und bürokratische Strukturen eingebunden zu sein, ist ihre Sache nicht, lernte sie dort – auch das ist charakteristisch für ihre Generation.

Die Generation Y, beschrieb Burkhart, lebe gleichzeitig analog und digital. Ihre Welt sei geprägt von einer hohen Komplexität. Eine schnelle Vernetzung und die Möglichkeit, schnell Wissen auszutauschen, seien ihr wichtig. Lebenslanges Lernen sei für diese Generation selbstverständlich.

Sie wolle nicht mehr dem Beruf alles unterordnen; das Leben beginne für die Generation Y nicht erst nach der Arbeit, sie wolle vielmehr „Spaß“ schon dabei. Die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit verschwämen – Work-Life-Blending statt Work-Life-Balance. Überfürsorgliche „Heli-

kopter“-Eltern hätten ihren Kindern möglichst viele Wünsche erfüllt, sie gefördert und sie darin bestärkt, das zu tun, was ihnen Freude macht. Das habe natürlich Auswirkungen auch auf ihre spätere Einstellung zur Arbeit.

Status und Prestige seien von geringerer Bedeutung als bei früheren Generationen, „Sharing“, das Teilen von materiellen und immateriellen Dingen, dagegen angesagt. Die Generation Y arbeite lieber im Team als allein, wolle gefördert und gefordert werden.

Zudem wolle diese Generation ein neues Familien-Modell leben, fuhr Burkhardt fort – Frauen möchten ihre berufliche Entwicklung nicht aufgeben, um allein für die Kindererziehung zuständig zu sein. Das Allein-Verdiener-Modell früherer Generationen funktioniere aufgrund der hohen finanziellen Belastungen ohnehin nicht mehr.

Doch was bedeutet das alles nun konkret für den zahnärztlichen Berufsstand? Praxis-Sharing in ländlichen Regionen zeigte Burkhardt als Option auf. Organisation über Online-Plattformen, aber auch Mentor-Programme für Studierende und Berufseinsteiger könne sie sich vorstellen. Aber ist die Generation Y auch in der Lage, einen Misserfolg zu tragen? Kann man auf sie setzen, wenn es zum Beispiel um betriebswirtschaftliche Verantwortung geht? Antworten auf diese Fragen der Konferenzteilnehmer musste Dr. Steffi Burkhardt, die mit den besonderen Gegebenheiten in der Gesundheitsbranche zugegebenermaßen nicht vertraut ist, letztlich schuldig bleiben.

Was wollen Zahnmedizinstudenten heute? Einen Einblick gab Kai Becker, mit

21 bereits 1. Vorsitzender des Bundesverbands der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V. (BdZM), auf der Grundlage der Erfahrungen, die er in acht Semestern Zahnmedizin-Studium gemacht hat.

Seine Generation habe, so beschrieb er, eine „unsichere Zukunftsvorstellung“, daher wolle sie im „Jetzt“ leben. Er unterstrich wie vor ihm bereits Burkhardt, dass die Berufseinsteiger von heute Freizeit und Privates nicht hintenan stellen möchten. Das bereits von seiner Vorrednerin angesprochene Ziel der Generation Y, lebenslang zu lernen, bestätigte Becker ebenso und beklagte gleichzeitig, dass die universitäre Ausbildung nicht unbedingt den aktuellsten Stand der Wissenschaft vermittele. Große Hoffnungen, so Becker, setzten die Studenten in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ), der Veränderung und Modernität in die Lehre bringen soll und inzwischen auf dem Medizinischen Fakultätentag am 4. und 5. Juni in Kiel beschlossen wurde.

Auch wenn Becker sich persönlich durchaus mit der Freiberuf-

lichkeit identifizieren kann, zeigt seine Auswahl von aufgeschnappten Studentenkommentaren, dass es im Studium wohl eher nicht um Standesvertretung und freiberufliche Ideale geht. Das ist sicherlich auch ein Zeitproblem – aber eben nicht nur. „Standespolitik interessiert mich nicht sonderlich. Kann ich mir aber auch wenig drunter vorstellen“, hieß es da etwa. Oder „Was hat das eigentlich mit der Kammermitgliedschaft auf sich?“ „Muss man sich nach dem Examen irgendwie bei der Kammer melden? Wir können da doch nicht einfach anrufen.“ Für die Standespolitik nehme er ein „gefühltes Desinteresse“ wahr, stellte Becker fest, und die Freiberuflichkeit sei unter Studenten ein Thema, das „noch nicht die richtige Aufmerksamkeit“ habe.

