

C 12414

# Zahnärzteblatt



Schleswig-Holstein

3

März 2016

der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung und  
der Zahnärztekammer



## 40 Jahre IDH

Kommunikation und Kooperation der Heilberufe

## INHALT

Editorial	3
<i>40 Jahre IDH:</i>	
Macht und Ohnmacht der Selbstverwaltung	4
Sorge vor Machtfülle des G-BA	8
Bundesregierung will Digitalisierung vorantreiben	9
<i>Wechselbereitschaft in der GKV:</i>	
Die Trägheit der Masse	10
<i>Vorschau:</i>	
23. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag	12
Besuch der Verbraucherzentrale im Zahnärztheaus	16
<i>13. Institutstag:</i>	
Moderne Therapiekonzepte	18
<i>Begehungen des LASD (5):</i>	
Bauliche Anforderungen an den Aufbereitungsort	20
<i>GOZ 2012:</i>	
Korrekte Berechnungen von Reparaturen	22
<i>Buchvorstellung:</i>	
Perspektiven des Gesundheitswesens	24
<i>Versorgungswerk:</i>	
Strategieplanung für 2016	26
60 Jahre: Harald Schrader	27
Rundschreiben der KZV SH	28
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	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

### Schleswig-Holsteiner haben weiterhin die meisten Arztkontakte

Mit durchschnittlich 17,0 Arztkontakten lagen die schleswig-holsteinischen Patienten auch im Jahr 2014 unverändert an der Spitze im Vergleich der Bundesländer. Mit 13,9 die wenigsten Arztkontakte gab es in Brandenburg. Das berichtet der Barmer GEK Arztreport. Die meisten Kontakte entfielen naturgemäß auf Hausärzte/Allgemeinmediziner und auf hausärztliche Internisten.

Obwohl die Schleswig-Holsteiner es auf die meisten Arztkontakte brachten, lag die Zahl der Behandlungsfälle mit 8,2 auf bundesweit niedrigstem Niveau. Mit 9,1 auf die meisten Behandlungsfälle kamen die Patienten in Mecklenburg-Vorpommern.

Sieben Prozent der schleswig-holsteinischen Versicherten beanspruchten im Jahr 2014 keinerlei ärztliche Versorgung. Das entspricht nahezu dem Bundesdurchschnitt von 7,1 Prozent. Die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung betragen 2014 pro Versichertem in Schleswig-Holstein 510 Euro und lagen damit leicht unter dem Bundesmittel von 523 Euro. *PM/Red.*

### „Labor-on-a-chip“:

#### Kieler „schrumpfen“ Analysetechnik

Forscher der Kieler Christian-Albrechts-Universität haben einen Chip entwickelt, der in einem Tropfen Blut verschiedene Proteine erkennen kann. Damit können medizinische Diagnosen zukünftig schneller und günstiger gestellt werden. Der Chip hat das Format eines Objektträgers für Mikroskope. Er filtert die roten Blutkörperchen mit Hilfe einer Membran und leitet das Plasma an einen Sensor weiter. Die Konzentration der Proteine wird mit Hilfe von Licht aus LEDs ausgelesen.

„Wir möchten 100 Biomarker auf unserem Chip detektieren können“, sagt Prof. Dr. Martina Gerken vom Institut für Elektrotechnik und Informationstechnik. Das soll bereits in wenigen Monaten erfüllt sein. Noch stehen die Kieler allerdings erst am Anfang ihrer Forschung: Bisher kann das Chiplabor sechs Biomarker, die auf bestimmte Krankheiten hindeuten, messen. Marktreife könnte das Chiplabor nach Auskunft der Kieler Universität in etwa fünf Jahren erreichen. Damit entfielen dann der lange und teure Umweg von Blutanalysen über Speziallabore; die Messergebnisse stünden umgehend zur Verfügung. *PM/Red.*

### Patientenakten als Konfetti

In Thüringen wurden geschredderte Patientenakten als Faschingskonfetti unters Volk gebracht. Das Problem: Auf den nicht fachgerecht zerkleinerten Papierschnitzeln waren personenbezogene Daten wie Namen, Adressen und Telefonnummern erkennbar. Dabei handelte es sich um Unterlagen eines zum Klinikum Bad Salzungen gehörenden Medizinischen Versorgungszentrums. Bekannt geworden war der Datenschutzverstoß, nachdem eine Anwohnerin beim Straßenfegen nach dem Karnevalsumzug Konfetti gefunden hatte, auf dem der Name ihrer Schwester erkennbar war. Der Landesdatenschutzbeauftragte kündigte ein Bußgeldverfahren gegen den Verursacher an, hielt den Schaden jedoch für „überschaubar“. Die eingesammelten Konfetti-Reste sollen nun verbrannt werden. *Be*

