

C 12414

Zahnärzteblatt



Schleswig-Holstein

1

Januar 2016

der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung und
der Zahnärztekammer



Fotos: Fotolia/JWS, 3dstock, Montage: ComLog



Baustelle Telematik

INHALT

Editorial	3
Vertreterversammlung der KZBV (II): Vielfältige Aufgaben warten auf den Berufsstand	4
Eröffnung des Deutschen Zahnärztetages: „Mehr Forschung in der Zahnmedizin“	7
Baustelle eGK und Telematikinfrastruktur	8
OECD-Gesundheitsbericht 2015	10
Dienstjubiläen 2015 bei der KZV	12
G-BA: Verfassungsbeschwerde verworfen	13
Vorschau: 23. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag	14
Versorgungswerk weiter auf Kurs	16
12. Institutstag der Zahnärztekammer: Komposit bis Vollkeramik	18
GOZ 2012: Welches Provisorium wird wie berechnet?	20
Deutschlandstipendium vergeben	22
Joachim Hüttmann wird 60	23
Cour des comptes erteilt Deutschlektion	24
Potenzial für deutsche Firmen?	25
Rundschreiben der KZV SH	27
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	28
Meldungen	30

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Redaktion: Zahnärztekammer:
Dr. Michael Brandt (verantw.), Dr. Thomas Ruff
Kassenzahnärztliche Vereinigung:
Dr. Peter Kriett (verantw.), www.kzv-sh.de
verantwortlich für diese Ausgabe:
Dr. Peter Kriett
Verlag: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 496 · 24106 Kiel
Tel. 0431/260926-30, Fax 0431/260926-15
E-Mail: central@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de
Layout, Herstellung:
form + text | herbert kämpfer · Kiel
Titel: ComLog Werbung + PR, Schinkel
Druck: Schmidt & Klaunig · Kiel
Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wieder. Das Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein erscheint 12-mal jährlich; darunter eine Doppelausgabe; Auflage 3.650; Preis des Einzelhefts: 4 EUR; der Bezugspreis ist in den Körperschaftsbeiträgen enthalten.
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

AKTUELL

Gesundheitsdaten gegen Vorsorgeuntersuchungen?

Diverse Studien zur Bereitschaft der Deutschen, Gesundheitsdaten an Krankenkassen weiterzugeben, haben bisher keinen eindeutigen Trend erkennen lassen. Einen weiteren Beitrag zu dieser Diskussion lieferte eine Umfrage von TNS Infratest im Auftrag des Bundesverbands Digitale Wirtschaft, über die der Ärztenachrichtendienst *änd* berichtete. Demnach sind rund zwei Drittel (65 Prozent) der Deutschen auch im Falle einer Gegenleistung nicht bereit, sensible personenbezogene Daten offenzulegen.

In der Altersklasse 60 Jahre und älter sei die Bereitschaft höher (38 Prozent), in der Altersklasse 14 bis 29 Jahre geringer (30 Prozent). Gründe für die Zurückhaltung seien vor allem Unsicherheit bezüglich der Datensicherheit und der weiteren Verwendung der Daten. Die Befragten, die zu einer Weitergabe ihrer Daten bereit wären, knüpfen dies an Bedingungen: So möchten sie etwa jederzeit selbst entscheiden können, welche Daten sie freigeben, wann sie gespeicherte Daten einsehen und freigegebene Daten auch wieder löschen können.

Von der Krankenkasse bezahlte Vorsorgeuntersuchungen wären die Gegenleistung, die von jenen, die zu einer Datenweitergabe bereit wären, am häufigsten in Anspruch genommenen würde (41 Prozent). Es folgen monetäre Vergütungen wie Gutschriften (27 Prozent), von der Krankenkasse bezahlte Präventionskurse (16 Prozent) und Prämien (13 Prozent).

Auffallend ist, dass Vorsorgeuntersuchungen bei Berufstätigen deutlich höher im Kurs stehen (48 Prozent) als bei Nicht-Berufstätigen (32 Prozent), die ein höheres Interesse an Gutschriften (31 Prozent) und Prämien (16 Prozent) haben (Berufstätige 23 Prozent bzw. 10 Prozent).

änd/Be

IT-Schutz im Mittelstand stagniert

Die Digitalisierung mittelständischer Unternehmen nimmt weiter zu. Trotzdem ergreift jeder zehnte Mittelständler keinerlei IT-Schutzvorkehrungen und mehr als jedes zweite Unternehmen sichert seinen E-Mailverkehr nicht vor Fremdzugriffen ab (55 Prozent). Diese Ergebnisse ermittelte der Verein „Deutschland sicher im Netz“ (DsiN) mit seinem Sicherheitsmonitor Mittelstand 2015.

73 Prozent der Unternehmen verzichten laut Studie auf IT-Schulungen ihrer Mitarbeiter. Dabei griffen inzwischen 65 Prozent der Mitarbeiter von außerhalb des Unternehmens auf das interne Firmennetz zu. 42 Prozent der Unternehmen nutzten soziale Netzwerke. „Die fatale Diskrepanz zwischen Digitalisierung und IT-Schutz setzt sich im fünften Jahr der Studierhebung weiter fort“, stellte DsiN fest. „Auch öffentlich diskutierte Sicherheitsvorfälle um die NSA oder den Deutschen Bundestag scheinen keine Verbesserung der IT-Schutzbereitschaft im Mittelstand zu bewirken – eher im Gegenteil“, resümiert der DsiN-Vorsitzende Hartmut Thomsen.

PM/Be

Orientierung

Sei es nun Ablenkung oder ernst gemeinter Problemlösungsansatz: man weiß es nicht so genau! Soll man wohl auch nicht, denn dann wäre Sozialpolitik selbsterklärend. Nun haben wir wieder eine Beitragssatzdiskussion in der GKV. Der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Jahr 2011 auf einheitlich 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2015 gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent, zusätzlich aber ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen in ihrer Satzung bestimmen können. Nach einigen Entlastungen im Jahre 2015 wird nun wieder das Niveau von 2011 erreicht – zum Teil sogar geringfügig überschritten. Stein des Anstoßes ist nun der gesetzlich auf 7,3 Prozent festgelegte Arbeitgeberanteil.

„Mit dem allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent hat man die Krankenkassen drei Jahre lang Überschüsse produzieren lassen“, erklärte ein Krankenkassenfunktionär dem *Handelsblatt*.

Die politisch gewollten neuen Gesetze kosten auch zusätzliches Geld, wie zum Beispiel das Hospiz- und Palliativgesetz, das eHealth-Gesetz, das Präventionsgesetz, das Krankenhausstrukturgesetz sowie das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Und damit sind die gebunkerten Milliarden schneller weg als gedacht.

Doch wie immer im Leben – es trifft nicht alle gleich, trotz Risikostrukturausgleich, wie die 2014 fast 540 Millionen, die die TK als sogenannte Dividende ausgeschüttet hat. Am Ende des Jahres 2014 verfügte die TK immer noch über mehr als 3,3 Milliarden Vermögen. Das ist etwa das Dreifache von dem der gleich großen BARMER GEK.

Objektiv gesehen sollten die geringen Veränderungen des Beitragssatzes in der GKV kein Aufreger von Bedeutung sein. Es sei denn, es handelt sich um Vorboten, die auch die Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland nicht ausklammern kann. Die Versorgung von Einwanderern mit oder ohne Asylstatus wird die staatlichen Haushalte und das umlagefinanzierte System der sozialen Sicherung in unkalkulierter Höhe belasten. Hinzu kommen Belastungen, die mit dem Begriff „Transferunion“ beschrieben werden. Gemeint sind Zahlungen Deutschlands an andere EU-Länder, die Stabilität und Haushaltsdisziplin anders gewichten als hierzulande.

Mittelbar wird auch die KZV S-H davon betroffen sein. Erinnern wir uns: von 1970 bis 1976 war der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2 Prozent auf 11,29 Prozent gestiegen. Man nannte die damalige Entwicklung „Kostenexplosion“. Als Orientierungsgröße in der Sozialpolitik wurde damals die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ausgerufen mit verschiedenen Facetten der Globalsteuerung und sektoraler Budgets.



Aus heutiger Sicht wäre allerdings ein durchschnittlicher Beitragssatz von 11,29 Prozent kein Merkmal einer Kostenexplosion, sondern ein Traumergebnis. Ob man bei derartigen Vergleichen von einer verlogenen Beitragsdebatte spricht oder von selbstzufrieden wirkenden Politikern umgeben ist – Probleme müssen so oder so gelöst werden und können nicht einfach umverteilt werden.

Der Philosoph Friedrich Nietzsche soll einmal gesagt haben: „Das Halbwissen ist siegreicher als das Ganzwissen: Es kennt die Dinge einfacher als sie sind und macht daher seine Meinung fasslicher und überzeugender.“

Auch ein Ansatz für eine Orientierung?

Dr. Peter Kriett
Vorstandsvorsitzender der
Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Schleswig-Holstein

Vertreterversammlung der KZBV in Hamburg: *Fortsetzung der Berichterstattung*

Vielfältige Aufgaben warten auf den Berufsstand

Im ersten Teil unseres Berichts zur Vertreterversammlung der KZBV Ende Oktober 2015 in Hamburg (vgl. *Zahnärzteblatt* 12/2015, S. 26ff) ging es unter anderem um die Behandlung von Flüchtlingen, die Neuaufstellung der Patientenberatungsstellen und Medizinische Versorgungszentren. Darüber hinaus beschäftigte die Delegierten eine Vielzahl weiterer Themen:

Telematik: Sanktionsregelungen streichen!

An der Grenze zum Slapstick bewegt sich nach wie vor das Thema Telematik und elektronische Gesundheitskarte. Man könnte beinahe darüber lachen – wenn nicht Zahnärzten und der KZBV – wie auch Ärzten und KBV – massive Sanktionen durch das eHealth-Gesetz drohten.

Die Erprobungsphase für die Online-Prüfung und -Aktualisierung der elektronischen Gesundheitskarte wurde bekanntlich bereits mehrfach verschoben: Die Industrie, die die dafür benötigten Komponenten liefern muss, hat nach Einschätzung des für Telematik zuständigen KZBV-Vorstandsmitglieds Dr. Günther Buchholz „die Komplexität des Projektes gehörig unterschätzt“. Klar ist, dass die Einhaltung der im eHealth-Gesetz vorgegebenen Fristen unmöglich ist – das stand bereits fest, bevor das Gesetz überhaupt in Kraft getreten war. Eine Anpassung der Fristen lehnt das Bundesgesundheitsministerium jedoch bisher ab. Daran änderte auch eine einstimmige Resolution der KZBV-Vertreterversammlung nichts, in der die Delegierten den Gesetzgeber aufforderten, die vorgesehenen Sanktionsregelungen bei Überschreiten der im Gesetz festgeschriebenen Fristen zu streichen.

Hinzu kommen weitere „Projektrisiken“, die Dr. Buchholz in Hamburg ausführlich erläuterte. Unsicherheitspotenzial birgt beispielsweise die

Sicherheitszertifizierung der Konnektoren und des Kartenterminals durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) für den Online-Betrieb mit der Telematikinfrastruktur. Auch eine Verkürzung der Erprobungsphase wurde nach Dr. Buchholz Angaben bereits ins Gespräch gebracht. Demnach steht zu befürchten, dass definierte Anforderungen aufgeweicht und die Testläufe damit zur Farce werden. Genau das Ministerium, das den Zahnärzten gesetzlich „massive Vorgaben“ in Sachen Qualität macht, nimmt nach Dr. Buchholz Beobachtungen bei der Telematik durchaus Abstriche in Kauf, „um nachweislich unhaltbare Fristen über das Gesetzgebungsverfahren zu

retten“. Beschließen sollen dass allerdings dann doch lieber die Gesellschafter der gematik.

Auch diese „als Reaktion auf den Verzug forcierte übereilte Einführung des Wirkbetriebs – ohne die Ergebnisse der Erprobung abzuwarten“ – lehnte die KZBV-VV in ihrer Resolution im Übrigen „entschieden“ ab. „Diese gehen zwangsläufig auf Kosten der Qualitätssicherung, des Datenschutzes und besonders der Praktikabilität der Prozesse“, monierten die Delegierten.

Zusätzlich ärgerlich ist es, so Dr. Buchholz weiter, dass aufgrund der gesetzten Fristen für das Versicherungstammdaten-Management die Realisierung jener beiden Anwen-



Der KZBV-Vorstand (von links):
Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Günther Buchholz und Dr. Wolfgang Eßer

Fotos: KZBV/Darchinger

dungen, die für die Zahnärzte neben der Arzneimitteldokumentation relevant wären, in den Hintergrund rücken: die qualifizierte elektronische Signatur und die „komfortable und sichere elektronische Kommunikation für die Leistungserbringer“.

„Bürokratiemonster“

Mehrfach haben die Zahnärzte bereits eine Entlastung von Bürokratie gefordert. Die Schilderung des stellvertretenden KZBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Jürgen Fedderwitz, der in Hamburg veranschaulichte, welche „Bürokratiemonster“ aktuell in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bestehen, ließ allerdings Zweifel daran aufkommen, dass die Bürokratie in absehbarer Zeit abnehmen wird.

Die Vertreterversammlung fasste noch eine Reihe weiterer politischer Beschlüsse. So forderten die Vorstände der AG KZVen aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein den KZBV-Vorstand auf, den „Prozess für den Erhalt der Freiberuflichkeit der Heilberufe“ in Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer „aktiv voran zu treiben und mit zu gestalten“. Hintergrund: In den vergangenen Jahren stellte die Europäische Kommission die Position der Freien Berufe immer wieder in Frage. Aktuell leitete sie im Juni 2015 gegen Deutschland und andere Mitgliedstaaten der Europäischen Union Vertragsverletzungsverfahren zu bestimmten länderspezifischen Regulierungsvorschriften ein, die sie als nicht vereinbar mit der Dienstleistungsrichtlinie erachtet.



Die schleswig-holsteinische Delegation (von links):

Dr. Joachim Hüttmann, Dr. Michael Diercks und Dr. Peter Kriett

Derartige Bestrebungen zur „undifferenzierten Deregulierung“ der Freien Berufe lehnt die VV der KZBV ab.

Auch durch weitere europäische „Deregulierungsbestrebungen“ sehen die Delegierten die besondere Verantwortung der Freien Heilberufe konterkariert. So wollen europäische Initiativen die Berufszugangsregeln für reglementierte Berufe einem „Binnenmarkttauglichkeitstest“ unterziehen. Stellvertretend für den Gesundheitsbereich ist auch der Beruf „Dentalhygieniker/in“ betroffen. Aus Gründen des Patientenschutzes sprach sich die KZBV-VV vorsorglich gegen eine Substitution zahnärztlicher Tätigkeiten aus: Die persönliche Verantwortung und Entscheidungskompetenz des Zahnarztes bei der Übertragung delegierbarer Teilleistungen an nicht-zahnärztliche Gesundheitsberufe unter zahnärztlicher Aufsicht und Kontrolle auf Grundlage

des Zahnheilkundegesetzes müsse gewahrt bleiben.

Ebenfalls auf die europäische Ebene zielte eine einstimmige Forderung der KZBV-Delegierten an die Bundesregierung und europäische Institutionen, insbesondere die Europäische Kommission, ab, Dienstleistungen im Gesundheitsbereich von der Normierung durch das Europäische Komitee für Normung (CEN) auszuschließen: Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient entziehe sich jeder „Normungsabsicht“, hieß es zur Begründung.