Die Antwort der Standespolitik?

Tatsächlich gebe es immer weniger standespolitisch engagierte Hochschullehrer; die „Prägung“ der Studenten in Richtung Standespolitik und Selbstständigkeit durch ihre Pro-



Fotos: IZZ

*Dr. Steffi Burkhardt:
„Work-Life-Blending“ statt
„Work-Life-Balance“*



*Kai Becker:
Freiberuflichkeit kein Thema
unter Zahnmedizin-Studenten*

Die Generation Y und die Zahnmedizin



Prof. Dr. Christoph Benz: Warnung vor Negativpropaganda zum Berufsbild „niedergelassener Zahnarzt“

fessoren nehme ab, stellte Prof. Dr. Christoph Benz, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, fest. Angesichts eines zunehmenden Auseinanderdriftens von Universität und Praxis plädierte er dafür, die Berufskunde-Vorlesungen zu intensivieren und das Modell „Ausbildungspraxen im Studium“ zu etablieren.

Gleichzeitig warnte Benz seine Kollegen davor, „Negativpropaganda“ zum Berufsbild „niedergelassener Zahnarzt“ zu verbreiten. Das finanzielle Risiko, die Angst vor Bürokratie, die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die mangelnde Vorbereitung auf unternehmerische Aspekte während des Studiums ließen sich allerdings auch nicht kleinreden. Andererseits entspreche aber die Niederlassung in eigener Praxis schließlich den Wünschen der Generation Y nach Selbstverwirklichung und Gestaltungsmöglichkeiten.

Den Zahnärztekammern legte er ans Herz, „nicht die öde, arrogante Behörde zu geben“, sondern vielmehr den Service, den die Kammern bieten, zu kommunizieren – und zwar nicht



Dr. Jürgen Fedderwitz: „Der Weg in die Freiberuflichkeit lohnt sich.“

nur digital, sondern vor allem auch „face to face“ mit den angehenden Zahnmedizinern.

Die Möglichkeiten, die Einstellungen der Generation Y durch Öffentlichkeitsarbeit und Standespolitik zu verändern, hält Benz allerdings letztendlich für eher gering: „Wir werden die Schraube nicht finden, an der wir drehen können.“ Auch deswegen erachtet er Anpassungen in den Berufsordnungen für notwendig, „damit wir nicht die besten Köpfe verlieren.“

Aus der Perspektive des Beobachters fügte Dr. Jürgen Fedderwitz, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem Bild der Generation Y weitere Facetten hinzu: Sie habe 9/11 erlebt, weltweite Kriege und Krisen – nicht zuletzt die sogenannte Finanz- und Eurokrise – und sehe sich konfrontiert mit zum Teil verheerender Jugendarbeitslosigkeit. Sie sei den Umgang mit Unsicherheiten und Unwägbarkeiten gewohnt, habe gelernt, zu sondieren und zu taktieren, um für sich das Beste aus jeder Situation zu

machen und um sich stets möglichst viele Optionen offen zu halten.

65 Prozent aller Zahnmedizinstudenten im Wintersemester 2013/ 2014 seien weiblich, der Trend zur Anstellung nehme zu, bemerkte auch Fedderwitz. Der Status des angestellten Zahnarztes sei für die Generation Y durchaus verlockend: festes Einkommen, kein wirtschaftliches Risiko, feste Arbeitszeiten, überschaubare Verantwortung, vergleichsweise mehr „Zeit fürs Leben“. Es bleibe jedoch das „Risiko Arbeitsplatz“ und das „Risiko Chef“. „Der Weg in die Freiberuflichkeit lohnt sich“, schloss Fedderwitz.

Mit welchen Technologien „Digital Natives“ eigentlich arbeiten, beschrieb

SMS unter der Dusche

College-Studenten erkennen zwar, dass Simsen unter der Dusche oder bei einem Date, während eines Gottesdiensts oder auf einer Beerdigung nicht unbedingt der Etikette entspricht – sie können aber offenbar der Verlockung des Smartphones nicht widerstehen und tun es trotzdem. Das zumindest ist das Ergebnis einer Studie der Penn State University Harrisburg, für die 150 Studenten untersucht wurden. Gut 34 Prozent der Befragten gaben dabei an, täglich mehr als 100 Textnachrichten zu schreiben und zu empfangen. Einige Verhaltensweisen, wie etwa das Schreiben von Textnachrichten im Badezimmer oder während des Essens, sehen die meisten inzwischen als „normal“ an. Überraschend für die Forscher war allerdings die Erkenntnis, dass sich die Mehrheit der Probanden durchaus bewusst darüber ist, in bestimmten Fällen gegen gesellschaftliche Normen zu verstoßen. 85 Prozent gaben etwa zu, in Unterrichtsstunden Textnachrichten zu verfassen. 75 Prozent verschicken SMS bei der Arbeit. Gut 70 Prozent der Befragten