## Kernkompetenz

Die Sicherstellung der ambulanten flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein ist Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Der Gesetzgeber spricht in dem Zusammenhang von einem Gewährleistungsauftrag gegenüber den Krankenkassen und ihren Verbänden: die KZV hat die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Diese Generalkompetenz ist keineswegs statisch angelegt. Schon der Hinweis auf die (jeweiligen) Gesetze oder Verträge zeigt den dynamischen Ansatz dieses Sicherstellungsauftrages. Der Gesetzgeber spricht dann, wenn er die gesetzlichen Vorgaben ändert, mit wenig allgemeinverständlichen Begriffen. So soll es im Versorgungsstärkungsgesetz um

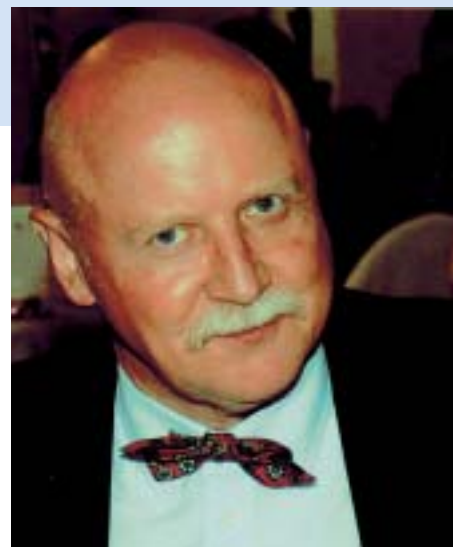
- ▶ Weiterentwicklung bzw. Konkretisierung der vertragsärztlichen Sicherstellung und des Gewährleistungsauftrages,
- ▶ Weiterentwicklung kollektivvertraglicher Teilnahmemöglichkeiten und Teilnahmeformen,
- ▶ Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der Selektivverträge als substitutive bzw. ergänzende Gestaltungsinstrumente sowie
- ▶ um Förderung von Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen gehen.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts sind wir in besonderer Weise gehalten, den Vorstellungen des Gesetzgebers Rechnung zu tragen. Vertragliche Vereinbarungen können wir im Gegensatz dazu gesamtvertraglich ändern, wenn diese einer Änderung bedürfen. Die gesetzlichen und vertraglichen Grund-

lagen gelten auch für Verträge, die die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung von Personen außerhalb des GKV-Systems betreffen, wie z. B. in den Rahmenverträgen mit dem Landkreistag bzw. Städtetag. Diese Rahmenverträge schließen die zahnärztliche Versorgung von Asylbewerbern mit ein. Das Land Schleswig-Holstein hat nun im Rahmen der Länderkompetenz die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern abschließend geregelt. Eine davon abweichende Beurteilung und Entscheidung durch die KZV S-H ist daher weder möglich noch zulässig.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein stellt dazu unmissverständlich fest: „Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind keine Versicherten bzw. Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Sie haben auch keinen Anspruch auf den Leistungsumfang nach dem SGB V, den ein Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse hat. Der Umfang wird stattdessen in den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) definiert. Beide Rechtskreise sind deshalb auch nicht vergleichbar“. Und weiter heißt es: „Eine ‚akute Erkrankung‘ im Sinne des § 4 AsylbLG wird in der Rechtsprechung und Kommentarliteratur nur in solchen Fällen angenommen, in denen ein unvermutet auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- oder Geisteszustand aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf.“

Damit ist die Behandlung chronischer Erkrankungen von dem Anwendungsbereich der Normen ausgeschlossen, es sei denn, die Erkrankung ist mit (akuten oder chronischen) Schmerzzuständen verbunden oder zu der chronischen Er-



krankung kommt ein akuter Krankheitszustand hinzu.“

Das Ministerium fährt fort: „Die Rechtsprechung wird darüber hinaus durch die Auslegung ergänzt, dass Leistungserbringer, die an Flüchtlinge vorläufig leisten, keinen Kostenersatz vom Sozialhilfeträger fordern könnten, weil sie die Leistungen in Kenntnis der fehlenden Leistungsberechtigung der Empfänger erbracht haben und daher vom Sozialhilfeempfänger keinen Kostenersatz beanspruchen könnten.“