Drei Beschlüsse beruhten auf Initiativen unter schleswig-holsteinischer Beteiligung: Die VV lehnte nochmals die geplanten Änderungen im SGB V





durch das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen ab: Dies stelle die Ärzte- und Zahnärzteschaft zukünftig unter einen Generalverdacht der Korruption. Um GKV-Versicherte am zahnmedizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen, soll sich der KZBV-Vorstand zudem nach dem Willen der VV für eine Aufhebung des Zuzahlungsverboteseinsetzen.

Den im August vorgelegte Bericht „Mehr Zeit für Behandlung –

Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ des Nationalen Normenkontrollrates nahmen die Delegierten zum Anlass, nun die umgehende Umsetzung der im Bericht aufgeführten Vorschläge einzufordern.

Haushalt

Entgegen der Ankündigung im letzten Jahr wird es 2016 nun doch keine Erhöhung des Monatsbeitrages geben, den die KZBV für jedes beitragspflichtige Mitglied der KZVen fordert. Das allerdings liegt unter anderem an einer „Umwidmung“ des zeitlich begrenzten Sonderbeitrags, der für 2015

in Höhe von 0,75 Euro pro Mitglied erhoben wurde. Dieser Sonderbeitrag wird nach dem Beschluss der KZBV-Vertreterversammlung für das Haushaltsjahr 2016 in einen Grundbetrag umgewandelt. Für 2017 kündigte das für den Haushalt zuständige KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Buchholz nun wiederum eine Beitragserhöhung an und verwies insbesondere auf den erhöhten Mitarbeiterbedarf bei der KZBV, um den gesetzlichen Anforderungen „in bewährter Qualität“ gerecht zu werden.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Freiheit und Verantwortung

Freiheit und Verantwortung – das waren die Leitgedanken der KZBV-Vertreterversammlung in Hamburg. Dem zugrunde lag das von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer und Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) neu erarbeitete Leitbild „Zukunft der zahnärztlichen Berufsausübung“.

Offiziell vorgestellt wurde das Leitbild anlässlich der Pressekonferenz zum Bundeszahnärztetag am 31. Oktober. Bereits drei Tage vorher hielt DGZMK-Präsidentin Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke vor der KZBV-Vertreterversammlung einen standespolitischen Vortrag zum Thema „Freiheit und Verantwortung“ – vor dem Hintergrund eben des gemeinsamen Leitbilds.

Bereits mit der Wahl seines Studienfachs übernehme ein Studierender der Zahnmedizin eine besondere Verantwortung,



die mit dem Beruf des Zahnarztes verbunden sei. Eine bestmögliche Aus-, Fort- und Weiterbildung seien selbstverständlich. Dabei betonte Prof. Kahl-Nieke vor allem die besondere ethische Verpflichtung von Heilberuflern. Dazu gehöre auch „null Toleranz“ gegenüber korruptem Verhalten. Die Zahnärzteschaft bekenne sich zudem klar zu Qualität und Qualitätssicherung sowie zu einer wissenschaftlich fundierten Behandlung.

Ebenso wie vor ihm bereits Prof. Kahl-Nieke betonte auch der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Eßer das besondere Verhältnis zu Freiheit und Verantwortung, das die Zahnärzte auszeichne. Tragende Werte für den Berufsstand seien Freiberuflichkeit und Gemeinwohlverpflichtung, ergänzte er. Freiberuflichkeit sei ein Grundwert, der „nicht Selbstzweck, sondern Herausforderung und Verpflichtung zugleich ist.“ Die Zahnärzteschaft „bekennt sich zu der Verantwortung für die Gesellschaft und betont die Eigenverantwortung der Menschen im System der sozialen Krankenversicherung im Sinne der individuellen Gesundheitsversorgung.“

Das Leitbild „Zukunft der zahnärztlichen Berufsausübung“ kann unter www.kzbv.de eingesehen und heruntergeladen werden.

Festakt zur Eröffnung des Deutschen Zahnärztetages 2015

„Mehr Forschung in der Zahnmedizin“

Mit einem Festakt im Hamburger Hotel Atlantik begann am 29. Oktober 2015 der Deutsche Zahnärztetag – der wissenschaftliche Teil fand eine Woche später in Frankfurt statt. Festredner Prof. Dr. Karl Max Einhäuptl, Vorstandsvorsitzender der Charité-Universitätsmedizin Berlin, plädierte in seinem Vortrag „Forschungsfortschritt und Solidarprinzip“ für mehr und bessere Forschung in der Zahnmedizin.

Mit einer kritischen Bemerkung, die in eine ähnliche Richtung zielte, hatte er sich vor zehn Jahren in der Zahnärzteschaft nicht unbedingt beliebt gemacht; nun habe er, wie er eingangs bemerkte, „dazugelernt“. In Hamburg konstatierte er denn auch eine positive Entwicklung, nachdem die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten in der Zahnmedizin von 400 im Jahr 2005 auf immerhin 700 im Jahr 2014 gestiegen sei.

Einhäuptl trat insbesondere für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin und Materialwissenschaft ein. Die Zahl der zahnmedizinischen Fakultäten sei allerdings so gering, dass Kooperationen schwer fielen, diagnostizierte er. Außerdem müssten auch Aversionen überwunden werden, als Mediziner mit der Industrie zusammenzuarbeiten.

Die Feminisierung der Medizin werde den Ärztemangel weiter verstärken, fuhr Einhäuptl fort – wobei er weniger ein Fehlen von Ärzten, sondern vielmehr ein Verteilungsproblem sieht. Es gelte, Anreize für junge Menschen zu schaffen, in die Wissenschaft zu gehen, schloss er.

„Deutschland hat das beste Gesundheitssystem der Welt“, konstatierte Einhäuptl. Es sei solidarisch finanziert, und die Bevölkerung habe

freien Zugang zu allen medizinischen Leistungen. Doch das Solidarprinzip sei durch den medizinischen Fortschritt in Gefahr: Spätestens ab 2030 werde man über die Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen diskutieren.

Drei Forderungen stünden derzeit im Vordergrund, listete Einhäuptl auf: medizinische Innovationen sollten schneller ans Krankenbett gebracht werden, Gesundheitsgüter sollten bezahlbar bleiben und gerecht verteilt werden. Das Problem der modernen Medizin seien nicht steigende Preise, sondern vielmehr die verbesserten medizinischen Möglichkeiten, die wiederum die Kosten anwachsen ließen. Der Bedarf an Medizin sei nach oben unbegrenzt. Und spätestens dann, wenn die Gemeinschaft die Kosten für den Einzelnen nicht mehr tragen könne, drohe eine Entsolidarisierung unseres Gesundheitssystems.

Zu den Kostentreibern zählte Einhäuptl die demographische Entwicklung, aber auch die evidenzbasierte Medizin, die immer größere Anforderungen mit sich bringe. Gleichzeitig würden die „Innovationszyklen“ immer schneller, Volkskrankheiten nähmen zu, personalisierte und Präzisionsmedizin verursachten hohe Kosten. Zudem wird Prävention das Gesundheitswesen nach Einhäuptls Einschätzung verteuern und nicht etwa verbilligen: „Es ist eine Illusion, dass man damit Kosten spart“, erklärte er.

In diesem Zusammenhang ging Einhäuptl auch auf die „Krise der öffentlichen Dienstleistungen“ in vielen Be-



Prof. Dr. Karl Max Einhäuptl hielt den Festvortrag

reichen der Gesellschaft ein, die nicht zu bewältigen sei. Der Investitionsbedarf beispielsweise bei Krankenhäusern und Schulen sei vom Staat nicht finanzierbar. Die Schere zwischen Kosten und Falleinnahmen gehe im Krankenhausbereich immer weiter auseinander. „Gegenmaßnahmen“ seien etwa „cost-cutting“ durch Leistungsverdichtung und „stille Rationierung“ – zum Beispiel im Falle der Nachtschwester, die für immer mehr Patienten zuständig ist. „Leistungserweiterung“ – Abbau der Betten und Anstieg der Fallzahlen – oder „Rosinenpickerei“ schilderte der Referent als weitere Folgen.

Großes Lob zollte Einhäuptl den Zahnärzten bei der Versorgung von Flüchtlingen: „Sie sind bei der Hilfestellung am wenigsten präventiv“, meinte er und sprach sich zugleich für die Akzeptanz auch „unkonventioneller Lösungen“ aus: Schließlich handele es sich nicht um eine „Krise“, sondern um einen „Katastrophenfall“.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Baustelle eGK und Telematikinfrastuktur

Für den 1. Januar 2006 war die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte laut SGB V ursprünglich geplant. Doch erst neun Jahre später wurde die eGK tatsächlich zum verbindlichen Versicherungsnachweis. In ihrer Funktion unterscheidet sie sich allerdings bisher nicht von ihrer Vorgängerin, der Krankenversichertenkarte.

Und nach wie vor macht das Mammut-IT-Projekt vor allem durch diverse Baustellen von sich reden. Einige davon beschrieb RD Walter Ernestus aus dem Referat VI der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in einer Infobörse anlässlich der Sommerakademie des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz in Schleswig-Holstein.

Unter den Heilberuflern sorgten zuletzt Terminverzögerungen bei der Lieferung der Konnektoren, die für eine sichere Verbindung in die Telematikinfrastuktur sorgen sollen, für Unmut. Die Erprobung der Online-Anwendungen in den Testregionen, zu denen auch Schleswig-Holstein gehört, sollte zuletzt im November 2015 beginnen und wurde aufgrund dessen nun auf 2016 verschoben. Gleichzeitig sieht das eHealth-Gesetz Sanktionen bei den beteiligten Körperschaften vor, wenn der Rollout der Telematikinfrastuktur nicht zum 1. Juli 2016 beginnen kann – ein Termin, der mit der neuerlichen Verzögerung nach Ansicht der Betreibergesellschaft gematik nun schwer zu halten sein wird.

Mehrfach hatten verschiedene Gremien der Ärzte- und Zahnärzteschaft ohnehin ihre Kritik an gesetzlich festgeschriebenen Sanktionsmaßnahmen zum Ausdruck gebracht – zumal sie auf die Einhaltung der Fristen aufgrund der Einbindung der Industrie keinen Einfluss haben. Auch das Versichertenstammdaten-Management und damit die Verlagerung von Verwaltungsaufgaben der Krankenkassen in die Arzt- und Zahnarztpraxen lehnen die Heilberufler ab.

Weitere „Baustellen“ zählte der Informatiker Walter Ernestus auf, der das Projekt eGK in der Bundesdatenschutzbehörde von Beginn an begleitet hat. Seine Ausführungen belegen vor allem eines: Die Politik hat ihre Hausaufgaben noch lange nicht erledigt.

Da wäre zunächst einmal die „PIN-Problematik“. Der Zugriff auf die Versichertendaten ist gesetzlich an das Vorhandensein einer Autorisierung durch den Versicherten selbst und an einen Heilberufeausweis bzw. eine Signaturkarte geknüpft. Die ursprünglich vorgesehene Vorgehensweise – Freischaltung der Karte auf Versicherten-

seite mit Hilfe einer PIN – entsprach nicht den datenschutzrechtlichen Anforderungen, da der Arzt dadurch Zugriff auf alle Daten erhalten hätte. Die Lösung: Die Karte wird nun zunächst durch eine PIN freigeschaltet, um beispielsweise sensible administrative Daten lesen zu

können. Gleichzeitig ist es möglich, auch jede einzelne Anwendung durch eine PIN zu schützen. Vorgesehen sind sieben Anwendungen: das elektronische Rezept, Notfalldaten, der elektronische Arztbrief, Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit, die elektronische Patientenakte, die Patientenquittung und eine Erklärung des Patienten zur Organ- und Gewebespende.

Die Umsetzung aller Anwendungen würde also zur Folge haben, dass ein Versicherter sich bis zu acht PINs merken muss. Das gehe an der „Lebenswirklichkeit“ vorbei, meint Ernestus. Eine praktikable Lösung sei derzeit nicht in Sicht, die Diskussion sei daher auch nicht zu Ende geführt worden, sagte er. Sie werde jedoch wieder aufleben, sobald die Karte online geht – also irgendwann in diesem Jahr. Dann müsse ein gangbarer Weg gefunden werden, um IT-Sicherheit, Datenschutz, Praxistauglichkeit und technische Entwicklung unter einen Hut zu bringen.

Sobald die eGK online geht, ergibt sich ein weiteres Problem, fuhr Ernestus fort. Denn: Viele Arztpraxen sind heute bereits online und nutzen beispielsweise das Safenet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Datenaustausch. Die Anbindung dieser Praxen an die Telematikinfrastuktur habe nun die Folge, dass entweder die bereits genutzten Netze in separaten Praxis-Teilnetzen betrieben oder aber in die Telematikinfrastuktur integriert werden



müssten, um ein gleichbleibendes Sicherheitsniveau aufrechterhalten zu können.

Wer unterschiedliche Netze neben der Telematikinfrastruktur betreiben wolle, müsse durch ein Sicherheitskonzept nachweisen, dass die Praxen in diesen Fällen unbefugte Zugriffe auf die medizinischen Daten der Patienten ausschließen können: „Eine Netztrennung beim Leistungserbringer wäre unumgänglich“, erklärte Ernestus. Dass allerdings besagte „Leistungserbringer“ eine solche Investition auf sich nehmen würden, hält er für unwahrscheinlich. Auch hier steht eine Lösung des Problems noch aus.

Die Frage, wie der Versicherte die Hoheit über seine Daten ausüben, sie also lesen, speichern, verbergen und auch löschen kann, ist ebenfalls nicht geklärt. Muss dies zum Beispiel immer in „räumlicher Nähe“ zu einem Arzt oder Apotheker geschehen, oder geht es auch unabhängig ohne Arzt und seinen Heilberufsausweis? Und wenn es ohne den Heilberufsausweis mit einer Signaturkarte in der Hand des Versicherten funktionieren soll: Wie kann man sicherstellen, dass die vorhandene Signaturkarte auch tatsächlich dem Besitzer der eGK gehört? „Ein Konzeptpapier gibt es hierzu noch nicht“, stellte Ernestus fest.

Ebenso vage sind derzeit die Vorstellungen darüber, wie der Versicherte in der Arztpraxis seine Daten einsehen könnte. Hier mache das Modell eines „eHealth-Kiosks“ die Runde, beschreibt Ernestus. Ein Geschäftsmodell allerdings, das die Frage „Wer zahlt?“ beantworten würde, existiere nicht. „Weder Leistungserbringer noch Kassen sehen ihre Aufgabe im Bereitstellen eines solchen Gerätes, zumal damit erhebliche Kosten verbunden

sind und eventuell auch Haftungs- und Sicherheitsfragen“. Möglicherweise werde es ein solches Terminal nie geben, befürchtet Ernestus: „Es dient nur dem Datenschutz und hat keine Sicherheitsfunktion, deshalb wird von keiner Seite besonders darauf gedrängt, solche Geräte zu entwickeln.“

Für die Anwendung „Patientenfach“ gebe es zwar Eckpunkte, ein Konzept liege jedoch auch hier nicht vor, setzte Ernestus seine Aufzählung fort. Das Patientenfach soll vom Versicherten selbst oder für ihn zur Verfügung gestellte Daten aufnehmen.

Ernestus thematisierte zudem auch die Frage der Speicherfrist medizinischer Daten: Wer löscht die – verschlüsselten – Daten nach dem Tod des Versicherten, und wie? Auch dieses Problem warte noch auf eine Lösung.