Dr. med. Urs-Vito Albrecht, stellvertretender Direktor des P. L. Reichertz Instituts für Medizinische Informatik der Medizinischen Hochschule Hannover. Dabei hätten auch „Digital Natives“ durchaus „analoge Bedürfnisse“, die identisch seien mit denen früherer Generationen, beruhigte Albrecht eingangs. Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse bedienten sie sich allerdings „effizienter und mit höherer Flexibilität des vorhandenen technischen Komfort und treiben dadurch gleichzeitig auch Innovationen an, die noch mehr Komfort versprechen.“

Patienten nutzen das Internet, Apps und soziale Netzwerke, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren, Ärzte, Praxen und Kliniken auszuwählen oder diese zu bewerten, zählte Albrecht auf. Für

reiben Textnachrichten, während sie sich Kino einen Film ansehen – kein Spaß für restlichen Kinobesucher. Die meisten genden, das zu tun, obwohl sie um das soziale Tabu wüssten. Das gilt beispielsweise auch Dates oder für Gesprächssituationen.

e Forscher kamen zu dem Schluss, dass es m exzessiven Simsen nicht darum gehe, ue soziale Normen festzulegen, sondern ss die Versuchung, sich gegen die Konvenen zu verhalten, zu groß sei. Marissa Haron, Psychologin und Autorin der Studie, ubt, das Summen und Blinken der Textchrichten spreche das angeborene Bedürfnis des Menschen an, auf Reize zu reagieren d etwas untersuchen zu wollen. Für sie hat s evolutionsgeschichtlich mit der natürlichen Auslese zu tun: Summen und Blinken nne Gefahren oder aber Gelegenheiten sigisieren, die Menschen veranlassten, sich niger mit ihrer aktuellen Umgebung und ehr mit der „Zukunft“ zu befassen.

Be

(Zahn-)Ärzte und Studierende der (Zahn-)Medizin böten die neuen Medien die Möglichkeit, sich mit Kollegen zu vernetzen, Erfahrungen auszutauschen oder nach Aus- und Fortbildungen zu suchen. „Gesundheitsdienstleister“ stellten zudem über die verschiedenen Kanäle Informationen für Patienten bereit und betrieben online Patientenakquise bzw. -Kontaktpflege.

Die Gestaltung einer „Social Media Strategie“ hält Albrecht gleich in mehrfacher Hinsicht für wichtig – für die Interaktion mit „Digital Natives“ sogar geradezu für unabdingbar: So rücke die Generation „Y+“ inzwischen in Führungspositionen vor und stelle auch einen großen Teil (potentieller) Mitarbeiter. Patienten nähmen über Social Media Kontakt mit medizinischen Einrichtungen und (Zahn-) Ärzten auf.

Zudem finde auch die Suche nach qualifizierten Mitarbeitern heute vielfach über Social Media wie Xing, Facebook, „Wer-kennt-wen“ oder Google+ statt. eLearning habe in der Zahnmedizin bereits Einzug gehalten. Apps könnten auch im Gesundheitskontext in vielen Bereichen Unterstützung bieten, fuhr Albrecht fort: bei der Informationssuche, der Verwaltung von Gesundheitsinformationen, der Forschung, bei der Planung von Konferenzen und Fortbildungen.

Fazit:

Die zahnärztlichen Körperschaften – und ihre Mitglieder – werden sich noch intensiver als bisher schon mit den veränderten Vorstellungen befassen müssen, die die Generation Y von Leben und Beruf hat. Dazu hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zwischenzeitlich das Studienprojekt „Berufsbild angehender und junger

Zahnärzte“ initiiert, das Dr. Nele Kettler, wissenschaftliche Referentin am IDZ, auf der Koordinierungskonferenz vorstellte. Seit Dezember 2014 werden die Ein- und Vorstellungen von Studierenden der Zahnmedizin, Assistenz Zahnärzten und angestellten Zahnärzten zu ihrer (zukünftigen) Berufsausübung, ihrem Berufsbild und ihren Zukunftsplänen – vor allem im Hinblick auf eine mögliche Niederlassung – erforscht.