Damit ist der KZV S-H jeglicher darüber hinausgehender leistungsrechtlicher Ermessensspielraum, aber auch die finanzielle Verantwortung in vollem Umfang genommen. **Fazit:** Den Begriff Kernkompetenz heute abschließend zu beschreiben, ist wegen des Missverhältnisses zwischen Gestaltungspflichten und Gestaltungsrechten nicht möglich.

Dr. Peter Kriett  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Schleswig-Holstein

40 Jahre IDH:

## Macht und Ohnmacht der Selbstverwaltung

Seit 40 Jahren ist die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein (IDH) nun bereits im Einsatz für den Erhalt eines freiberuflichen Gesundheitswesens:

Grund genug für die Mitgliedsorganisationen, dies mit einem Festakt zu feiern.

Prominente Gastredner: Prof. Dr. Fritz Beske, ehemaliger Leiter des Kieler Instituts für Gesundheitssystemforschung, und Prof. Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

1976 gründeten Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammer, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung sowie der Apothekerverband eine gemeinsame Organisation: Die Informationsstelle der Heilberufe in Schleswig-Holstein. Nach der Gründung einer eigenen Kammer kamen 2002 die Psychotherapeuten hinzu; jüngstes Mitglied seit 2015 ist die Tierärztekammer. Damit sind bei der IDH alle akademischen Heilberufe im Land unter einem Dach vereint – und das ist in Deutschland einmalig. In keinem anderen Bundesland findet sich eine vergleichbare Institution. Zum 30jährigen Jubiläum benannte sich die Informationsstelle in „Interessengemeinschaft der Heilberufe“ um.

Prof. Dr. Fritz Beske, der 1976 Mitinitiator der „Informationsstelle der Heilberufe“ war, blickte zurück auf die damaligen Motive zur Gründung der IDH: Nach Stationen als Referent und Leiter der damals noch im schleswig-holsteinischen Innenministerium angesiedelten Gesundheitsabteilung war er 1971 Staatssekretär im Sozialministerium geworden. Bei informellen Gesprächsrunden mit den Präsidenten der Heilberufekammern erkannte



Prof. Dr. Fritz Beske: „Die gesundheitspolitische Auseinandersetzung wird härter.“

er, dass Ärzte, Zahnärzte und Apotheker gemeinsame Probleme und Interessen haben – und dass ihre Handlungsmöglichkeiten stark durch die Gesundheitspolitik bestimmt werden. Daraus sei schließlich die Idee entstanden, eine Institution zu gründen, die die Interessen der Heilberufe nach außen wahrnimmt und kommuniziert, erzählte er. Dazu gehörte es auch, ein Vertrauensverhältnis zu den Journalisten im Land aufzubauen, die sich mit der Gesundheitspolitik beschäftigten: Die Öffentlichkeitsarbeit stand klar im Vordergrund der „Informationsstelle der Heilberufe“.

Prof. Beske, der im Dezember 2015 sein – vorläufig – letztes Buch vorgestellt hat, ließ es sich nicht nehmen, auch einen Blick in die Zukunft zu werfen. „Die gesundheitspolitische

Auseinandersetzung wird sehr viel härter“, stellte er fest. Dafür identifizierte er zwei Gründe: den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt. Bis 2050 werde sich die deutsche Bevölkerung um 16 Millionen Menschen reduzieren. Damit gehe gleichzeitig auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zurück – mit Folgen sowohl für die finanzielle Situation der GKV als auch für die personelle Ausstattung im Gesundheitswesen. Der schon heute deutliche Mangel an Ärzten und Pflegekräften werde sich weiter verschärfen, prognostizierte er. Und auch die Zeit, in der die Krankenversicherung – durch Anhebung des Beitragsatzes – finanzierbar bleibe, sei in Kürze vorbei.