„Die Nutzung der eGK hängt sehr stark von Vertrauen, Sicherheit und Transparenz ab“, resümierte Ernestus in Kiel. „Hier gibt es Defizite!“ Die Beteiligung der Versicherten und die Wahrnehmung ihrer Rechte seien im Falle der eGK „eher unterentwickelt“. Datenschutzlücken könnten den „Erfolg“ der eGK gefährden. Andererseits ließen sich IT-Sicherheit und Datenschutz nicht immer unter einen Hut bringen. Datenschutzrechtliche Forderungen, die an der „Lebenswirklichkeit“ vorbeigehen, lehnte Ernestus dabei ab. Unklar sei auch, wie die schnelle technologische Entwicklung in das Projekt integriert werden kann.

Spätestens, wenn die eGK 2016 online geht, werden die Probleme gelöst sein müssen – eigentlich.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Parität in der VV der KBV:

BMG erlässt Ersatzvornahme

In der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sollen Haus- und Fachärzte nach dem Willen der Bundesregierung über ihre Anliegen getrennt voneinander bestimmen. Eine entsprechende Regelung im Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass in der KBV-VV über hausärztliche Belange nur die Vertreter der Hausärzte und über fachärztliche Belange nur die Vertreter der Fachärzte abstimmen sollen. Bei gemeinsamen Abstimmungen müssen die Stimmen so gewichtet werden, dass eine Parität zwischen Haus- und Fachärzten besteht.

Eine Änderung der KBV-Satzung scheiterte jedoch bisher am Votum der VV: Sie stimmte zwischen September und Dezember 2015 insgesamt dreimal gegen die Parität. Wie das *Deutsche Ärzteblatt* berichtet, nahm die VV mit der Entscheidung, die ge-

setzliche Vorgabe nicht umzusetzen, eine Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministeriums offenbar billigend in Kauf. Jede noch so gut austarierte Lösung sei letztlich ein Weg in die Separierung, hieß es demnach. Die Mehrheit der KBV-VV befürchte, dass die strikte Trennung von haus- und fachärztlichen Belangen eine Spaltung der Körperschaft und damit deren politische Schwächung befördern könne, mutmaßt das *Ärzteblatt*.

Tatsächlich schaltete sich im Dezember das Bundesgesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde ein. Am 5. Januar erlangte dessen so genannte Ersatzvornahme durch Veröffentlichung im *Deutschen Ärzteblatt* Rechtsgültigkeit.

Nach Informationen des *Ärzteblattes* hat die KBV fristwährend Klage gegen die Maßnahme des BMG eingereicht. Dies hat allerdings keine aufschiebende Wirkung. *Be*

OECD-Gesundheitsbericht 2015

Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?

Der Anstieg der Ausgaben für Gesundheit hat in Deutschland in jüngster Zeit etwas nachgelassen. Die Wachstumsraten liegen dennoch über dem OECD-Schnitt.

Das geht aus dem Bericht „Health at a Glance 2015“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hervor, der die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme und den Gesundheitszustand der Bevölkerungen in den 34 OECD-Mitgliedsstaaten, Kandidaten- und Schwellenländern vergleicht.

Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben wuchsen in Deutschland zwischen 2009 und 2013 inflationsbereinigt im Schnitt um jährlich zwei Prozent – zwischen 2005 und 2009 waren es noch drei Prozent gewesen. In den OECD-Staaten stiegen die Ausgaben 2009 bis 2013 dagegen nur um durchschnittlich 0,6 Prozent. Das allerdings liegt unter anderem auch an der Wirtschafts- und Finanzkrise: In besonders betroffenen Ländern sanken die Ausgaben teilweise stark, da vor allem öffentliche Mittel für Gesundheit reduziert wurden.

11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts wendete Deutschland im Jahr 2013 für Leistungen und Güter des Gesundheitswesens auf. Der OECD-Schnitt lag bei 8,9 Prozent.

Im Vergleich sind die Gesundheitsausgaben pro Person in Deutschland hoch: Im Durchschnitt lagen sie 2013 bei 4.819 US-Dollar pro Person. Vor Deutschland lagen nur Schweden (4.904 Dollar), die Niederlande (5.131 Dollar), Norwegen (5.862 Dollar), die Schweiz (6.325 Dollar) und – mit großem Abstand – die USA (8.713 Dollar).

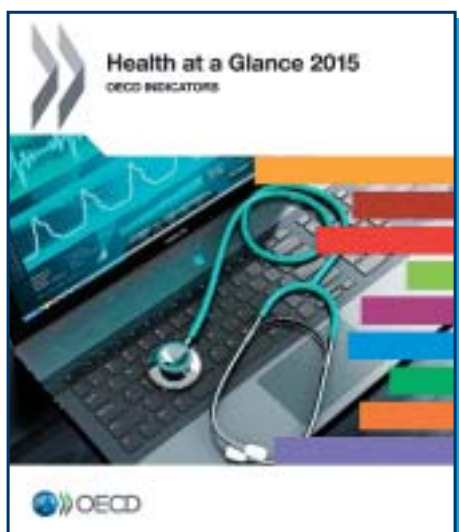
Vor allem für Arzneimittel gibt Deutschland mehr aus als die meisten OECD-Länder: im Jahr 2013 kaufkraftbereinigt 678 Dollar pro Kopf. Von den Ausgaben in den USA (über 1.000 Dollar pro Kopf) ist es damit zwar noch weit entfernt, und auch Japan, Griechenland und Kanada geben mehr für Arzneimittel aus. Dennoch lag Deutschland 30 Prozent über dem OECD-Schnitt.

Dass die Arzneimittelausgaben so stark angestiegen sind, kann laut Bericht zum Teil durch die Einführung sehr teurer Medikamente etwa gegen Hepatitis C erklärt werden. Auch der Rabatt, den Hersteller Krankenkassen für patentgeschützte Arzneimittel gewähren müssen, sei zum Beginn des Jahres 2014 gesunken. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) wies gegenüber dem Informationsdienst OPG außerdem darauf hin, dass bei dem Vergleich unter den OECD-Staaten die unterschiedlichen Mehrwertsteuersätze nicht herausgerechnet würden. Deutschland sei eines

der wenigen Länder, die den vollen Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel erheben, so der BPI.

Zu konstatieren ist jedoch auch, dass die Deutschen viele Arzneimittel einnehmen. Bei einigen Medikamenten sind sie Spitzenreiter im Verbrauch. Das gilt vor allem für Blutdrucksenkende Arzneimittel (575 Tagesdosen je 1.000 Einwohner). Deutsche Patienten liegen damit 80 Prozent über dem Durchschnittsverbrauch in der OECD. Beim Konsum von Antidiabetika kommt Deutschland hinter Finnland auf den zweiten Platz und übertrifft den OECD-Durchschnitt um 30 Prozent. Zwischen 2000 und 2013 hat sich der Verbrauch fast verdoppelt. Die Zunahme von Diabetes hänge einerseits mit der Alterung der Gesellschaft zusammen – aber auch mit dem Anstieg von Risikofaktoren wie Übergewicht bzw. Adipositas, warnt die OECD.

Stark zugenommen hat der Verbrauch von Antidepressiva. Hier liegt Deutschland mit 53 Tagesdosen pro 1.000 Einwohner zwar noch etwas unter dem OECD-Schnitt von 58 Tagesdosen. Im Jahr 2000 allerdings waren es erst 21 Tagesdosen gewesen. Im gleichen Zeitraum wuchs auch die Anzahl der durch Depression verursachten Krankheitstage. Es sei jedoch noch nicht abschließend geklärt, ob psychische Erkrankungen heute häufiger diagnostiziert werden, weil sie weiter verbreitet sind als noch vor einigen Jah-



ren oder ob die gestiegene gesellschaftliche Akzeptanz es leichter mache, über die Krankheit zu sprechen, heißt es in dem Einzelbericht der OECD zu Deutschland.

Die Lebenserwartung der Deutschen liegt mit 80,9 Jahren im Jahr 2013 leicht über dem OECD-Schnitt von 80,5 Jahren. Am längsten leben die Japaner (83,4 Jahre) und die Spanier (83,2 Jahre). Die US-Amerikaner sterben dagegen im Schnitt bereits mit 78,8 Jahren. Zu verdanken ist die Steigerung der Lebenserwartung in Deutschland vor allem dem starken Rückgang der Todesfälle bei Herz-Kreislaufkrankungen.

Die erreichten Erfolge allerdings werden durch die zunehmende Verbreitung von Übergewicht und Fettleibigkeit gefährdet. Anlass zur Sorge gibt vor allem die Geschwindigkeit, mit der die Zahl der übergewichtigen Deutschen in den letzten Jahren gestiegen ist. Im Jahr 2000 waren etwa 20 Prozent der Bundesbürger ab 15 Jahren fettleibig. 2013 lag die Zahl bereits bei 24 Prozent – und damit deutlich über dem Durchschnitt der in diesem Zusammenhang untersuchten 28 OECD-Staaten (18 Prozent). Der Anteil fettleibiger Menschen ist zwar in Ländern wie den USA (35 Prozent) und Mexiko (32 Prozent) nach wie vor sehr viel höher. Doch Deutschland landete in der Adipositas-Statistik der OECD immerhin an neunter Stelle.

Bei einigen Indikatoren der Versorgungsqualität erzielt Deutschland im OECD-Vergleich durchaus gute Werte. Dennoch ist die Qualität laut OECD-Bericht nicht in jedem Fall überdurchschnittlich. Als einen Indikator für die Qualität der medizinischen Primärversorgung nennt die Organisation die Anzahl der potenziell vermeidbaren

Krankenhausaufenthalte. Hier schneidet Deutschland weniger gut ab – seine Einweisungsraten für chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz sind weit höher als im OECD-Schnitt.

Das mag auch damit zusammenhängen, dass der Anteil der Hausärzte an der Gesamt-Arztzahl immer weiter abnimmt: Er sei in Deutschland in den vergangenen Jahren von über 50 auf etwas über 40 Prozent gesunken, stellt die OECD fest und folgert, die Primärversorgung müsse gestärkt werden. Dadurch seien auch deutlich teurere Krankenhausfälle zu vermeiden.

Gut ist in Deutschland dagegen die Akutbehandlung im Krankenhaus nach einem Schlaganfall: Die Überlebensrate ist hier besser als in den meisten anderen Ländern. Leicht unter dem OECD-Schnitt liegt sie dagegen bei Patienten, die mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert werden.

Die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten ist in Deutschland immer noch hoch (8,3 Betten pro 1.000 Einwohner). Im internationalen Vergleich sinke die Zahl der Betten nur langsam, konstatiert die OECD. Lediglich in Japan (13,3 Betten), Korea (11 Betten) und Russland (9,1 Betten) stehen noch mehr Krankenhausbetten zur Verfügung. Die niedrigsten Bettenzahlen in Europa haben Schweden (2,6 pro 1.000 Einwohner) und Großbritannien (2,8).

Dazu passt, dass nur Österreich noch mehr Krankenhausesentlassung (266) pro 1.000 Einwohner zu verzeichnen hat als Deutschland (252). Der OECD-Schnitt liegt bei 155. Ein Thema ist hierzulande die nach wie vor hohe Zahl der Hüftoperationen. Hier steht Deutschland nach der Schweiz an zweiter Stelle: 283 Hüftgelenke je 100.000 Einwohner wurden

2013 ausgetauscht. Im OECD-Schnitt waren es 161.

Das deutsche Gesundheitswesen sei gekennzeichnet durch ein hohes Angebot an Gesundheitsfachkräften, die einen guten Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen sicherstellten, bemerkt die OECD weiter. Es gebe in Deutschland mehr Ärzte (4,1 je 1.000 Einwohner) und Krankenpfleger (13 je 1.000 Einwohner) als im OECD-Durchschnitt (3,3 bzw. 9,1). Die Integration ausländischer Ärzte in das deutsche Gesundheitssystem habe dazu beigetragen, die Verfügbarkeit von Ärzten zu erhöhen.

Ihr Anteil an allen praktizierenden Ärzten ist in Deutschland von 3,7 Prozent im Jahr 2000 auf 9,5 Prozent im Jahr 2014 gewachsen. Dennoch ist der Anteil ausländischer Ärzte hier immer noch geringer als in anderen OECD-Staaten. Der Schnitt liegt bei 17,3 Prozent, in Israel sind über die Hälfte (58,5 Prozent) der Ärzte ausländischer Herkunft, in Neuseeland immerhin 43,6 Prozent.

Die meisten der in Deutschland praktizierenden ausländischen Ärzte kommen aus anderen EU-Staaten, vor allem aus Rumänien, Polen, Griechenland und Österreich. 1.400 Mediziner, die in Deutschland praktizieren, stammten 2014 bereits aus Syrien. Die Anzahl ausländischer Ärzte werde wohl noch weiter ansteigen, vermutet die OECD. „Sie werden somit einen Teil des wachsenden Bedarfs an medizinischen Leistungen abdecken müssen, welcher durch einen zu erwartenden Anstieg von chronischen Erkrankungen in einer alternden Gesellschaft hervorgerufen wird.“

Der Personalbedarf sei hoch, konstatierte Stefan Kapferer, stellvertretender Generalsekretär der OECD –



und ehemaliger Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium – bei der Vorstellung des Berichts. Daher müsse die Ausbildungsrate in Deutschland erhöht werden.

Denn die deutschen Ärzte sind vergleichsweise alt. 42 Prozent sind mindestens 55. Nur in Belgien, Estland, Frankreich, Italien und Israel sind die Mediziner noch älter. In Großbritannien dagegen haben erst 13 Prozent der Ärzte das Alter von 55 Jahren erreicht. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 33 Prozent.

Wie steht nun also das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich da: „Nur durchschnittlich gut, aber überdurchschnittlich teuer“, wie das *Handelsblatt* kommentierte? Oder eher doch „gut, aber teuer“, wie die *Süddeutsche Zeitung* meinte? Insgesamt ergibt sich – wie für die meisten anderen Länder auch – ein gemischtes Bild. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist in Deutschland gut, im internationalen Vergleich sind die Wartezeiten kurz, die finanzielle Eigenleistung der Patienten ist eher gering, dafür gibt es

ausgeprägte Wahlmöglichkeiten, konstatiert die OECD. „Health at a Glance“ zeigt aber auch, dass keines der OECD-Länder in allen Kategorien zur Spitzengruppe gehört – selbst wenn es erhebliche Summen in sein Gesundheitswesen investiert. Die Qualität der Gesundheitsversorgung stehe mit den Kosten „nur bedingt“ in Zusammenhang, schreibt die OECD. In vielen Ländern besteht demnach Verbesserungsbedarf – auch in Deutschland.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Dienstjubiläen 2015 bei der KZV Schleswig-Holstein



von links: Corinna Bölke, Sandra Fischer, Brigitte Knievel und Ute Voß



Birte Joosten

Dreizehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KZV Schleswig-Holstein begingen im Jahr 2015 ein besonderes Dienstjubiläum:

Seit vierzig Jahren bei der KZV beschäftigt ist Ute Voß aus der Abrechnungsabteilung.

Corinna Bölke und Brigitte Knievel – beide ebenfalls aus der Abrechnungsabteilung – feierten ihr dreißigjähriges Dienstjubiläum. Auf 25 Jahre Tätigkeit bei der KZV S-H konnten 2015 Sandra Fischer (Abrechnungsabteilung) und Birte Joosten (Prüfwesen) zurückblicken.

Seit zwanzig Jahren bei der KZV beschäftigt sind Jens Petersen (Schreibbüro), Irina Strauß (Abrechnungsabteilung), Birgit Ves-

permann (Abrechnungsabteilung), Sabine Rinschen (Personalverwaltung und Sekretariat) sowie Ursula Wester (Anmeldung). Ihr zehnjähriges Dienstjubiläum feierten Jörn-Henry Meyer (Rechnungslegung), Monique Barufke und Kirsten Böhmer (beide aus der Abrechnungsabteilung).