Klar ist schon jetzt: Flexibilität und neue Konzepte werden notwendig sein, um der nachfolgenden Generation die Bedeutung der Freiberuflichkeit und die Vorzüge einer Niederlassung in eigener Praxis nahezubringen. Dazu müssen verstärkt neue Kommunikationskanäle genutzt werden, denn die bisher üblichen Medien, die Diktion und auch die Themenauswahl eignen sich nicht unbedingt immer, um die Generation Y zu erreichen.

Flexibel müssen sich jedoch nicht nur die Älteren zeigen, auch die junge Generation wird sich darauf einstellen müssen, dass sie nicht all ihre Vorstellungen im (zahn-)ärztlichen Berufsalltag verwirklichen kann. Denn die Ansprüche, die die Generation Y an ihr (Berufs-)Leben formuliert, sind zum Teil nicht kompatibel mit den Anforderungen eines Heilberufs, bei dem die Bedürfnisse der Patienten an erster Stelle stehen.

Hilfreich für das Verständnis untereinander mag es sein, dass die Grenzen zwischen den Generationen Y, X und „Boomers“ durchaus fließend sein können. Es gehe nicht um Alterskohorten, sondern um einen „Mind Set“, hatte die Referentin Dr. Steffi Burkhart verdeutlicht.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Bund will 2016 mehr Geld für Gesundheit ausgeben

Das Bundeskabinett stimmte Anfang Juli dem Etatentwurf für das Haushaltsjahr 2016 und dem Finanzplan des Bundes bis 2019 zu. Neue Kredite sind in diesem Zeitraum nicht geplant. Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds steigt wieder an.

Die Ausgaben des Bundes sollen nach 301,6 Milliarden Euro 2015 im kommenden Jahr auf 312 Milliarden Euro steigen. In Einzelplan 15 für das Bundesgesundheitsministerium sind für 2016 14,5 Milliarden Euro vorgesehen (2015: 12,06 Milliarden Euro).

Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds für „gesamtgesehliche Aufgaben“ – sogenannte versicherungsfremde Leistungen – wird 2016 14 Milliarden Euro betragen.

Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble hatte den Bundeszuschuss in den vergangenen Jahren wiederholt gekürzt und die so einge-

sparten Gelder zur Sanierung des Bundeshaalts genutzt. 2013 war eine Absenkung auf 11,5 Milliarden Euro, 2014 auf 10,5 und 2015 auf 11,5 Milliarden Euro erfolgt. Ab 2017 soll der Zuschuss dann „langfristig“ 14,5 Milliarden Euro betragen.

Mit Mitteln aus der „Globalen Mehrausgabe für Zukunftsinvestitionen“ von jährlich rund 5,1 Millionen Euro können insbesondere die „gesundheitliche Versorgung und die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen“ verstärkt gefördert werden, heißt es zudem in dem Eckwertbeschluss der Bundesregierung.

Ebenfalls profitieren sollen Forschungsvorhaben zur Erkennung neuer Infektionskrankheiten, auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs sowie die internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.

Mittel aus den „Globalen Mehrausgaben“ kommen zudem auch dem Paul-Ehrlich-Institut, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, dem Robert-Koch-Institut und dem Bundesgesundheitsministerium zugute.

Be

RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

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

Samstag, den 7. November 2015, 9.00 Uhr

im Steigenberger Conti Hansa Kiel, Schloßgarten 7, 24103 Kiel.

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

Vorläufige Tagesordnung

- | | |
|---|--|
| 1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit durch den Vorsitzenden der VV | 6. Bericht der Ausschüsse (soweit tätig gewesen) |
| 2. Bericht des VV-Vorsitzenden | 7. Beschlussfassung über Anträge (soweit nicht unter TOP 4 behandelt) |
| 3. Beantwortung schriftlich gestellter Fragen (ohne Aussprache) | 8. Genehmigung des Etats 2016 und Festsetzung von Verwaltungskostenbeiträgen |
| 4. Bericht des Vorstandes | 9. Verschiedenes |
| 5. Bericht des Kassenprüfungsausschusses und Entlastung des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2014 | |