Angesichts des medizinischen Fortschritts sieht Prof. Beske eine Diskussion um „sinnvolle“ Leistungseinschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung als unvermeidlich an: Dabei sei auch das Wissen der Heilberufler gefordert. Leicht, sagte er voraus, werde das nicht werden, zumal auch die Heilberufler selbst finanziell betroffen sein würden.

„Wenn es die IDH nicht schon gäbe, müsste man sie erfinden“, meinte Anette Langner, seit 2012 Staatssekretärin im schleswig-holsteinischen Ministerium für Gesundheit, Soziales, Wis-



Fotos: Thomas Eisenkrätzer



oben: Rund 90 Gäste lauschten den Ausführungen der Referenten.

links: Staatssekretärin Anette Langner: „Wenn es die IDH nicht schon gäbe, müsste man sie erfinden.“

rechts: Dr. Franz Joseph Bartmann: „Gründung der IDH fiel in die Zeit eines massiven Umbruchs.“

senschaft und Gleichstellung. Die Interessengemeinschaft sei vor allem auch ein Zeichen dafür, dass die Selbstverwaltung „sehr machtvoll“ sein könne, wenn sie sich zusammenschließt und gemeinsam ihre Interessen vertritt.

Die Ziele, die die Heilberufe mit der Gründung der IDH verfolgten, hätten auch heute nicht an Aktualität verloren, zeigte Langner auf: dazu gehörten eine zielgerichtete, sachgerechte Medienberichterstattung über Gesundheitsthemen und eine Abstimmung unter den beteiligten Organisationen, um zu einer gemeinsamen Positionierung zu gelangen. Bei der Komplexität der gesundheitspolitischen Themen hält Langner es für wichtig, für Transparenz in der Debatte zu sorgen – schließlich liege ein funktionierendes Gesundheitswesen im „fundamentalen Interesse der

Bürger“. Sie müssten sich daher ein Bild über die Herausforderungen und die im Raum stehenden Problemlösungen machen können.

Schleswig-Holsteins „Gesundheitsszene“ zeichne sich dadurch aus, dass es eine „ganz besondere Kultur des miteinander Redens und Austauschens“ gibt, stellte Langner fest: einerseits eine Voraussetzung für den Erfolg einer Organisation wie der IDH, andererseits jedoch wiederum auch ihr Verdienst.

Zu den „Herausforderungen“, die Politik und Heilberufe nach Langners Einschätzung gemeinsam lösen müssen, gehört die Vernetzung von Sektoren, Professionen und Regionen in Schleswig-Holstein. Berufs- und spartenübergreifende Kooperation müsse zum „integralen Bestandteil medizinischer Professionalität“ gemacht werden. Telemedizin, „Substi-

tution und Delegation“ würden das Rollen- und Selbstverständnis von Angehörigen der Heil- und Pflegeberufe ebenso verändern wie die Tendenz gerade jüngerer Heilberufler, eher im Angestelltenverhältnis zu arbeiten, glaubt sie.

Dr. Franz Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, setzte den von Prof. Beske begonnenen Rückblick in die Geschichte der IDH fort. Die Gründung der Informationsstelle, so erinnerte er, fiel in die „Zeit eines massiven Umbruchs“: Nach dem deutschen Wirtschaftswunder kam die Wirtschaftskrise, nach Jahren der Ausweitung des GKV-Leistungskatalogs stand nun Kostendämpfung im Gesundheitswesen an. 1976 stimmte die Kassenärztliche





Prof. Josef Hecken: Selbstverwaltung als Wahrnehmung von Verantwortung

Bundesvereinigung erstmals einer Begrenzung der ärztlichen Gesamtvergütung zu – damals beschränkt auf ein Jahr. – Der „Sündenfall“ der KBV? Inzwischen leben die Heilberufler bereits seit vielen Jahren mit der Budgetierung.

Zu einer „Identitätskrise“ der IDH, so Dr. Bartmann weiter, habe 2013 der Austritt der Kassenärztlichen Vereinigung geführt. Zum einen jedoch sei man „gestärkt aus der Krise“ hervorgegangen. Zum anderen berichtete der Ärztekammerpräsident auch von „Signalen“, nach denen die IDH bald wieder ein „komplettes Ensemble“ sein könnte. Dass die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke die IDH-Jubiläumsveranstaltung als Gast besuchte, mag vielleicht ein solches „Signal“ gewesen sein.