Der Vorstand der KZV Schleswig-Holstein gratuliert allen Jubilarinnen und Jubilaren ganz herzlich. Er bedankt sich für die langjährige gute und engagierte Zusammenarbeit und wünscht alles Gute für die Zukunft. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KZV S-H schließen sich den Glückwünschen an.

KZV S-H

Ist der G-BA ausreichend demokratisch legitimiert?

Verfassungsbeschwerde verworfen

Ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) rechtlich ausreichend legitimiert, um Entscheidungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu treffen?

Angesichts der Machtfülle des G-BA ist diese Frage von einiger Brisanz.

Rückendeckung erhielt der Ausschuss durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVG) in Karlsruhe – zumindest erst einmal.

Das BVG verwarf im November 2015 eine Verfassungsbeschwerde, in der die demokratische Legitimation des G-BA angezweifelt wurde, als unzulässig: Sie sei nicht hinreichend begründet worden, monierten die Karlsruher Richter: Das Vorbringen – „durchaus gewichtiger“ – genereller und allgemeiner Zweifel reiche nicht aus. Vielmehr bedürfe es konkreter Ausführungen nicht nur zum Einzelfall, „sondern auch zur Ausgestaltung der in Rede stehenden Befugnis, zum Gehalt der Richtlinie und zur Reichweite der Regelung auf an ihrer Entstehung Beteiligte oder auch unbeteiligte Dritte.“ Außerdem habe die Klägerin den regulären Rechtsweg noch nicht ausgeschöpft.

Die Verfassungsbeschwerde wurde also aus formalen Gründen verworfen. Dennoch verpasste das Gericht dem G-BA zumindest einen kleinen Dämpfer. Aufhorchen lassen einige Randbemerkungen: „Würde eine zur Behandlung einer Krankheit benötigte Leistung in einem Entscheidungsprozess verweigert, der verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht genügt, wären Versicherte in ihren Grundrechten verletzt“, heißt es in dem Beschluss. Es sei nicht ausgeschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss „für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitzt, während sie für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren

Entstehung nicht mitwirken konnten.“ Maßgeblich sei dafür insbesondere, „inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist.“

Auswirkungen auf das laufende Geschäft des G-BA hat die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts allerdings zunächst einmal nicht. Der Beschluss bedeute, „dass der G-BA aktuell seine vielfältigen und wichtigen gesetzlichen Aufgaben fortführen kann“, zitiert der Informationsdienst OPG den unparteiischen G-BA-Vorsitzenden Prof. Josef Hecken. Ob sich aus dem Beschluss möglicherweise dennoch gesetzliche „Nachschärfungen“ ergäben und wie diese dann aussähen, könne und müsse nun sorgfältig geprüft werden.

Wenige Tage vor Bekanntwerden des Beschlusses hatte es Spekulationen darüber gegeben, dass der Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts Prof. Ferdinand Kirchhof Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses haben könnte. Anlass war ein Vortrag zum Thema „Verfassungsrechtliche Leitlinien der Sozialversicherung“, den er vor Mitgliedern der „Juristischen Gesellschaft zu Kassel“ gehalten hatte und über den die FAZ berichtete. „Zuhörer“ hätten aus seinen Ausführungen geschlossen, Kirchhof sehe beim G-BA das Demokratieprinzip verletzt, so die Zeitung. Der Vortrag habe sich jedoch „nicht mit laufenden Verfahren, sondern mit in der Wis-

senschaft seit langem diskutierten Fragestellungen“ befasst, ließ ein Gerichtssprecher die *Presseagentur Gesundheit* wissen. Der Gesichtspunkt des Demokratieprinzips sei „nur ein Aspekt unter vielen“ gewesen.

Hintergrund für den Beschluss ist die Verfassungsbeschwerde einer Frau, die aufgrund einer Blasenerkrankung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Medizinprodukt versorgt werden wollte, das vom G-BA nicht in die Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen worden ist. Das Bundessozialgericht hatte eine Klage auf Verpflichtung der Krankenkasse, die Patientin mit diesem Produkt zu versorgen, zurückgewiesen: Der G-BA habe die Befugnis, über das erforderliche Niveau der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entscheiden. Dagegen hatte die Patientin Verfassungsbeschwerde eingelegt. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfassten alle an der Krankenversorgung Beteiligten „ohne eine hinreichende Steuerung durch parlamentarisches Gesetz oder durch Weisung und Aufsicht der Gesundheitsbehörden“, monierte sie. Die Mitglieder des G-BA seien völlig weisungsunabhängig. „Die vom Demokratieprinzip erforderte Legitimationskette vom Volk über das Parlament zum Gemeinsamen Bundesausschuss fehle gänzlich.“

Be

23. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag | 16. April | Holstenhallen Neumünster

„Der Zahnarzt im Netzwerk – Interdisziplinäre Zahnmedizin“



In diesem Zahnärzteblatt setzen wir die Vorstellung der Referenten des 23. Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetages mit Dr. Jörg Schröder und Dr. Michael Diercks fort.

Der Weg an die Spitze

Endodontie bei schwierigen Zähnen

Die Endodontie hat sich im vergangenen Jahrzehnt geradezu rasant entwickelt. Die Einbeziehung neu entwickelter Geräte und Materialien hat Möglichkeiten zum Erhalt natürlicher Zähne geschaffen, die noch vor wenigen Jahren undenkbar gewesen wären. Fragment- und Stiftentfernungen, Revisionsbehandlungen nach Resektionstherapie und die mechanische Aufbereitung stark gekrümmter Kanalsysteme können mit hoher Vorhersagbarkeit durchgeführt werden. Sogar die Revitalisierung pulpatoter

Zähne ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

Bei aller Begeisterung für die neuen Möglichkeiten sollten dabei aber die Grundprinzipien nicht außer Acht gelassen werden, die als Voraussetzung für die Behandlung schwieriger Kanal anatomien anzusehen sind.

Dazu gehören das präoperative Erkennen anatomischer und klinischer Besonderheiten genauso wie die Lage und die Ausdehnung der Zugangskavität, das Etablieren eines

Gleitpfades und das Erreichen und Beibehalten der endodontischen Arbeitslänge.

Der Kurzvortrag zeigt Möglichkeiten zur Behandlung schwieriger Wurzelkanalanatomien und gibt Entscheidungshilfen, welche Schwierigkeitsgrade unter welchen Umgebungsbedingungen bewältigt werden können und in welchen Fällen eine Überweisung sinnvoll sein kann.

Endodontie ist Teamarbeit

Perfekte Assistenz mit und ohne Mikroskop

Endodontische Behandlungen im Tagesplan lösen in den wenigsten Praxen bei den Mitarbeitern Begeisterungstürme aus. Bedeutet dies doch oftmals, dass die Assistenz außer beim Absaugen kaum gefordert ist. Minuten werden so schnell zu Stunden und Langeweile kommt auf.

Dabei können viele Tätigkeiten statt vom behandelnden Zahnarzt problemlos von der endodontischen Assistenz geleistet werden. Der Blick des Zahnarztes kann auf dem Arbeitsfeld verbleiben, das richtige Anreichen benötigter Instrumente und Geräte führt zu einem reibungsloseren und effizienteren Arbeitsablauf. Eine mitarbeitende und vor allem mitdenkende Assistenz ist aus der modernen End-

DR. JÖRG SCHRÖDER



1982 – 1988 Studium der Zahnmedizin an der FU Berlin
 1988 – 1992 Tätigkeit in freier Praxis
 seit 1993 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin
 seit 2000 Intensive Fortbildung auf dem Gebiet der Endodontie
 seit 2005 Behandlungsschwerpunkt Endodontie, Überweisertätigkeit
 seit 2005 Nationale und internationale Referententätigkeit
 seit 2006 Certified Member ESE (European Society of Endodontology)

2007 – 2009 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endodontie
 seit 2009 Gründungsmitglied des Blogs „Wurzelspitze“
 seit 2012 Fellow International College of Dentists, (ICD)
 seit 2013 Endodontologische Privatpraxis
 2013 Preisträger des Peter-Guldener-Praktikerpreises der „Endodontie“
 Seit 2014 ICD-Vice-Regent, District 6, Germany

Mitglied in folgenden Gesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Endodontie und zahnärztliche Traumatologie, DGET;
 Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung, DGZ; European Society of Endodontology, ESE; Schweizerische Gesellschaft für Endodontology, SSE; International Association of Dental Traumatology, IADT

odontie nicht mehr wegzudenken. Das verantwortliche Einbinden der Assistenz in den Behandlungsablauf führt neben einer deutlichen Entlastung des Zahnarztes zu mehr Arbeitsfreude bei endodontischen Behandlungen.

Je perfekter die Teamarbeit, umso harmonischer und effizienter der Behandlungsablauf. Dies gilt gleichermaßen für Behandlungsabläufe mit und ohne Nutzung von Vergrößerungshilfen.

Im Vortrag werden die Interaktionen innerhalb des Behandlungsteams während einer endodontischen Behandlung präsentiert. Von der „blinden“ Übergabe endodontischer Handinstrumente über die Applikation von Kollagen bei der Perforationsdeckun bis zu den komplexen Handlungsabläufen bei der vertikalen Kompaktion erwärmter Guttapercha. Verschiedene Behandlungs-Setups (Vierhandtechnik, Sechshandtechnik) werden vorgestellt und bieten Anregungen und die Möglichkeit, die Abläufe einer endodontischen Behandlung in der eigenen Praxis zu verfeinern und effizienter zu gestalten.

■ DR. JÖRG SCHRÖDER



Behandlung und Abrechnung von Leistungen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen

Der anhaltende Flüchtlingsstrom und die steigende Zahl der Asylsuchenden ist eine Herausforderung für alle Bürger und die staatlichen Institutionen in Deutschland.

Mit der zahnmedizinischen Behandlung dieser Patientengruppe ergeben sich aber auch bisher unbekannte und ungelöste Versorgungsfragen, denen sich die Zahnärztinnen und Zahnärzte im Lande gegenübersehen.

Welche Leistungen dürfen erbracht werden und wer entscheidet im konkreten Einzelfall darüber? Entsprechend dem Asylbewerberleistungsgesetz sind nur Behandlungen „akuter Erkrankung“ und „Schmerzzustände“ zu gewähren. Was bedeuten diese Rechtsbegriffe?

Zudem erschweren Sprachbarrieren und Verständigungsprobleme die Aufklärungspflicht über die Diagnose und den bevorstehenden Eingriff. Sprachkundiges Personal, ggf. Angehörige oder Dolmetscher sind hinzuzuziehen. Wer ist dafür zuständig?



Und wann ist eine Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen oder gar eine kieferorthopädische Behandlung aufschiebbar? Können diese Leistungen begutachtet werden? Gelten die BEMA Richtlinien?

Der Vortrag möchte Antworten auf diese Fragen, aber auch konkrete Abrechnungshinweise geben: Welche Formulare sind zu verwenden? Welcher Punktwert ist anzusetzen? Ist die Leistungsmenge budgetiert und wie erfolgt die Abrechnung ab dem 1.1.2016, wenn die Versorgung auf die Krankenkassen übergeht und diese Patientengruppe eine elektronische Gesundheitskarte erhält?

■ DR. MICHAEL DIERCKS

DR. MICHEL DIERCKS

geboren 1959

Studium der Zahnheilkunde von 1978-84 in Kiel

seit 1987 Niederlassung in eigener Praxis in Kiel

1989 Promotion

1997 – 2011 Delegierter der KZV Vertreterversammlung

2005 – 2011 stellv. VV-Vorsitzender

2005 – 2011 Mitglied der Kammerversammlung

1997 – 2011 Mitglied in zahlreichen Fachausschüssen von Kammer und KZV S-H

seit 2011 stellv. Vorstandsvorsitzender der KZV S-H



Trotz schwieriger Stürme

Versorgungswerk weiter auf Kurs

Anlässlich der Herbst-Kammerversammlung im November 2015 stellte Marcus Ahrens, der Vorsitzende des Aufsichtsausschusses, auch den Rechenschaftsbericht 2014 für das Versorgungswerk der Zahnärztekammer vor.

Dabei wies er natürlich insbesondere auf das wirtschaftliche und politische Umfeld hin, das im Jahr 2014 aber auch im abgelaufenen Jahr wieder eine besondere Herausforderung darstellte.

In diesem schwierigen Umfeld konnte das Versorgungswerk dennoch für das Geschäftsjahr 2014 erneut ein sehr gutes Ergebnis vorlegen.

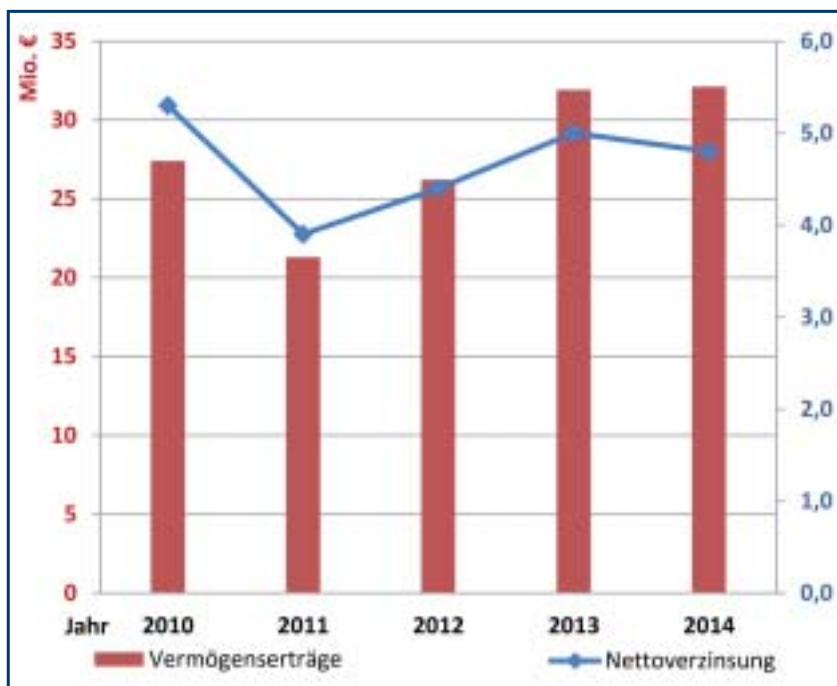
„Die diversifizierte Anlagestrategie des Versorgungswerkes hat im Jahr 2014 geholfen, mit einer Rendite von 4,81 Prozent abzuschließen“, so Ahrens in seinem mündlichen Bericht vor den Delegierten der Kammerversammlung. „In 2014 stieg der Wert der Ka-

pitalanlagen um rund 27,8 Mio. Euro, beziehungsweise 4,2 Prozent, auf insgesamt 681,1 Mio. Euro. Davon sind die Immobilienbeteiligungen um rund fünf Millionen Euro auf 48,1 Mio. Euro und die Beteiligungen an Wertpapierfonds um 18 Mio. Euro auf 140,2 Mio. Euro gestiegen.“

Auch die Assetklasse der Immobiliendarlehen sei stärker ausgebaut, dafür sei der Festgeldposten gegenüber dem Vorjahr deutlich abgebaut worden. Die reine Cashposition betrug am Ende des Jahres 2014 nur noch 3,8 Prozent des Vermögens. Das Versorgungswerk sei also fast vollständig investiert.