Versorgungsgradzahlen aus dem Bedarfsplan

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

Planungsblatt B – Zahnärztliche Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	132.892	79,1	69	7,25	76,25	0	76,25	96,4
2	Flensburg	84.176	50,1	52	8,75	60,75	0	60,75	121,2
3	Kiel	241.843	188,9	196	30,25	226,25	0	226,25	119,7
4	Kreis Lauenburg	190.468	113,4	89	18,25	107,25	0	107,25	94,6
5	Lübeck	213.873	167,1	152,5	20,25	172,75	0	172,75	103,4
6	Neumünster	77.283	46,0	48	4,50	52,50	0	52,50	114,1
7	Kreis Nordfriesland	162.576	96,8	83	11,00	94,00	0	94,00	97,1
8	Kreis Ostholstein	198.825	118,3	124	13,25	137,25	1	136,25	115,1
9	Kreis Pinneberg	303.656	180,7	168	27,25	195,25	1	194,25	107,5
10	Kreis Plön	126.804	75,5	68	12,00	80,00	0	80,00	106,0
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	268.495	159,8	158	33,00	191,00	1	190,00	118,9
12	Kreis Schleswig-Flensb.	195.558	116,4	103	13,00	116,00	1	115,00	98,8
13	Kreis Segeberg	264.677	157,5	141,5	25,75	167,25	0	167,25	106,2
14	Kreis Steinburg	130.353	77,6	63	18,25	81,25	2	79,25	102,1
15	Kreis Stormarn	236.578	140,8	136,5	15,50	152,00	1	151,00	107,2

Planungsblatt C – Kieferorthopädische Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl (0 – 18 J.)	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte + Ermächt.	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	24.074	6,0	5	1,00	6,00	0	6,00	100,0
2	Flensburg	13.335	3,3	4	0,50	4,50	0	4,50	136,4
3	Kiel	36.173	9,0	13	1,25	14,25	0	14,25	158,3
4	Kreis Lauenburg	34.947	8,7	7	0,00	7,00	0	7,00	80,5
5	Lübeck	33.448	8,4	7	1,50	8,50	0	8,50	101,2
6	Neumünster	13.533	3,4	8	1,00	9,00	0	9,00	264,7
7	Kreis Nordfriesland	29.096	7,3	4	0,00	4,00	0	4,00	54,8
8	Kreis Ostholstein	31.881	8,0	7	0,00	7,00	1	8,00	100,0
9	Kreis Pinneberg	54.493	13,6	11	2,00	13,00	1	14,00	102,9
10	Kreis Plön	22.277	5,6	6	0,50	6,50	0	6,50	116,1
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	50.219	12,6	17	2,50	19,50	1	20,50	162,7
12	Kreis Schleswig-Flensb.	36.684	9,2	4	0,00	4,00	1	5,00	54,3
13	Kreis Segeberg	48.003	12,0	14	1,00	15,00	0	15,00	125,0
14	Kreis Steinburg	23.510	5,9	3	0,00	3,00	2	5,00	84,7
15	Kreis Stormarn	43.303	10,8	9	1,00	10,00	1	11,00	101,9

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 31. 12. 2015

einreichen bis zum 30. 9. 2015

Verzicht zum 31. 3. 2016

einreichen bis zum 31. 12. 2015

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

Anzeigen

Günstig abzugeben:

Morita Endo-Meßgerät, Heliodent70, Zahnfilmentwicklungsautomat, Röntgenstuhl, Röntgenschürze f. Patient und Behandler, Leuchtschild „Kein Zutritt – Röntgen“, Röntgenfilmkassetten (klein + groß) mit Verstärkerfolien, 2 Dentomaten, mobiles Kartenlesegerät, Deckenleuchten für Labor: Parallelometer mit Konometer
Tel. 04332/1553

Gepflegter antiker Zahnarzt-Tretbohrer

(ca. 100 Jahre) umständehalber zu verkaufen. Gut geeignet zu

Dekozwecken. Anfragen bitte unter
Tel. 0431/24440.

Etabl., sehr profitable Gem.-Praxis

60 min bis HH Innenstadt, Ostseenähe, hervorragende Infrastruktur. KiTa und alle Schulen, Fachärzte und Krankenhaus im Ort. Sehr gute Sport- und Freizeitmöglichkeiten (Tennis, Golf, Reiten, Segeln)
5 Behandlungsräume, Labor, Röntgen. Hochwertige, moderne Ausstattung, eingespieltes Praxisteam.
KFOZApraxis@gmail.com

Lübeck

Etablierte, moderne, zukunftsorientierte Praxis.
Ich biete konvent. u. Implantat-Prothetik, ästhet. ZHK, organis. Prophylaxe und PAR in 4 BHZ.
Mittelfristig plane ich, mich zurückzuziehen u. suche für sofort eine/n Praxisübernehmer/in.
Gerne mit vorheriger Beschäft. als ang. ZA/ZÄ.
Chiffre-Nr. 1-08/2015