Prof. Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, appellierte in seinem Vortrag „Die (Ohn)-Macht der Selbstverwaltung – Innovationsmotor im deutschen Gesundheitswesen?“ – an das Selbstverständnis der Selbstverwaltung: Es gehe, so führte er aus, nicht um die

„Wahrnehmung von Macht“, sondern von Verantwortung – und das nicht nur für den eigenen Berufsstand, sondern auch für das „sozialstaatliche Gesamtsystem“. Probleme müssten patientengerecht und adäquat gelöst werden, forderte er. Dazu gehöre es, konsens- bzw. kompromissfähig zu sein. Viel Energie werde für „Strukturfragen“ und Organisation verschwendet, die besser der Patientenversorgung zugutekommen sollte – meinte der Vorsitzende des G-BA, der selbst einem Gremium vorsteht, das die Bundesregierung mit einer beispiellosen Machtfülle ausgestattet hat.

Interessenwahrnehmung von Heilberufen sei nicht per se „etwas Schlechtes“, befand er anlässlich des IDH-Jubiläums. Sie könne vielmehr auch dazu führen, die Versorgungsqualität zu verbessern. In seinem Festvortrag beschrieb Prof. Hecken, wo aus seiner Sicht die Baustellen im deutschen Gesundheitswesen liegen.

Für wichtig hält Prof. Hecken es, technische und medikamentöse Innovationen so zu bewerten, dass die „kostenbaren Ressourcen“ Geld und Personal an den „richtigen Stellen“ allokiert werden. Dabei müssten „echte“ von Scheininnovationen getrennt werden: „Nicht alles, was neu ist, ist auch notwendig“, unterstrich er. Als Beispiel für einen guten Ansatz, um Innovationen zu erkennen, verweist er auf die „rein therapeutische Bewertung“ neuer Arzneimittel, die das Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vorschreibt. Damit könne das AMNOG als Blaupause auch für andere Bereiche des Gesundheitswesens dienen.

Die ethische Diskussion, ob „alles was wir können in bestimmten Situationen notwendig ist“, müsse geführt werden, forderte Prof. Hecken – auch von den „Leistungserbringern“.

Kritisch verwies er dabei auf sehr teure Onkologika, die im letzten palliativen Stadium zwar das Leben des Patienten um wenige Monate verlängern, seine Lebensqualität jedoch nicht verbessern.

Angesichts knapper Mittel müsse man „gesamtgemeinschaftlich definieren, wie viel uns Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft wert ist“, fuhr Prof. Hecken fort – eine Debatte, der die Gesellschaft gerne aus dem Weg gehe. Ein System der „offenen Rationierung“ lehnte er dabei explizit ab.

Die Frage, welche Innovationen denn überhaupt benötigt werden, um die „Herausforderungen der Zukunft“ zu meistern, werde dabei der neu aufgelegte Innovationsfonds beantworten müssen. Eine dieser Herausforderungen: Die zunehmende Anzahl – vielfach alleinstehender – multimorbider Patienten einerseits und immer komplexerer Therapiesituationen andererseits. Hier sei eine bessere Verzahnung verschiedener Formen medizinischer Versorgung von ambulant über stationär bis hin zur Rehabilitation wünschenswert, ist Prof. Hecken überzeugt.

Die Vorgaben für Anträge auf Fördermittel aus dem Innovationsfonds standen zum Zeitpunkt der IDH-Jubiläumsveranstaltung kurz vor der Bekanntgabe – und wurden etwa auch von Staatssekretärin Anette Langner mit Spannung erwartet. Für besonders sinnvoll erachtet Prof. Hecken dabei Modelle, die der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit dienen. Um unerwünschte Arzneimittelinteraktionen zu vermeiden, sei es notwendig, die gesamte Medikation eines Patienten überblicken zu können, beschrieb er. Dazu werde der Name des Arztes nicht benötigt, beruhigte er. Die Diskussion

um den „gläsernen Patienten“ hält er im Übrigen dabei für vorgeschoben: Dahinter stecke vielmehr die Angst vor dem „gläsernen Leistungserbringer“, vermutete er.

Der Vorsitzende des G-BA hofft außerdem, dass mit Hilfe des Innovationsfonds Finanzierungsmodelle gefunden werden, die die fachärztliche Grundversorgung in stationären Alten- und Pflegeheimen verbessern. Das System der Einzelleistungsvergütung setze da falsche Anreize, erklärte er nebenbei. Weitere Projekte, die sich Prof. Hecken für den Innovationsfonds vorstellen kann: Förderung der Telemedizin sowie die Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten.