Fotos: Jörg Wohlfromm



Entwicklung der Nettorendite der letzten fünf Jahre

Konnte trotz schwieriger Rahmenbedingungen ein gutes Ergebnis für das Geschäftsjahr 2014 präsentieren: Marcus Ahrens, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses des Versorgungswerkes

Derzeit trügen noch festverzinsliche Wertpapiere zu dem guten Ergebnis bei. Dies werde sich in den nächsten fünf Jahren aber deutlich verschieben; viele dieser Wertpapiere würden fällig werden und deren Erlös müsse dann in dem Niedrigzinsumfeld wieder angelegt werden. Dies sei eine große Herausforderung für die Verantwortlichen des Versorgungswerkes, so Ahrens weiter.

Für die nächsten Jahre sei das Versorgungswerk mit seinen Kapitalanlagen gut gerüstet, aber man dürfe die er-



Die Delegierten der Kammerversammlung hatten auch zum Tagesordnungspunkt Versorgungswerk zahlreiche Beschlüsse zu fassen.

heblichen Unsicherheiten im Finanzsektor nicht vergessen, ebenso die anhaltende Niedrigzinsphase, den Börsencrash in China, das Griechenland-Desaster und letztlich auch die Flücht-

lingswelle, die Deutschland derzeit vor große Probleme stelle.

Ahrens abschließender Dank galt der strukturierten Verwaltung und der

guten Zusammenarbeit zwischen Aufsichts- und Verwaltungsausschuss des Versorgungswerkes.

„Wir wollen das Vertrauen der Zahnärztinnen und Zahnärzte rechtfertigen und auch in Zeiten niedriger Zinsen effektiv für das Alter und für die Hinterbliebenen vorsorgen“, schloss Ahrens seinen Bericht.

■ VERSORGUNGSWERK/M. AHRENS



Positive Entwicklung der Vermögenserträge über fünf Jahre

Die Kammerversammlung hat auch eine Änderung der Satzung des Versorgungswerkes beschlossen. Die Veröffentlichung der Satzungsänderung finden Sie auf der Seite 28 dieser Ausgabe.

12. Institutstag der Zahnärztekammer

Komposit bis Vollkeramik

Komposit hat in der ästhetisch-funktionellen Zahnmedizin wachsende Bedeutung.

Praktischen Input, was heute in der Direktversorgung möglich ist und wo das

vollkeramische Arbeitskonzept besser greift, gab Ulf Krueger-Janson, M.Sc.,

im Dezember beim zwölften Institutstag der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein.

Dr. Andreas Sporbeck, Vorstand Fortbildung der Kammer, hatte den ausgewiesenen Experten aus Frankfurt an die Förde ins Heinrich-Hammer-Institut geholt.

Der Saal ist voll, die Erwartungen sind hoch. Schließlich unterrichtet der Referent, der als engagierter, kreativer Praktiker gilt, auch an Hochschulen. Auffällig viele jüngere Kolleginnen und Kollegen sind auch daher heute in Kiel dabei. Krueger-Jansons zweiteiliger Vortrag wird anschauliche Beispiele aus seiner eigenen Praxis liefern. Er wird ins Detail gehen, worauf Zahnärztin und Zahnarzt bei ähnlich gelagerten Behandlungen das Augenmerk richten müssen, damit auch ihre Patienten so zufrieden und lächelnd die Praxis verlassen.

Allerdings bringt der innovative Spezialist, der auch Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Restaurative und Regenerative Zahnerhaltung ist, zwanzig Jahre Erfahrungen in der kompositorientierten Zahnheilkunde mit. Die müssen sich andere erst einmal erarbeiten. So haben etliche Teilnehmer Block und Stift parat liegen, um einzelne Arbeitsschritte und Besonderheiten, die es zu berücksichtigen gilt, zu notieren.

Was nicht nur für den ersten Teil des Vormittags bis zum Brunch & Work sinnvoll ist: Krueger-Janson wird auch Tricks und Tipps für die vollkeramische Versorgung in Einzelheiten liefern. „Zum Wohl des Patienten können auch Sie diese eigentlich invasiven Me-

thoden maximal minimalinvasiv gestalten“, betont er.

Sein Credo ist: „Komposit und Adhäsivtechnik haben eine geniale und intensive Zukunft, denn wir werden es immer weniger mit Kariesläsionen zu tun haben. So werden wir immer mehr Menschen mit diesem Werkstoff versorgen können. Und Komposit lässt sich heute sogar reparieren.“ Wie lan-

ge nicht mehr aus der Zahnmedizin wegzudenken.“

Anhand brillanter Fotografien geht Krueger-Janson gleich ins Eingemachte: Die Schicht, die er von dem zu restaurierenden Zahn abträgt, ist minimal. Am Beispiel einer jungen Patientin, „der man vorher auf sehr fiese Weise gesagt hatte, sie besitze Affenzähne, mit denen sie leben müsse“,



Der Referent Ulf Krueger-Janson faszinierte seine Zuhörer mit brillanten Fotografien seiner Behandlungsfälle ...

ge er selbst für eine solche Sitzung benötige, will ein Teilnehmer vorab wissen. „Sie brauchen eine bis anderthalb Stunden für eine direkte Kompositversorgung. Die Kosten liegen bei ca. 500 Euro. Das ist für Patient wie Zahnarzt in Ordnung“, klärt er auf. „Das Material ist heute sehr stabil, so dass wir damit auch Inzisalkanten hervorragend reparieren oder aufbauen können. Diese zeit- und kostengünstige Alternative für den Frontzahnbereich ist schon

zeigt er auf, wie perfekt die ästhetische Direktversorgung in nur einer Sitzung klappen kann. Das Ergebnis wirkt völlig natürlich, zumal der Experte auch geschickt mit den Zahnfarben agiert hat. Dass diese Patientin überglücklich aus der Praxis ging – und zwar erstmals mit strahlendem Lächeln –, lässt sich nachvollziehen. Ihm persönlich gehe es bei einer angemessenen ästhetischen Versorgung auch darum, „dass das Ergebnis dem Menschen nicht das



Fotos: Cornelia Müller



... und hatte auch Tipps für Dr. Andreas Sporbeck (Vorstand Fortbildung der Kammer) und Kammerpräsident Dr. Michael Brandt (re.).

Individuelle nimmt“, hebt er heraus. „Es macht keinen Sinn, jede kleine Asymmetrie auf Biegen und Brechen zu beseitigen, sondern zu glätten – es sei denn, der Patient besteht darauf.“

Damit die Betroffenen vorab eine Idee bekommen, was sie von der empfohlenen Maßnahme zu erwarten haben und wie der Vorher-Nachher-Vergleich tatsächlich ausfällt, setzt Krueger-Janson zunächst auf Photoshop. Seine beruhigende Antwort auf die besorgte Frage, wie lange er an einer solchen digitalen Fotomontage sitze: „Acht Minuten. Wenn man sich eingearbeitet hat, geht das sehr schnell.“ Darüber hinaus gibt er den Patienten ein Mock-up mit nach Hause, das man selbst vorsichtig befestigen und wieder abnehmen kann. „So finden Patienten unbeeinflusst selbst heraus, ob sie und ihr Umfeld das neue Erscheinungsbild tatsächlich akzeptieren oder ob etwas anders sein muss, weil etwas stört.“ Dass Komposit-Restaurationen im Frontzahnbereich sehr langlebig sind, wenn der Zahnarzt alles richtig gemacht hat, hat er anhand der eigenen Behandlungsfälle dokumentiert. Fünf bis zehn

Jahre nach der Behandlung sehen die gezeigten Beispiele unverändert aus. „Voraussetzung ist dabei immer, dass Sie vor der Sitzung sicher geklärt haben, dass parodontal alles in Ordnung ist und auch die PZR durchgeführt haben“, mahnt er.

Das vollkeramische ästhetische Arbeitskonzept des Frankfurters basiert zu allererst auf penibler Planung sowie der perfekten Kooperation mit dem Zahntechniker, „der auch seine Erfahrungen einbringen sollte“. Weiter gehöre dazu, alle Funktionsparameter ganz genau auszuloten. „Und Sie müssen unbedingt ein strategisches Präparationsmodell entwickeln, bevor Sie mit der Behandlung beginnen“, schärft er dem Auditorium ein. Wie das genau vor sich geht, zeigt er anhand einiger Filmbeiträge. Auch Material, Instrumente, Hilfsmittel werden genau erklärt, so dass die Teilnehmer den Ausführungen problemlos folgen können und sich Notizen machen.

Schon in der Arbeitspause im Foyer hat Krueger-Janson vielen Zuhörern Einzelheiten erläutert.

Zur „typgerechten Restauration“ gehört auch breites Wissen um die Wirkung von Opaleszenz, Transluzenz und Zahnfarben in ihrer natürlichen Umgebung. Den Stand von Sponsor GC nutzt mancher Teilnehmer am Rande und nach dem Institutstag, um sich Beispiele möglicher Komponenten aus der Nähe anzuschauen. Vorstellbar wird Krueger-Jansons ausgefeilte Arbeitsweise allerdings erst anhand seiner beeindruckenden digitalen Bilder, die er wirkungsvoll mit Musik unterlegt hat. Da kommt herüber, dass er ästhetisch-restaurative Zahnmedizin mit großer Leidenschaft zur Perfektion zu führen sucht. Die Wirkung der vollkeramischen Rekonstruktion bei unterschiedlichen Lichtverhältnissen und aus allen möglichen Blickwinkeln lotet er aus, um den Blick für mögliche Patzer zu schärfen.

Viele Fragen zu diesem Komplex sind damit schon so erschöpfend beantwortet, dass dieser Institutstag mit einer extrem kurzen Diskussionsrunde endet. Der Beifall für eine Vorlesung für Praktiker ist umso größer.

■ CORNELIA MÜLLER

Verschiedene Arten festsitzender Provisorien

Welches Provisorium wird wie berechnet?

Das Provisorium dient dem Schutz des präparierten Zahnes und der temporären Sicherung der Kaufunktion. Es gehört zur täglichen Arbeit in einer Zahnarztpraxis, Provisorien herzustellen, abzunehmen, wieder zu befestigen, zu reparieren oder zu erneuern. Trotzdem tauchen im Zusammenhang mit der Berechnung festsitzender Provisorien immer wieder Fragen auf.

Welche Arten festsitzender Provisorien sind in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) aufgeführt? Die GOZ unterscheidet dabei festsitzende provisorische Kronen, provisorische Brücken und Langzeitprovisorien.

GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung
2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung
2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung
5120	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung
5140	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Friendsattel, einschließlich Entfernung
7080	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung
7090	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigtem Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung

Es gibt direkt hergestellte provisorische Kronen, die ohne Abformung angefertigt werden. Das können konfektionierte Hülsen, Kappen oder direkt im Mund zum Provisorium verarbeitete Materialien sein. Diese Leistungen werden nach der GOZ-Nr. 2260 berechnet. Die Formteile für die Kappen oder Hülsen sind als Materialkosten zusätzlich berechenbar. Es kann sich um die provisorische Versorgung einer Kavität nach einer Inlaypräparation, einer Versorgung nach Veneer-, einer Kronenpräparation oder um die Eingliederung einer provisorischen Krone auf einem Abutment nach Implantatversorgung handeln.

Die GOZ-Nrn. 2270, 5120 und 5140 beschreiben dagegen die Herstellung eines Provisoriums mit Hilfe eines vorher angefertigten Abdrucks (Negativform), der nach dem Präparieren des Zahnes mit einem selbsthärtenden Kunststoff gefüllt auf dem Zahnstumpf reponiert wird. Die Berechnung der direkten provisorischen Versorgung eines präparierten Zahnes, der als provisorischer Brückenanker dient, erfolgt nach der GOZ-Nr. 5120, die eines Einzelzahnes nach der GOZ-Nr. 2270. Das heißt, für provisorische Kronen, die nicht an die Lücke angrenzen, aber im Brückenverbund stehen, wird die GOZ-Nr. 2270 berechnet. Durch die Beschreibung im „direkten Verfahren“ wird deutlich,

dass das Provisorium direkt im Anschluss an die Präparation durch den Zahnarzt angefertigt wird. Die Leistungsbeschreibung umfasst die direkte intraorale Provisorienherstellung mit Abformung.

Damit stellt sich die Frage, ob eine Laborleistung für die Herstellung des Provisoriums zusätzlich ansatzfähig ist. Die GOZ-Kommentierung des PKV-Verbands verneint die zusätzliche Berechnungsfähigkeit der zahn-technischen Leistung, weil die Anfertigung und Ausarbeitung des Provisoriums (Versäubern der Ränder) am Patientenstuhl ohne Modell erfolgt. Damit ist allerdings nach dem GOZ-Kommentar der Bundeszahnärztekammer nur die einfache Ausarbei-



tung, also das Entgraten bzw. Gumieren der Ränder gemeint.

Unbestritten ist damit immerhin die zahntechnische Berechnungsmöglichkeit der Herstellung eines Formteils nach Modellerstellung (Tiefziehschiene). Eine zahntechnische „Umgestaltung oder Formung oder Oberflächenbearbeitung“ des Werkstücks kann mit den GOZ-Nrn. 2270, 5120, 5140 ebenso wenig abgegolten sein, wie die Modellerstellung und Tiefziehschiene bei direktem Verfahren mit Herstellung eines Formteils. Diese gegebenenfalls im Eigenlabor erbrachten Leistungen sind deshalb nach § 9 GOZ gesondert berechnungsfähig. Eine rechtssichere Empfehlung zur Berechnung der zahntechnischen Leistungen kann hier nicht abgegeben werden. Jeder Zahnarzt ist für seine GOZ-Rechnung verantwortlich und muss seine Maßnahmen entsprechend dokumentieren, um im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung beweisen zu können, dass beispielsweise mehr als ein Glätten des Rohlings stattgefunden hat.

Die gegebenenfalls auch mehrmalige Wiedereingliederung eines Provisoriums einschließlich der Entfernung ist mit der Gebühr der GOZ-Nrn. 2260, 2270, 5120, 5140, 7080 und 7090 abgegolten. Wenn das Provisorium defekt ist oder verloren ging und neu angefertigt werden muss (Dokumentation), sind die genannten Gebührensatzungen auch mehrmals berechnungsfähig. Erfolgt die Eingliederung bzw. Wiedereingliederung zum Beispiel bei kurzen klinischen Präparationstümpfen oder wegen starker Klammerretention eines herausnehmbaren Zahnersatzes gegebenenfalls in Adhäsivtechnik, kann die GOZ-Nr.

2197 als Mehraufwand zusätzlich berechnet werden. Für die Entfernung eines adhäsiv befestigten Provisoriums ist die GOZ-Nr. 2290 berechnungsfähig (Dokumentation).

Die Wiedereingliederung eines anderenorts angefertigten Provisoriums nach den GOZ-Nrn. 2260, 2270, 5120, 5140 ist nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechenbar. Die Versorgung mit einer provisorischen Stiftkrone ist in der GOZ nicht beschrieben und wird ebenfalls nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnet.

Die **Wiederherstellung** der Funktion einer provisorischen Krone oder Brücke, wenn beispielsweise das Provisorium unterfüttert, umgearbeitet oder repariert werden muss, wird nach § 6 Abs. 1 analog berechnet. Beim Wiedereingliedern können Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ anfallen.

Auch ein direkt hergestelltes Provisorium mit einer Tragedauer von mehr als drei Monaten ist nach den Geb.-Nrn. 2270, 5120, 5140 zu berechnen. Der dabei entstehende Aufwand ist durch den Steigerungsfaktor nach § 5 Abs. 2 oder in einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zu berücksichtigen.