Südöstlicher Speckgürtel Hamburg

Wegen Umzugs ins Ausland, alt-eingesessene Praxis mit zwei BHZ (erweiterbar auf drei, Anschlüsse

sind vorhanden) zum nächstmögl. Termin an gewissenhafte/n Kollegin/Kollegen abzugeben.
Preis 150.000 VB.
Mobil 0173/8043736
bitte ab 19:00 h

Am Nord-Ostsee-Kanal:

Sehr gute etabl. Praxis aus Altersgründen abzugeben, 3 BHZ, Praxislabor, 170 qm, neuwertige, moderne Einrichtung, digitalisiert, Röntgen, OPG, Cerec, geeignet für zwei Behandler mit/ohne Immobilie, hoher Privatanteil/Patienten. Übergangsweise Zusammenarbeit möglich.
Tel. 04331/92542

Bitte vormerken

12. Institutstag

Komposit bis Vollkeramik, ein ästhetisch-funktionelles Arbeitskonzept

Kurs-Nr. 15-02-037

Samstag, 5. Dezember 2015

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

9.30 Uhr – 14.00 Uhr

Heinrich-Hammer-Institut, Westring 496, 24106 Kiel

Teilnehmergebühr: 95 Euro für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Information: Tel.: 0431/26 09 26-82 | E-Mail: hhi@zaek-sh.de | www.zaek-sh.de, Rubrik Fortbildung

Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

Kurs-Nr.: 15-02-055

GOZ-Grundkurs – Paragraphen und prophylaktische Leistungen

Susanne Martens, Kiel
Dienstag, 15. 9. 2015
15 – 19 Uhr

Heinrich-Hammer-Institut
55 EUR pro Kurs für ZFA,
Praxismitarbeiter/innen

- Allgemeine Grundlagen der GOZ
- Paragraphen
- Prophylaktische Leistungen

Dieses Seminar richtet sich an alle ZFA und Praxismitarbeiter/-innen insbesondere an Wiedereinsteiger/-innen,

an Auszubildende und an Neulinge, die sich frisch an die GOZ heranwagen. Die einzelnen Gebührenpositionen nach den Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) werden gemeinsam Schritt für Schritt anhand von Beispielen erarbeitet.

Kurs-Nr.: 15-02-017

GOZ-Spezial: Große Chirurgie und Implantologie

Dr. Roland Kaden, Heide
Mittwoch, 16. 9. 2015
15 – 18 Uhr
Heinrich-Hammer-Institut
65 EUR für ZÄ
Punktebewertung: 3

Auf vielfachen Wunsch aus der schleswig-holsteinischen Zahnärzteschaft bietet die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ein GOZ-Intensivseminar mit folgenden Leistungsinhalten an:

- §§ (mit Schwerpunkt auf Erstattung)
- große Chirurgie (Oralchirurgie einschl. Schlotterkamm, Hemisektion)
- Implantologie (mit wenigen PAR-Positionen)

Die Seminarinhalte sollen die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) transparent machen. Zusätzliche Argumentationshilfen runden das Gesamtbild ab.

GOZ-Fortbildungen nur für die ZFA finden gesondert statt. Informationen hierzu finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage
www.zaek-sh.de, Rubrik Fortbildung.



Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

Information – Anmeldung:

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

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



Fortbildung in Kreisvereinen

Zahnärzterein Kreis Neumünster e. V.

am: 1. Oktober 2015, 20.00 h

Ort: Neumünster, Alfreds

Thema: Zahnärztliche Behandlung von Patienten mit Behinderung – Möglichkeiten und Grenzen

Referent: Dr. Volker Holthaus, Bad Segeberg

Vereinigung der Zahnärzte Husum-Eiderstedt

am: 9. November, 19.30 h

Ort: Husum, Hotel Rosenburg

Thema: Kinderzahnheilkunde – ein Update

Referentin: Dr. Sabine Runge, Kiel

Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank)

Führungswechsel in der Kieler Filiale

Michael Schleep (53) hat zum 1. August 2015 die Leitung der apoBank-Filiale in Kiel übernommen. Er folgt auf Peter Geiß (63), der nach 27 Jahren Amtszeit als Filialdirektor in den Vorruhestand ging.

Geiß war insgesamt 30 Jahre für die apoBank tätig. Der gelernte Volkswirt hat zunächst an der Gründung der Marburger Zweigstelle mitgewirkt und kam 1988 nach Kiel. Sein Nachfolger Schleep kommt aus dem hessischen Wetzlar, wo er zuletzt für die dort ansässige Sparkasse als Bereichsleiter für das Privatkundengeschäft tätig war.