Zwar begrüßte Prof. Hecken die „Qualitätsoffensive“ der Bundesregierung. Damit in Verbindung stehende Pay-for-Performance-Modelle sieht er jedoch nicht als praktikabel

an, solange es nicht gelinge, Patienten sektorenübergreifend nachzuverfolgen und auch die Compliance der Patienten in die Betrachtung einzubeziehen. Der Fokus müsse vielmehr darauf liegen, die „Diagnose- und Indikationsqualität“ zu verbessern. Inwieweit er dabei konkret Eingriffe in die Privatsphäre des Patienten tolerieren würde, um Pay-for-Performance-Modelle gangbar zu machen, ließ der G-BA-Vorsitzende offen.

Die Selbstverwaltung trage Verantwortung für das weitere Funktionieren des sozialstaatlichen Systems, mahnte Prof. Hecken abschließend. Dieser Verantwortung gelte es, gerecht zu werden. Und sollte das nicht gelingen, werde die Politik die Konsequenzen ziehen und die Aufgaben der Selbstverwaltung zwar ungerne, aber notgedrungen selbst übernehmen, warnte er. Inwieweit das – auch mit Hilfe des G-BA – schon ge-

schehen sein mag, war natürlich nicht das Thema...

Die IDH war in den vergangenen 40 Jahren eine sinnvolle Einrichtung – und das wird nach Einschätzung des KZV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Peter Kriett auch so bleiben. Sie fühle sich der Gesellschaft verantwortlich und leiste einen Beitrag zum Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein, indem jeder, der etwas über das Gesundheitswesen aus Sicht der Heilberufler erfahren wolle, hier Antworten erhalte.

Mit diesem Schlusswort schloss sich zugleich auch der Kreis zum Einführungsvortrag von Prof. Beske: Die Gestaltungsmöglichkeiten der Heilberufler seien in die Rahmenbedingungen eingebunden, die das Gesundheitswesen nun einmal bietet, hatte er gesagt. Mit der IDH sieht er



## Die IDH aus Sicht der Mitgliedsorganisationen

40 Jahre IDH: erst als Informationsstelle, nun bereits seit zehn Jahren als Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein. Welche Aufgaben, welchen Nutzen hat die IDH aus Sicht der Mitgliedsorganisationen?

Die Präsidenten und Vorsitzenden gaben anlässlich des Jubiläums Antworten, die das Selbstverständnis dieser Institution und der schleswig-holsteinischen Heilberufe beleuchten.

**Dr. Michael Brandt**, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, lobte den „vertrauensvollen Austausch“ unter den Heilberufen: „Davon profitieren auch die Bürgerinnen und Bürger in Schleswig-Holstein“, sagte er.

Für **Dr. Oswald Rogner**, Präsident der Psychotherapeutenkammer, ist entscheidend, dass alle Heilberufler an einem Strang ziehen. Er lobte zugleich das „gegenseitige Befruchten“ und dass jede Mitgliedsorganisation ihre Kompetenzen einbringen kann.

Die IDH biete sowohl die Möglichkeit, die Interessen der Heilberufler zu formulieren, als auch die Interessen der Bürger zu vertreten, meinte **Gerd Ehmén**, Präsident der Apothekerkammer.

**Dr. Jens-Peter Greve**, Präsident der Tierärztekammer Schleswig-Holstein, verwies konkret auf das Problem der Antibiotika-Resistenzen: Das sei nicht ohne die Tierärzte zu lösen, erklärte er und plädierte in diesem Zusammenhang nicht nur für gegen-

seitige Information, sondern auch für gemeinsame Fortbildung.

Der Vorsitzende des Apothekerverbandes Schleswig-Holstein, **Dr. Peter Froese**, wagte einen Blick in die Zukunft und identifizierte e-Health – mit allen damit in Zusammenhang stehenden Problemen – als nächstes großes Thema, mit dem die IDH sich befassen müsse.

Die IDH sei „keine Gruppe von Lobbyisten“, betonte der KZV-Vorstandsvorsitzende **Dr. Peter Kriett**. Es gebe keine „Über- und Unterordnungsverhältnisse“ und auch keine sektoralen Grenzen. Die IDH gebe Aussagen vor, die versorgungspolitisch belastbar seien. Sie positioniere sich nicht politisch und beteilige sich nicht am „Verteilungskampf“.