Die **Bewertung der Gebühren** für eine provisorische Versorgung wurde seit 1988 nicht angepasst. Die GOZ-Nr. 2270 wird beispielsweise im 2,3-fachen Steigerungssatz mit 34,93 EUR vergütet. Das entspricht nach dem Minutensatz des Entwurfs einer Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) durch die Bundeszahnärztekammer (2009!) und einem Minutensatz von 3,58 EUR ca. neun Minuten Zeit für die Provisorienherstellung inklusive Aushärtungszeit des Kunststoffes, Be-

arbeitung, Eingliederung und Überschussentfernung für das Provisorium. Ob das in die jeweilige Praxiskalkulation passt, muss jeder Zahnarzt selbst entscheiden. Der Steigerungssatz kann innerhalb der Bemessungskriterien nach § 5 Abs. 2 GOZ berücksichtigt werden; wenn das kalkulatorisch nicht ausreicht, muss die Leistung nach § 2 Abs. 1 und 2 abweichend von der GOZ vor der Leistungserbringung schriftlich vereinbart werden. Für das mehrmalige Abnehmen und Wiederbefestigen eines Provisoriums könnte die Begründung lauten: „Überdurchschnittlicher Zeitaufwand wegen behandlungsbedingter mehrmaliger Abnahme und Wiederbefestigung von provisorischen Kronen/ Brücken.“

Laborgefertigte Langzeitprovisorien können bei Veränderungen und Stabilisierungen einer geänderten Bisslage, zum Abwarten nach endodontischer, parodontaler Behandlung in der Vorbehandlungsphase oder zur Versorgung in Ausheilungsphasen nach chirurgischen Leistungen zahnmäßig indiziert sein. Um Erstattungsproblemen im Vorfeld vorzubeugen, empfiehlt sich gegebenenfalls ein entsprechender Zusatz auf der Rechnung.

Für laborgefertigte Langzeitprovisorien werden die GOZ-Nrn. 7080, 7090 angesetzt. Voraussetzung für ihre Berechnung ist eine dreimonatige Tragedauer. Beträgt die Tragezeit eines festsitzenden laborgefertigten Provisoriums weniger als drei Monate, handelt es sich um eine in der GOZ nicht beschriebene Leistung, die nur analog nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden kann. Die Entfernung und Wiederbefestigung ist mit der Leistung abgegolten. Die Vor-



Deutschlandstipendien vergeben



präparation des Zahnes zur Aufnahme einer provisorischen Krone ist Leistungsbestandteil, aber nicht Voraussetzung zur Leistungsberechnung (z. B. nach der Abnahme einer vorhandenen Krone). Wenn die Langzeitprovisorien als Aufbissbehelf dienen, können Veränderungen nach den GOZ-Nrn. 7040 bis 7060 in Folgesitzungen berechnet werden. Im Gegensatz zur GOZ-Nr. 5140 (je Spanne) wird die GOZ-Nr. 7090 pro Brückenglied berechnet. Zusätzlich sind die Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 GOZ ansatzfähig. Bis zum Eingliedern laborgefertigter Langzeitprovisorien nach den GOZ-Nrn. 7080 und 7090 werden die präparierten Zähne durch Provisorien im direkten Verfahren nach den GOZ-Nrn. 2260, 2270, 5120, 5140 versorgt.

Alle Arten von Wiederherstellungsmaßnahmen an feststehenden laborgefertigten Langzeitprovisorien, also alle Maßnahmen, die über eine einfache Wiedereingliederung hinausgehen, sind nach der GOZ-Nr. 7100 zu berechnen. Das können beispielsweise die Wiederherstellung durch Kunststoff oder Compositematerial nach einer Fraktur, aber auch die Verlängerung eines Brückenglieds zur Formung eines Emergenzprofils sein. Die Wiederherstellung kann im direkten, aber auch im indirekten Verfahren erfolgen, gegebenenfalls anfallende zahntechnische Leistungen wären gemäß § 9 GOZ zu berechnen. Diese Leistung ist je Krone, Brückenspanne oder Freidendbrückenglied berechenbar, fällt also gegebenenfalls bei der notwendigen Abnahme des gesamten Provisoriums mehrfach an.

■ DR. ROLAND KADEN
Vorstand Gebührenrecht

Im Rahmen einer kleinen Feierstunde wurden im Wissenschaftspark der Christian-Albrechts-Universität Kiel den Studierenden der Zahnheilkunde Hanna Wagner, 2. Semester, und Anne Richter, 8. Semester, die Urkunden für ihr Deutschlandstipendium übergeben, gestiftet von der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein.



Im Namen des Berufsstandes übergeben Kammerpräsident Dr. Michael Brandt und Hauptgeschäftsführer Dr. Thomas Ruff die Stiftungsurkunden an Hanna Wagner und Anne Richter

Deutschland braucht Nachwuchs. Leistungsstarke Studierende sollen ihr Potential ausschöpfen. Dabei ist der Leistungsbegriff, der dem Deutschlandstipendium zugrunde liegt, bewusst weit gefasst. Gute Noten und Studienleistungen gehören ebenso dazu wie die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen oder das erfolgreiche Meistern von Hindernissen im eigenen Lebens- und Bildungsweg. So ist das Fördergeld einkommensunabhängig, es wird für mindestens zwei Semester und höchstens bis zum Ende der Regelstudienzeit gewährt. Wenn private Förderer (oder wie hier die in der Kammer organisierten Zahnärztinnen und Zahnärzte) den Berufsnachwuchs von morgen im Rahmen des Deutschlandstipendiums unterstützen, dann verdoppelt das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Stiftungssumme, hier auf jeweils 300 Euro monatlich.

Über die Vergabe im konkreten Einzelfall entscheidet eine Vergabekommission der Universität, so dass insoweit eine Unabhängigkeit vom Stiftungsgeber gewährleistet ist – insbesondere wichtig, wenn nicht eine Einzelperson, sondern wie hier eine berufsständige Organisation der Stiftungsgeber ist.

Die Zahnärztekammer entnimmt diese Mittel ihrem Fürsorgefonds. Der Fürsorgefonds speist sich aus den kleinen berufsrechtlichen Verfehlungen, die einigen Kolleginnen und Kollegen unterlaufen waren.

Vorausgegangen war ein Beschluss der Kammerversammlung, die den Kreis der möglichen Fürsorge-Empfänger ausdrücklich auch um Studierende der Zahnheilkunde und zur Förderung des Berufsnachwuchses erweitert hatte.

■ DR. THOMAS RUFF

Joachim Hüttmann wird 60!

Es ist mir eine persönliche Freude, die Laudatio für Joachim zu seinem 60. Geburtstag verfassen zu dürfen. Er ist ein vielbegabter, vielbeschäftigter und allseits hoch angesehener Kollege, bei dem man sich immer wieder fragt, wie er seine multiplen Aufgaben und Ämter ausfüllen kann und das zudem auch noch jeweils mit hoher Präzision und Erfolgsquote.

Darum habe ich mich zunächst auf den Weg gemacht, an seinen Wurzeln zu forschen, um das Geheimnis seiner Erfolge etwas zu erhellen.

Joachim wurde am 20. Januar 1956 in Bad Segeberg geboren. Im ländlichen Bereich aufgewachsen, war er der jüngste von vier Brüdern und hatte eine sehr geliebte, leider kürzlich verstorbene jüngere Schwester. Joachim, so wurde mir zugetragen, galt als stilles Kind. Dies ging so weit – so eine Anekdote –, dass ein Nachbar Joachim Geld anbot, damit er etwas mehr erzähle. Wie ich ihn kenne, hat er dieses seinerzeit vehement abgelehnt, denn der Wunsch nach Unabhängigkeit und seine Unbestechlichkeit sind herausragende Charaktereigenschaften. Mit seiner Schwester hat er als Kind Puppenkleider und Teddybären genäht und schon immer gerne Kaputttes repariert. Hier liegt sicherlich der Grundstein für seine Begabung im chirurgischen Bereich unseres Faches. Die Tätigkeit in seiner Praxis liegt ihm auch heute jeden Tag am Herzen, er ist für seine Patienten ein geschätzter und vertrauenswürdiger Zahnarzt, der nebenbei trotz aller standespolitischen Aufgaben immer für sie erreichbar ist.

Als junger Erwachsener genoss Joachim zunächst eine Ausbildung zum Polizeivollzugsbeamten beim Bundesgrenzschutz und zwar in einer Zeit, in dem die politischen Systeme sich drastisch veränderten. So begann er beim BGS als Grenzjäger, also mit einem militärischen Arbeitsauftrag, der sich dann zum Zivilen hin wandelte, er verließ



Foto: Jörg Wohlfromm

den BGS als Wachtmeister. Und auch wenn's brenzlich wird, schreckt er nicht zurück, er war Mitglied im Feuerwehrzug der Hundertschaft.

Dass es eine Olympiabewerbung Hamburgs nicht geben wird, macht ihn ein wenig traurig. Durfte er doch als Leistungsturner 1972 die Olympiafackel ein kleines Stück Wegs Richtung Kiel tragen. Dies hätte er natürlich gerne – zumindest gedanklich – wiederholt.

Es schloss sich eine Ausbildung zum Zahntechniker in Neumünster an, es folgte das Studium der Zahnheilkunde in Kiel. Nach dem Staatsexamen 1984 legte er in gewohnt stringenter Art und Weise die Grundsteine für Familie und Beruf: 1984 Heirat, 1985 Geburt seines Sohnes, 1986 Niederlassung in seiner Praxis in Bad Segeberg und Promotion bei Prof. Plagmann und 1987 Geburt seiner Tochter.

Sein standes- und berufspolitischer Werdegang ist so umfangreich, dass eine abschließende Aufzählung

hier kaum möglich ist. Sein Herz ist mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte eng verwachsen, wir wissen um seine Tätigkeit im Bundes- und Landesvorstand. Mit dem Wechsel des Bundesvorsitzenden zu Harald Schrader hat Joachim die Aufgaben des Chefredakteurs des „Freien Zahnarztes“ (DFZ) übernommen. Früh hat Joachim die Wichtigkeit einer Selbst-Professionalisierung unseres Berufsstandes in standespolitischer Hinsicht erkannt und hat zunächst die AS-Akademie absolviert und in der Folge immer versucht, diese Akademie zu unterstützen.

In der Zahnärztekammer war er in den letzten beiden Legislaturperioden Mitglied des Vorstandes und hat hier kompetent und mit spitzer Feder die Öffentlichkeitsarbeit betreut und verantwortet. Dieses Amt hat er zum Jahresende zum Bedauern des Kammervorstandes abgegeben.

Im Bereich der KZV ist er derzeit Vorsitzender der Vertreterversammlung und vollbringt mit viel Geschick und Erfolg die Aufgabe, Hauptamt und Ehrenamt zu einem perfekten Ganzen zusammenzufügen.

Ach ja: Natürlich ist er mein Vorgänger im Amt des Kreisvereinsvorsitzenden des Zahnärztereins Kreis Segeberg und versäumt keine Sitzung unseres Vereins.

Joachim, alles Gute und bleib so, wie Du bist.

■ DR. ANDREAS SPORBECK
Zahnärzterein Kreis Segeberg e.V.

Französische Sozialversicherung:

Cour des comptes erteilt Deutschlektion

Lob von ungewöhnlicher Stelle erhielt das deutsche Sozialversicherungssystem:

Mitte September 2015 legte der französische Rechnungshof (Cour des comptes)

seinen neuesten Bericht zur finanziellen Lage der Sozialversicherung vor –

mit ernüchternden Ergebnissen. Frankreich finanziert einen wachsenden Teil

seiner Sozialausgaben auf Pump.

Für gefährlich hält der Präsident des französischen Rechnungshofes Didier Migaud diese „Anomalie“. Ein immer größerer Anteil der Ausgaben werde über kurzfristige Anleihen finanziert, wodurch die Anfälligkeit im Falle eines Zinsanstiegs wachse, warnte er. Migauds Rezept: Frankreich solle sich vom deutschen Nachbarn inspirieren lassen.

Seit dreizehn Jahren ist die französische Sozialversicherung defizitär. Allein die Krankenversicherung weist inzwischen einen Fehlbetrag von 105 Milliarden Euro auf. Das deutsche Äquivalent habe dagegen seit dem Jahr 2000 einen Überschuss von 12 Milliarden Euro angehäuft, stellt der französische Rechnungshof fest. Bei der Rentenversicherung stehe dem französischen Defizit von 65 Milliarden Euro ein deutscher Überschuss von 16 Milliarden Euro gegenüber. Zwar stellt Migaud für sein Land eine Tendenz zum Abbau der Defizite bei der Renten- und Krankenversicherung fest. Das Tempo des Abbaus jedoch verringere sich. Der Plan der französischen Regierung, bis 2017 wieder eine ausgeglichene Bilanz zu erreichen, wurde nun auf 2020 verschoben – im besten Fall. Ein festes Zieljahr für den Ausgleich gibt es nicht mehr.

Bei der Krankenversicherung führt der Blick nach Deutschland Migaud und seine Kollegen vor allem zu der Erkenntnis, dass der Nachbar jenseits des Rheins seine Ausgaben besser und konsequenter kontrolliere.

Die Wahrung eines ausgeglichenen Budgets in der Sozialversicherung habe in Deutschland oberste Priorität. Alle Leistungsträger seien eingebunden und müssten sich einem gemeinsamen Ziel unterordnen. In Frankreich dagegen sei die Begrenzung des Ausgabenanstiegs eher ein „unverbindlicher“ Plan, der kaum Wirkung zeige. Die Ausgaben in der Sozialversicherung steigen nach wie vor schneller als der Wohlstand des Landes.

Zwar ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Frankreich (11,6 Prozent) und in Deutschland (11,3 Prozent) nahezu identisch. Auch die Gesundheitsausgaben pro Einwohner differieren nur wenig: Im Jahr 2012 waren es 3.611 Euro in Deutschland und 3.466 Euro in Frankreich. Dennoch hält der französische Rechnungshof das deutsche System für großzügiger – und günstiger. Die deutsche Krankenversicherung bezahle einen wesentlich höheren Anteil der Kosten als die französische. Dafür könne das französische Gesundheitssystem aber mit einem höheren Leistungsspektrum aufwarten, zum Beispiel in Bezug auf Brillen, Kontaktlinsen, Zahnersatz und Krankentransporte.

An dieser Stelle jedoch zeigt sich auch, dass ein Systemvergleich zwangsweise hinkt. Denn hohe Erstattungssätze haben in Frankreich tatsächlich nur diejenigen Versicherten, die sich eine teure „Mutuelle“, eine obligatorische Zusatzversiche-

rung, leisten können. Beispielsweise übernehmen große Unternehmen die Beiträge ihrer Angestellten für eine Mutuelle mit guten Konditionen. Andere Arbeitnehmer müssen ihre Zusatzversicherung selbst finanzieren und greifen daher oft auf günstigere Angebote mit geringeren Erstattungsleistungen zurück.

Was genau aber läuft nun in Deutschland nach Ansicht des französischen Rechnungshofs besser als im eigenen Land?