Als Geiß vor 27 Jahren die nördlichste ApoBank-Filiale Deutschlands über-



Aus Hessen an die Förde: Michael Schleep

nahm, zählte diese rund 2.000 Kunden. Heute betreut das 18-köpfige Team über 6.600 Angehörige der Heilberufe, Institutionen der Gesund-



Leitete 27 Jahre die nördlichste Filiale: Peter Geiß

heitsversorgung und Unternehmen im Gesundheitsmarkt. „Rückblickend freut mich besonders die Zahl der rund 2.000 heilberuflichen Existenzgründungen, die wir in den vergangenen Jahren hier in Kiel und Umland begleitet haben“, resümiert Geiß. „Das ist unser Beitrag zur Sicherung der ambulanten Gesundheitsversorgung in der Region, und darauf sind meine Mannschaft und ich sehr stolz.“

Die Kieler Filiale wurde 1976 eröffnet und ist einer von rund 80 Standorten der apoBank deutschlandweit. Ihr neuer Leiter, Michael Schleep, freut sich auf seine künftigen Aufgaben: „Für die apoBank tätig zu sein, bedeutet gleichzeitig eine besondere Kundschaft zu betreuen. Aktuell machen wir die Erfahrung, dass das Internet die persönliche Beratung nicht ersetzen wird. Denn die Kunden schätzen die Offenheit, das vertrauensvolle Miteinander sowie die Zuverlässigkeit in der Betreuung. Und genau das, gepaart mit finanzieller Fachkompetenz, will ich gemeinsam mit dem Team in der Kieler Filiale bieten.“ apoBank

eHealth-Gesetz

Gute Ansätze, schlechte Umsetzung

Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenhäuser sehen als Gesellschafter der gematik in dem geplanten eHealth-Gesetz positive Ansätze, die einen Mehrwert für die Patienten und ihre Behandlung bringen können. Das Gesetz eröffne neue Möglichkeiten und fördere die sichere elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen.

Auch wenn in Detailfragen Defizite bestünden, kämen sinnvolle Anwendungen wie der Medikationsplan und der Notfalldatensatz auf den Weg. Allerdings sei die geplante Form der Umsetzung realitätsfern und Sanktionierung mittels Haushaltskürzungen träfen die Falschen. Massive Kritik geübt wird zudem an den angedrohten Honorarkürzungen, der vorgesehenen Fristsetzung für die Nutzung der Online-Anbindung und der Anwendung zur Aktualisierung der Versichertendaten durch Leistungserbringer zum 1. Juli 2018. Das Ge-

setz schreibt den Beginn des sogenannten „Online Rollout“ der Telematikinfrastruktur ab dem 1. Juli 2016 vor. Es sieht zugleich finanzielle Sanktionen gegen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung vor, wenn der Zeitplan nicht eingehalten werden sollte. Allerdings haben weder Gesellschafter, noch Ärzte und Zahnärzte Einfluss auf die Einhaltung der vorgegebenen Termine. Gesellschafter der gematik sind die Spitzenverbände der Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen. Oberstes Entscheidungsgremium ist die Gesellschafterversammlung, der unter anderem die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und der Deutsche Apothekerverband angehören.

JH; gematik

BIG:

Fragwürdige Schnüffelei durch GKV

Die Bürger Initiative Gesundheit e.V. (BIG) hat gefordert, die Datensammelwut der gesetzlichen Krankenkassen per Gesetz zu unterbinden. Die Kassen müssten dazu gezwungen werden, die Rechte der Bürger zu achten, so BIG-Vizepräsident Dr. Richard Barabasch in einer Pressemitteilung.

Anlass ist der aktuelle Tätigkeitsbericht der Bundes-Datenschutzbeauftragten Andrea Voßhoff, die für die Jahre 2013 und 2014 erhebliche Datenschutzverstöße der GKV bei der Übermittlung von Unterlagen zum individuellen Gesundheitszustand von Versicherten und Patienten festgestellt hat.

Die Schnüffelei zu den Gesundheitsdaten der Versicherten und Patienten erfolge seit vielen Jahren mit den raffiniertesten Methoden, so Barabasch.

Sowohl Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter der Pflege erhielten immer häufiger Anfragen von Krankenkassen zur Übermittlung individueller Behandlungsdaten. Da nicht die Kasse, sondern der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) über die Notwendigkeit individueller Behandlungen entscheide, sei die Machenschaft der GKV, auf verdeckten Wegen die Behandlungsdaten zu erhalten, ein deutlicher Rechtsbruch.