Das Gesundheitssystem in Frankreich konzentrierte sich zu sehr auf die Krankenhäuser, meint der Cour des comptes – das sei zu teuer und biete auch nicht genügend Vorteile, die die hohen Ausgaben rechtfertigen könnten. 37 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen würden in Frankreich durch die Krankenhausversorgung verursacht – im Vergleich zu 29 Prozent in Deutschland, rechnen Migaud und seine Kollegen vor. Dabei gingen die Deutschen eher häufiger ins Krankenhaus als die Franzosen und blieben dort auch etwas länger: 24.290 Krankenhaus-Entlassungen auf 100.000 Einwohner bei einer durchschnittlichen Liegedauer von 9,3 Tagen zählt der Rechnungshof in Deutschland, 20.721 Entlassungen und 9,1 Tage in Frankreich. Höhere Personalkosten, vor allem aber die Durchführung ambulanter Behandlungen im Krankenhaus erklären nach Ansicht des Rechnungshofs die Kostendifferenz zu Ungunsten Frank-

reichs. Zudem würden in Deutschland auch Reha-Maßnahmen und Langzeitbehandlungen von niedergelassenen Ärzten durchgeführt.

Bei den niedergelassenen Ärzten identifiziert der Rechnungshof ebenfalls einige deutsche Besonderheiten, allen voran eine Selbstverwaltung, die auch für Vergütungsvereinbarungen zuständig sei. Die deutschen Mediziner verdienten besser als ihre französischen Kollegen, und das, obwohl ihre Vergütung streng gedeckelt sei, um die Kosten nicht explodieren zu lassen, erklären die Autoren des Berichts. Während die französischen Ärzte beliebig viele Patienten behandeln könnten, dürften die deutschen bestimmte Volumina nicht überschreiten, wenn sie eine Degres-

sion vermeiden wollen. Das deutsche System übertrage den Ärzten eine finanzielle Verantwortung, konstatiert der französische Rechnungshof.

Reiche die Finanzdecke einer Krankenkasse nicht aus, dürfe sie keinen Kredit aufnehmen, sondern müsse von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag verlangen. Die Kassen befänden sich somit in einer Wettbewerbssituation – ein Mechanismus, der einen signifikanten Einfluss auf die Vertragsverhandlungen mit den Gesundheitsberufen habe.

Zudem habe in Frankreich auch der Anteil der Kostenübernahmen für Langzeiterkrankungen immer mehr zugenommen, während gleichzeitig die Übernahme von Routinebehandlungen abgenommen ha-

be, kritisiert der Cour des comptes weiter.

Ein Vergleich der beiden Krankenversicherungssysteme verdeutliche die unterschiedlichen Konzepte im Hinblick auf die Rolle der Akteure, die Organisation und die Verantwortlichkeiten, fasst der Cour des comptes zusammen. Auch wenn sich die deutschen Lösungen nicht eins zu eins auf das französische System übertragen ließen, eröffneten sich doch einige gedankliche Perspektiven in Bezug auf Effizienz, Steuerbarkeit und Nachhaltigkeit, unterstreicht er.

Be

E-Health-Dienste sollen französisches Gesundheitssystem effizienter machen

Potenzial für deutsche Firmen?

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mag nicht gerade ein Paradebeispiel für den Fortschritt bei der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens sein. Dennoch sieht die Bundesregierung in diesem Bereich Potenziale für den Export: Insbesondere Frankreich werde für Anbieter von Telemedizin und E-Health-Lösungen „zunehmend interessanter“, meldet das Bundeswirtschaftsministerium im Rahmen der „Exportinitiative Gesundheitswirtschaft“.

Die Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, Aktivitäten zu bündeln und zu vernetzen, die deutschen Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft dabei helfen, weltweit neue Absatzmärkte zu erschließen und ihr bestehendes Marktpotenzial auszubauen.

Die Gesundheitsausgaben stiegen in Frankreich derzeit schneller als die Gesamtwirtschaft. Um einen weiteren Anstieg zu bremsen, versuche die französische Regierung, die Kosten et-

wa von Medikamenten oder Krankenhausbehandlungen zu senken. Zentrale Elemente dabei seien eine bessere Prävention und mehr ambulante Behandlungen. Neue digitale Technologien könnten bei der Umsetzung helfen, beschreibt die „Exportinitiative Gesundheitswirtschaft“ die Situation im Nachbarland.

Unter dem Stichwort e-Santé würden digitale Dienste auch in Frankreich für den Gesundheitssektor bereits verstärkt diskutiert. Das Spek-

trum reiche von der nationalen Patientendatenbank oder dem elektronischen Abrechnungssystem für medizinische Leistungen über vernetzte medizintechnische Geräte und Krankenhaussoftware bis zu Anwendungen für das Mobiltelefon und der „Behandlung auf Distanz“, also der Telemedizin.





Frankreich will nach Angaben des BMWi zunächst mobile Gesundheitsdienste einführen. Diese könnten wesentlich dazu beitragen, die Belastung der Kapazitäten von Kliniken zu senken, meint das Ministerium: Indem der Patient über mobile Geräte zuhause weiter unter medizinischer Beobachtung stehe, könnte beispielsweise die Dauer des durchschnittlichen Krankenhausaufenthalts von derzeit acht auf sechs Tage reduziert werden. Eventuell müssten Patienten auch seltener zu Nachuntersuchungen kommen.

Burda hat Arztbewertungsportal jameda gekauft

Das Arztbewertungsportal jameda hat für einen vorläufigen Kaufpreis von 26,8 Millionen Euro den Besitzer gewechselt und wird seit 1. Januar 2016 unter dem Dach der Burda Digital weitergeführt.

Burda Digital setzte sich nach Angaben von jameda in einem Bieterverfahren durch, an dem sich rund 40 Unternehmen beteiligten.

Burda übernahm jameda von Tomorrow Focus, dessen Hauptaktionär wiederum Hubert Burda Medien ist. Die Tomorrow Focus AG hatte 2008, ein Jahr nach der Gründung von jameda, die Mehrheit an dem Bewertungsportal übernommen. 2011 war die vollständige Übernahme erfolgt.

Tomorrow Focus will sich zukünftig auf „digitale Transaktions-Geschäftsmodelle im Bereich Reise“ konzentrieren.

Be

Einer Studie des Marktforschungsinstituts Xerfi zufolge hatte der Sektor e-Santé in Frankreich im Jahr 2014 ein Marktvolumen von insgesamt 2,7 Milliarden Euro, ergänzt die Gesellschaft für Außenwirtschaft und Standortmarketing der Bundesregierung „Germany Trade and Invest“. Davon entfielen 2,36 Milliarden Euro auf IT-Systeme. Bis 2020 prognostiziert die Untersuchung ein Wachstum von vier bis sieben Prozent im Jahr. Treibende Faktoren seien „neben dem erklärten Willen“ der französischen Regierung, die „Effizienz des Gesundheitswesens mithilfe der Digitalisierung zu steigern“ die Alterung der Bevölkerung, der sozio-kulturelle Wandel durch die Verbreitung digitaler Dienste insgesamt und die technologische Innovation.

Während die Digitalisierung des stationären Gesundheitssystems in Frankreich oder in Deutschland „längst“ Realität sei – als Beispiele führt „Germany Trade and Invest“ die Versichertenchipkarte „zur Abrechnung der Behandlungskosten“ oder Praxissoftware „zur Führung einer elektronischen Patientendatei“ an – stecke die Einführung mobiler Gesundheitsdienste (m-Health) etwa über das Smartphone noch in den Kinderschuhen. Hier entstünden zahlreiche neue Möglichkeiten beispielsweise für eine „präventive Steuerung des Verhaltens, die Beobachtung relevanter Gesundheitsdaten bei chronisch Kranken oder nach Behandlungen sowie in der Ferndiagnose und -behandlung“, führt die Wirtschaftsförderungsgesellschaft aus.

Es gebe mittlerweile „zigtausende Apps“, die sich im weitesten Sinne unter dem Begriff „e-Health“ subsumieren ließen, stellt „Germany Trade and Invest“ fest. Die Anwendungen gehörten zwar in den meisten

Fällen in die Bereiche Sport, Fitness und Wellness, könnten aber dennoch zur Prävention beitragen, indem sie gesündere Verhaltensweisen fördern oder Gefährdungen frühzeitig aufzeigten.

Die gemessenen Daten ergäben „natürlich nur dann Sinn“, wenn sie auch entsprechend ausgewertet und medizinisch bewertet würden, so „Germany Trade and Invest“ weiter. Damit entstünden neue Anforderungen an Software zur Aufbereitung der Informationen und an die Vernetzung zwischen Patienten, Medizinern, Betreuern, Apotheken und „anderen“. – In Frankreich wurden zu diesem Zweck bereits verschiedene Unternehmen mit dem Schwerpunkt e-Santé gegründet.

Von zentraler Bedeutung seien „neben ihrer sinnvollen Verwendung“ die Sicherheit und die vertrauliche Behandlung der „zum Teil hochsensiblen persönlichen Gesundheitsdaten“, konstatiert die Wirtschaftsförderungsgesellschaft. Regeln dafür zu entwickeln sei eine der Aufgaben der beim französischen Gesundheitsministerium angesiedelten Agence des Systèmes d’Information Partagés de Santé (ASIP Santé). Ein weiteres großes Arbeitsfeld der Agentur sei die Definition von Standards, um die Interoperabilität der verschiedenen Dienste zu gewährleisten.

Wie kann sich die deutsche Gesundheitswirtschaft vor dem Hintergrund weltweiter Sparzwänge im Gesundheitssektor im Export positionieren? Ob sich deutsche Unternehmen den „Tipp“ der Bundesregierung zu Herzen nehmen – und ob sich eine Digitalisierung des Gesundheitswesens in Frankreich einfacher gestaltet als in Deutschland, wird sich zeigen.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Krankenversicherung:

Fehlende Kostenübernahme häufigster Beschwerdegrund

Der häufigste Grund, warum Versicherte mit ihrer Krankenkasse unzufrieden sind, ist mit 21 Prozent eine fehlende Kostenübernahme von Leistungen. Das ist das Ergebnis der Studie „Beschwerdemanagement als Chance zur Kundenbindung in der GKV und PKV“ des Beratungsinstituts YouGov und der Gesundheitsforen Leipzig.

Jeweils zehn Prozent der Befragten beschwerten sich über die Abwicklung ei-

nes Leistungsfalls und über inkompetente Mitarbeiter. Acht Prozent monierten lange Bearbeitungszeiten von Anträgen oder Vertragsänderungen. Bei ebenfalls acht Prozent waren unfreundliche Mitarbeiter ein Grund zur Beschwerde.

Eher selten wurden Erhöhungen des Beitrages (vier Prozent) und Unstimmigkeiten in der Abrechnung bzw. bei der Zahlung des Versicherungsbeitrags (drei Prozent) als Unzufriedenheitsgrund genannt.

Die Beschwerdebearbeitung beurteilten 32 Prozent der Befragten mit „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ und gaben vor allem eine „faire und zufriedenstellende Problemlösung“ als Grund für ihre positive Bewertung an. Eine „überzeugende Entschuldigung“ beurteilten 16 Prozent, eine zeitnahe Reaktion elf und kurze Bearbeitungszeiten zehn Prozent als gutes Beschwerdemanagement.

Be

RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Speicherung personenbezogener Daten

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

Datenübersicht nach § 286 SGB V für das Jahr 2015

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

Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

März-Sitzung 2016
Anträge für die
März-Sitzung 2016
müssen bis zum 24. 2. 2016
vollständig vorliegen.

Juni-Sitzung 2016
Anträge für die
Juni-Sitzung 2016
müssen bis zum 25. 5. 2016
vollständig vorliegen.

Verzicht zum 30. 6. 2016
einreichen bis zum 31. 3. 2016

Verzicht zum 30. 9. 2016
einreichen bis zum 30. 6. 2016

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

Satzung des Versorgungswerkes

Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 14. November 2015 eine Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat diese Satzung genehmigt, die Veröffentlichung erfolgte auf der Homepage der Zahnärztekammer unter www.zaek-sh.de, Rubrik „Wir über uns“ – „Amtliche Bekanntmachungen.“

Aufgrund des § 4 i. V. m. § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Heilberufekammergesetzes vom 29. Februar 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 248), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (GVOBl. Schl.-H. S. 344), erlässt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung am 14. November 2015 mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde folgende Satzung:

Artikel 1

Die Satzung für das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein vom 30. März 1974 (Amtsbl. Schl.-H./AAz. S. 155), zuletzt geändert durch Satzung vom 10. Dezember 2014 (Amtsbl. Schl.-H. S. 2), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 wird folgender Buchstabe f angefügt:
„f) die bislang keine zahnärztliche Tätigkeit aufgenommen haben und keine Beiträge nach § 12 Absatz 3 und § 16 Absatz 1 dieser Satzung zahlen.“
2. In § 13 Absatz 2 erhält Satz 3 folgende Fassung:
„Bei Zahlungsrückstand kann das Versorgungswerk bei Ausstellung der letzten Zahlungsaufforderung vor Einleitung des Zwangsverfahrens an das Mitglied auf den rückständigen Beitrag Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Rechnungszins berechnen.“
3. § 14 wird wie folgt geändert:
 - a. Absatz 1 erhält folgende Fassung:
„1) Befreiungsanträge sind bei dem Versorgungswerk unter Beifügung der entsprechenden Unterlagen zu stellen. Eine Beitragsbefreiung erhalten:
 - a) Kammerangehörige, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe außerhalb des Landes Schleswig-Holstein geworden sind und ihre Mitgliedschaft im Versorgungswerk aufrechterhalten.
 - b) Kammerangehörige, die Beamte auf Widerruf oder auf Probe oder Beamte auf Zeit oder Zeitsoldaten sind.
 - c) Zahnärzte, die eine zahnärztliche Tätigkeit nicht ausüben.
 - d) Teilbeschäftigt angestellte Kammerangehörige, die nach dem SGB VI nicht versicherungspflichtig und die im Laufe eines Jahres nicht mehr als drei Monate beschäftigt sind.
 - e) Zahnärzte, die als Stipendiaten nicht gesetzlich rentenversicherungspflichtig sind.
 Die Befreiung kann widerrufen werden, wenn die Gründe, die zur Befreiung geführt haben, weggefallen sind. Die Kammerangehörigen sind verpflichtet, dem Versorgungswerk den Fortfall der Befreiungsvoraussetzungen unverzüglich anzuzeigen.“
 - b. Absatz 4 wird gestrichen, die bisherigen Absätze 5 und 6 werden zu den Absätzen 4 und 5.

4. § 21 wird wie folgt geändert:

a. Absatz 1 erhält folgende Fassung:

- „1) Jedes Pflichtmitglied des Versorgungswerkes, das mindestens für 3 Kalendermonate oder bei freiwilliger Mitgliedschaft mindestens für 60 Kalendermonate den satzungsgemäßen Beitrag entrichtet hat, hat auf Antrag Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn gleichzeitig die folgenden Voraussetzungen vorliegen:
 - a) das vorgenannte Mitglied ist infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des Zahnarztberufes unfähig,
 - b) das Mitglied hat seine gesamte zahnärztliche Tätigkeit eingestellt und
 - c) das Mitglied bezieht bei Antragseingang keine Altersrente und hat auch keinen Anspruch auf den Bezug einer Altersrente.

Die Berufsunfähigkeitsrente für Pflichtmitglieder wird auch dann fällig, wenn die Berufsunfähigkeit durch Unfall verursacht wurde und mindestens ein Monatsbeitrag geleistet wurde. Der Anspruch beginnt mit dem 1. des Folgemonats der Antragstellung, sofern dem Antrag ein ausführlich begründetes ärztliches Gutachten beiliegt, sonst mit dem 1. des Monats, der dem Eingang des Gutachtens folgt, in keinem Fall jedoch bevor das Mitglied die gesamte zahnärztliche Tätigkeit eingestellt hat. Die zahnärztliche Tätigkeit gilt als nicht eingestellt, solange die Praxis durch einen Vertreter geführt wird oder bei angestellten Zahnärzten das Gehalt als Zahnarzt fortgezahlt wird. In Härtefällen kann der Aufsichtsausschuss Ausnahmen zulassen.

Die Berufsunfähigkeit wird durch zwei voneinander unabhängige ärztliche Gutachter festgestellt. Antragsteller und Versorgungswerk bestimmen je einen Gutachter. Bei im Ergebnis abweichender Beurteilung bestellt der Vorstand der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein einen Obergutachter, dessen Feststellungen verbindlich sind, es sei denn, dass die getroffenen Feststellungen offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen. Das Versorgungswerk trägt die Kosten für das von ihm bestellte Gutachten und für das Obergutachten. Die Berufsunfähigkeitsrente kann dauerhaft oder aber auch zeitlich begrenzt gewährt werden. Eine zeitliche Begrenzung der Berufsunfähigkeitsrente kommt insbesondere dann in Betracht, wenn zum Zeitpunkt der Gewährung der Rente noch nicht mit Sicherheit abzusehen ist, dass die Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer gegeben sein wird.“

5. Im Beitrags- und Leistungsverzeichnis wird in den Leistungstabellen (§ 25 der Satzung) der Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die von den Mitgliedern des Versorgungswerkes ab dem 01.01.2009 entrichteten Beiträge (einschließlich einbehaltener Rentenbeiträge bei aufgeschobenem Altersrentenbeginn sowie gutgeschriebener Beiträge für Zeiten des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 21 Absatz 5 letzter Satz) werden nach Maßgabe der nachfolgenden neuen Tabellen A, B und C verrentet, wobei sich der jeweilige Anwartschaftswert Rx um einen Generationenfaktor verringert, der sich in Abhängigkeit vom Geburtsjahr des Mitgliedes ergibt.“

Artikel 2

Die Änderung tritt am Tage nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

*Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein*



Fortbildung in Kreisvereinen

Verein Lübecker Zahnärzte e.V.

am: 18. Feb. 2016, 19.30 h

Ort: Restaurant Nordwind, Wakenitzufer 9 in Lübeck

Thema:

KIG – Wann und mit welchem Befund sollte mit der kieferorthopädischen Behandlung begonnen werden

Referent: Dr. Andreas Schiffer, KFO

Vereinigung der Zahnärzte Husum-Eiderstedt

am: 22. Feb. 2016, 19.30 h

Ort: Husum, Hotel Rosenberg

Thema:

Schlafapnoe, Behandlungsmöglichkeiten in der zahnärztlichen Praxis und Klinik

Referent: Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, CAU Kiel

Kammerversammlung

der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

12. März 2016 • 9.30 Uhr

Zahnärztekammer, Westring 496, Kiel

Tagesordnung (vorläufig)

Gastreferat mit Diskussion zum Thema:

„Elektronischer Heilberufsausweis“

Referent: Dr. Franz J. Bartmann,

Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein

1. Eröffnung und Regularien
2. Berichte: Vorstand zum Geschäftsjahr 2015 und Anträge
3. Versorgungswerk
4. Verschiedenes



13. Institutstag: Kurs-Nr.: 16-01-022

Moderne Therapiekonzepte in der Implantologie und Parodontologie – was gibt es Neues für Sie als Behandler?

am: Samstag, 6. 2.2016 | 9:30 - 14:00 Uhr

Ort: Heinrich-Hammer-Institut

Referent: Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg

Kursgebühr: 95 EUR für ZÄ

Punktebewertung: 5

Information/Anmeldung:

Heinrich-Hammer-Institut, Westring 496, 24106 Kiel

Tel.: 0431 / 26 09 26 - 82

E-Mail: hhi@zaek-sh.de

Internet: www.zaek-sh.de Rubrik Fortbildung

Stiftung Senior Experten Service (SES)

SES ist eine Stiftung der Deutschen Wirtschaft mit Sitz in Bonn. Sie ist die größte deutsche Ehrenamts- und Entsende-Organisation für Fach- und Führungskräfte im Ruhestand.

che Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ).

Träger sind der Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (BDI), die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA), der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) sowie der Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK).

Partner ist unter vielen anderen auch der Bundesverband der Freien Berufe (BFB).

2015 haben sich 1.022 Fachleute im Ruhestand bei der Bonner Organisation registrieren lassen. Ende 2015 umfasste die Expertendatenbank des SES damit bereits 11.897 Personen.

„Im Ausland und dort insbesondere in Entwicklungs- und Schwellenländern geben wir seit langem genau die Hilfe zur Selbsthilfe, die in der aktuellen Debatte um die Verringerung von Fluchtursachen gefordert wird“, so die SES-Chefin Dr. Susanne Nonnen in einer aktuellen Pressemitteilung. Der SES trage mit seinen internationalen Einsätzen entscheidend zur Stärkung lokaler Strukturen und zur Verbesserung der Lebensbedingungen bei.

Die meisten auswärtigen Experteneinsätze des SES fanden in Unternehmen, Organisationen oder Kommunen kleiner und mittlerer Größe statt. Inhaltliche Schwerpunkte setzten die nachhaltige Wirtschaftsentwicklung, die Bereiche Bildung und Ausbildung, das Gesundheitswesen und die soziale Sicherung.

BZÄK/MG

Die Organisation sucht Zahnärztinnen und Zahnärzte, die bereit sind, sich im Ruhestand zu engagieren. Sie werden für maximal sechs Monate im Ausland, vorwiegend in Entwicklungs- und Schwellenländern, für Auftraggeber aus der Öffentlichen Hand oder auch aus dem privaten Bereich tätig. Nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ lernen sie lokale Kräfte an.

Die Tätigkeit ist ehrenamtlich, Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung und Versicherung werden übernommen.

Finanziert wird der SES durch das Bundesministerium für wirtschaftli-

Seit seiner Gründung im Jahr 1983 hat der SES mehr als 35.000 ehrenamtliche Einsätze in gut 160 Ländern durchgeführt. Im Verlauf des Jahres



Bei Interesse an einer Mitarbeit bei SES wenden Sie sich bitte an:
 Dr. Wolfgang Schneider
 Beauftragter Deutsche Wirtschaft
 SES Senior Experten Service
 Buschstraße 2 | 53113 Bonn
 Tel.: 0228/26090 3632
 w.schneider@ses-bonn.de

Ausführliche Informationen gibt es auch im Internet unter www.ses-bonn.de.

PKV warnt vor unzulässigen Werbe-Anrufen

Zu Täuschungsversuchen bei unzulässigen Werbe-Anrufen hat der Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), Volker Leienbach in einer Pressemitteilung vom 28. Dezember 2015 erklärt:

„Aktuell kommt es verstärkt zu unerwünschten Werbe-Anrufen, in denen unseriöse Geschäftsleute vortäuschen, im Auftrag des Verbandes der Privaten Krankenversicherung oder eines zum Verwechseln ähnlich klingenden Namens anzurufen, um z. B. über die Möglichkeit eines Tarifwechsels zu informieren.“

Mitarbeiter des PKV-Verbandes führen niemals verkaufsorientierte Telefongespräche, fragen schon gar nicht nach einzelnen Versicherungsverträgen oder Beitragssummen und bieten auch keine Kundenberatung an.

Solche unlauteren Werbemethoden belasten die Verbraucher und schädigen den guten Ruf der Branche. Die unter Vorspiegelung falscher Tatsachen entlockten Daten sollen offenbar für den Adresshandel oder für Verkaufsgespräche zweckentfremdet werden.“

Diese so genannten ‚Cold Calls‘ erfüllen nach Ansicht des PKV-

Verbandes den Tatbestand des strafbaren Verhaltens im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (§ 43 Abs. 2 Nr. 1 BDSG).

Der PKV-Verband rät Betroffenen daher, Namen und Telefonnummer des Anrufers zu notieren und einen Strafantrag bei der Polizei zu stellen.

Beschwerden gegen unerlaubte Telefonwerbung sind bei der Bundesnetzagentur (www.bundesnetzagentur.de) sowie den jeweils zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten (www.bfdi.bund.de) möglich.

PKV

PKV-Tarifwechsel:

Neue Leitlinien noch versichertenfreundlicher

Seit 1. Januar 2016 gelten die neuen „Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“ des PKV-Verbandes. Dazu erklärt der PKV-Vorsitzende Uwe Laue:

„Privatversicherte können ihren Schutzzumfang jederzeit an ihre Bedürfnisse anpassen: Das Versicherungsvertragsgesetz garantiert ihnen das Recht auf Tarifwechsel innerhalb des eigenen Unternehmens. Seit jeher machen die Versicherer bei Beitragsanpassungen auf diesen Anspruch aufmerksam und bieten – wenn die Versicherten älter sind als 60 Jahre – Tarifalternativen mit gleichartigem Schutz zu geringeren Beiträgen an.“

Allerdings wurde dieses Recht in der Vergangenheit von vielen Anbietern privater Krankenversicherungen äußerst restriktiv umgesetzt. Das hatte der Branche heftige Kritik von Politikern und Verbraucherschützern beschert.

Um dieses Recht der Versicherten weiter zu stärken, hat der PKV-Verband nun die Leitlinien erarbeitet, zu denen sich bereits viele Unternehmen mit einem Marktanteil von 80 Prozent der Versicherten bekannt haben.

Die Leitlinien, so Laue, konkretisierten nicht nur das geltende Recht, sondern gingen deutlich darüber hinaus. Künftig erhielten die Versicherten bei Beitragsanpassungen bereits ab dem 55. Lebensjahr konkrete Tarifalternativen – also fünf Jahre früher als gesetzlich vorgesehen.

Außerdem verpflichteten sich die Versicherer, Tarifwechsel-Anfragen innerhalb von 15 Arbeitstagen zu beantworten und wechselwilligen Versicherten entweder alle Zieltarife aufzuzeigen oder geeignete Tarife auf der Basis eines objektiven Auswahlsystems zu benennen. Die Auswahlkriterien würden durch unabhängige Wirtschaftsprüfer kontrolliert.

PKV/ÄZ/MG

Bund der Versicherten Tarifwechselanbieter erfolgreich abgemahnt

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) hat die unlauteren Werbemethoden eines Tarifwechselanbieters im Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) abgemahnt. Tarifwechselanbieter witterten in den kommenden Monaten große Geschäfte, denn zum neuen Jahr wurden deutliche Beitragssteigerungen in der PKV erwartet.

Die „Deutsche Gesellschaft für Privatpatienten“ hatte in ihren Werbeflyern unzulässigerweise nicht darauf hingewiesen, dass das Unternehmen als Versicherungsmakler tätig ist. Zudem wurde mit unseriösen Hochrechnungen gearbeitet und so dem Verbraucher unrealistische Einsparungen beim Tarifwechsel glaubhaft gemacht. Der BdV mahnte diese unlauteren Methoden ab. Daraufhin unterschrieb der Tarifwechselanbieter nun die Unterlassungserklärung und passte seinen Flyer sowie die Homepage entsprechend an. Der BdV rät Verbrauchern, sich zum Tarifwechsel objektiv und unabhängig beraten zu lassen. Seriöse Ansprechpartner seien unter anderem die Verbraucherzentralen, behördlich zugelassene Versicherungsberater (www.bvvb.de) und der Bund der Versicherten.

BdV/MG

23. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

16. April 2016 · Holstenhallen Neumünster

Der Zahnarzt im Netzwerk – Interdisziplinäre Zahnmedizin



- 8.30 Uhr **Offizielle Eröffnung der Dentalausstellung**
- Programm Zahnärztinnen/Zahnärzte** in Halle 3
- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**
Dr. Peter Kriett, Vorsitzender des Vorstandes der KZV Schleswig-Holstein
Dr. Michael Brandt, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
- 9.15 – 9.45 Uhr **Edel sei der Zahnarzt – hilfreich und gut?**
Prof. Dr. Alena Buyx, Kiel
- 9.45 – 10.15 Uhr **Orale Medizin – Manifestation systemischer Erkrankungen in der Mundhöhle**
Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach, Leipzig
- 10.15 – 10.45 Uhr **Schmerzen im Kopf-Kiefer-Gesichtsbereich – Eine differentialdiagnostische Herausforderung**
Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Lampl, Linz
- 10.45 – 11.15 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 11.15 – 12.00 Uhr **Vom Scheitel bis zur Sohle – Interdisziplinäre CMD-Therapie**
Prof. Dr. Stefan Kopp, Frankfurt a. M., Dr. med. Gernot Plato, Rendsburg
- 12.00 – 12.30 Uhr **Der besondere Patient: Psychosen – Depressionen – Persönlichkeitsstörungen**
Dr. Martin Gunga, Warstein
- 12.30 – 13.00 Uhr **Wenn's blutet – Wirkungsweise alter und neuer Antikoagulantien und lokale Blutstillung**
Dr. Dr. Frank Halling, Fulda
- 13.00 – 14.00 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 14.00 – 14.30 Uhr **Allergien und Unverträglichkeiten dentaler Werkstoffe und Materialien**
Prof. Dr. med. Regina Fölster-Holst, Kiel
- 14.30 – 15.00 Uhr **Der Weg an die Spitze – Endodontie bei schwierigen Zähnen**
Dr. Jörg Schröder, Berlin
- 15.00 – 15.30 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- Programm Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter** in Halle 1
- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**
Dr. Michael Diercks, stellv. Vorstandsvorsitzender der KZV Schleswig-Holstein
Dr. Gunnar Schoepke, Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Vorstand Praxispersonal
- 9.15 – 9.45 Uhr **Von A wie Anamnese – Was wir über unsere Patienten wissen müssen**
Dr. Dr. Frank Halling, Fulda
- 9.45 – 10.15 Uhr **Stress – Burnout – Depression Raus aus dem Teufelskreis!**
Dr. Martin Gunga, Warstein
- 10.15 – 10.45 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 10.45 – 11.15 Uhr **Allergien und Unverträglichkeiten dentaler Werkstoffe und Materialien**
Prof. Dr. med. Regina Fölster-Holst, Kiel
- 11.15 – 11.45 Uhr **Endodontie ist Teamarbeit – Perfekte Assistenz mit und ohne Mikroskop**
Dr. Jörg Schröder, Berlin
- 11.45 – 12.15 Uhr **Behandlung und Abrechnung von Leistungen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen**
Dr. Michael Diercks, Kiel
- 12.15 – 13.15 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 13.15 – 13.45 Uhr **Die Mundhöhle als Spiegel der Allgemeingesundheit: Das sollten Sie wissen und beachten!**
Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach, Leipzig
- 13.45 – 14.00 Uhr **Bewegungsprogramm**
- 14.00 – 14.30 Uhr **Schwierige Geburt – der erste Unfall im Leben?
WS-Blockierungen bei Säuglingen und Kleinkindern**
Dr. med. Gernot Plato, Rendsburg
- 14.30 – 15.00 Uhr **„Hammer im Kopf“ – Schmerzen an Zähnen, Kopf und Kiefer:
Woher sie kommen – Wie sie behandelt werden**
Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Lampl, Linz
- 15.00 – 15.30 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- Team-Programm** in Halle 1
- 15.30 – 16.00 Uhr **Teamvortrag Nr. 1**
Reden ist Gold. Gut kommunizieren – Missverständnisse im Team vermeiden
Dr. Susanne Woitzik, Düsseldorf
- 16.00 – 16.45 Uhr **Teamvortrag Nr. 2**
Hygienemanagement und Praxisbegehungen. Sind Sie vorbereitet?
Dr. Kai Voss, Kirchbarkau