So seien für den MDK bestimmte Behandlungsunterlagen in vielen Fällen nicht wie vorgeschrieben im geschlossenen Umschlag weitergeleitet, sondern von Mitarbeitern der Krankenkassen unter Bruch des Briefgeheimnisses geöffnet und für eigene Auswertungen genutzt worden. Dieses unrechtmäßige Verhalten führe zu einem gläsernen Bürger.

Durch ein GKV-gesteuertes Fallmanagement unter unrechtmäßiger Nutzung der erschlichenen Behandlungsdaten werde die Einflussnahme der GKV zur Rationierung von Leistungen und Vergütungen nochmals gestärkt.

JH, BIG

Kabinett verabschiedet Entwurf zum Anti-Korruptionsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 29. Juli den Gesetzentwurf gegen Korruption im Gesundheitswesen verabschiedet. Vorgesehen sind Haftstrafen von bis zu drei Jahren. In besonders schweren Fällen von Bestechung oder Bestechlichkeit drohen sogar fünf Jahre Gefängnis.

Patienten hätten ein Recht, das an Versorgung zu bekommen, was angezeigt und notwendig sei, sagte Justizminister Heiko Maas (SPD). Das sei zwar der Regelfall. Es gebe aber auch „schwarze Schafe“ in den Heilberufen. Strafanträge können bei einem Verdachtsfall vom betroffenen Patienten, von Wettbewerbern, von Kammern und Berufsverbänden sowie von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gestellt werden.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, erklärte dazu, die BZÄK stehe seit jeher für eine Null-Toleranz-Politik und verurteile jegliche Form von Korruption im Gesundheitswesen.

Korruptes Verhalten von Zahnärztinnen und Zahnärzten sei in Deutschland bereits lange vor Beginn der Diskussion um die Notwendigkeit einer neuen Strafrechtsnorm durch die Berufsordnungen der Länder verboten.

Die Bundeszahnärztekammer appelliere daher an die Bundesregierung, in dem Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, die Kammern als Experten des Berufsrechts in der Frage möglicher berufsrechtlicher Pflichtverletzungen frühzeitig mit einzubeziehen. Zu begrüßen sei, dass der

Gesetzgeber nunmehr die Berufsordnungen der Landeszahnärztekammern, die für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte gelten, ausdrücklich als Grundlage der Beurteilung der Verletzung der heilberuflichen Unabhängigkeit anerkennt.

„Der geplante Straftatbestand lässt aber auch weiterhin Mängel erkennen“, so Engel weiter. „Die Gesetzesbegründung äußert sich zwar zu den zulässigen und vom Gesetzgeber auch gewollten Möglichkeiten von zulässigen Kooperationen, lässt aber eine entsprechende Konkretisierung im Tatbestand selber weiterhin vermissen. Dies führt nicht zu der anzustrebenden und notwendigen Rechtssicherheit.“

BZÄK, JH

Ökonomisches Quartett:

Betriebswirtschaftliche Beratung bei der KZV

Fragen zu

**Praxisorganisation oder -modernisierung,
Finanzierungskosten für Neuanschaffungen,
Umsatzzahlen der Praxis,
Liquidität**

Die KZV Schleswig-Holstein bietet seit vielen Jahren ein genau auf die Bedürfnisse von Zahnärzten zugeschnittenes Beratungsangebot an:

Das Ökonomische Quartett.

Die Mitglieder des Ökonomischen Quartetts:

Florian Noll,
Steuerfachmann und Rechtsanwalt;

N. N.,
Mitglied der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in Kiel;

Dr. Michael Diercks,
Zahnarzt und stellvertretender Vorstandsvorsitzender
der KZV Schleswig-Holstein;

Diplom-Volkswirt Helmut Steinmetz,
Mitglied des KZV-Vorstandes.

Anmeldungen bitte bei der KZV Schleswig-Holstein,
Tel. 0431/38 97-129, Frau Behrendt.

Die Beratung beim Ökonomischen Quartett ist für Mitglieder der KZV Schleswig-Holstein kostenlos.
Zu einem Gespräch sollten möglichst die betriebswirtschaftlichen Auswertungen (z. B. DATEV) der letzten drei Jahre vorliegen.
Außerdem können natürlich alle Unterlagen vorgelegt werden, die für die Beratung der individuellen Probleme notwendig erscheinen.