IDH-Mitglieder und ihre Gäste (von links): Dr. Jens-Peter Greve, Dr. Michael Brandt, Dr. Oswald Rogner, Dr. Franz Joseph Bartmann, Gerd Ehmen, Staatssekretärin Anette Langner, Prof. Josef Hecken, Prof. Dr. Fritz Beske, Dr. Peter Froese und Dr. Peter Kriett

die schleswig-holsteinischen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Psychotherapeuten und Apotheker jedoch gut aufgestellt, um einen wesentlichen Beitrag für die Heilberufe selbst, aber auch für das deutsche Gesundheitswesen zu leisten. „Die IDH wird Zukunft haben“, ist er überzeugt.

Kommunikation, Kooperation, Austausch und Dialogfähigkeit werden in der IDH nun bereits seit 40 Jahren groß geschrieben: Auch angesichts eines (über-)mächtigen Gemeinsamen Bundesausschusses hätte das sicherlich durchaus Modellcharakter.

■ KIRSTEN BEHRENDT

vdek:

## Sorge vor Machtfülle des G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er ist vom Gesetzgeber beauftragt, in vielen Bereichen über den Leistungsanspruch von gesetzlich Krankenversicherten zu entscheiden. Dabei ist er mit einer großen Machtfülle versehen – und stand deshalb schon vielfach in der Kritik. Als „kleiner Gesetzgeber“, aber auch – weniger schmeichelhaft – als „Zentralkomitee im Gesundheitswesen“ wurde er von Kritikern bereits bezeichnet.

Auch Christian Zahn, ehrenamtlicher Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), beobachtet die Entwicklung mit Sorge. Die Große Koalition habe sich im Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt, die Gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen und „Leistungserbringern“ zu stärken, sagte er anlässlich der Neujahrspressekonferenz des vdek in Berlin. Leider jedoch, so Zahn, geschehe „oftmals das Gegenteil“: Die Politik regle „fachliche Aufgaben“

selbst oder delegiere sie an „nachgelagerte Organisationen“ wie den G-BA.

Um Beispiele ist Zahn nicht verlegen: Warum der G-BA Indikationen für Qualitätsverträge im Krankenhausbereich oder Kriterien für die Sicherstellungszuschläge bei der Krankenhausversorgung auf dem Land vorgeben muss, erschließt sich ihm nicht. Ersteres sei seines Erachtens „Selektivvertragsgeschäft“, letzteres Sache der Vertragsparteien. Und auch dass die Politik Krankheiten für die DMP-Programme definiere bzw. deren Ausgestaltung dem G-BA übertrage, weist für Zahn in eine eindeutige Richtung. „Durch diese Delegation von Aufgaben findet eine schleichende Verstaatlichung des Gesundheitswesens statt“, meint er.

Dies umso mehr, als zugleich die Politik „immer direkter“ Einfluss auf den G-BA nehme. So bestimme das Bundesgesundheitsministerium über die Besetzung des neuen Innovationsausschusses (und sitze sogar selbst mit am Tisch), der Gesundheitsausschuss des Bundestages über die Besetzung des Unparteiischen Vorsitzen-



Foto: vdek

Christian Zahn: Schleichende Verstaatlichung des Gesundheitswesens

den im G-BA. „Operatives G-BA-Handeln wird damit dem direkten BMG-Einfluss unterzogen. Dies widerspricht einer staatsfernen Krankenversicherung“, schloss Zahn und forderte eine „neue Diskussion“ über die „Rolle und Kompetenzen des Gesetzgebers, des G-BA und der Gemeinsamen Selbstverwaltung“ ein. „Das selbstverwaltete System hat sich in den Wirtschaftskrisen als stabilisierender Faktor erwiesen und sollte in seiner Funktionsfähigkeit nicht eingeschränkt, sondern gestärkt werden“, sagte er.

Be



Jahreswirtschaftsbericht:

## Bundesregierung will Digitalisierung vorantreiben

Ende Januar 2016 legte das Bundeskabinett gemäß des Gesetzes zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft den Jahreswirtschaftsbericht 2016 vor.

Damit lieferte die Bundesregierung gleichzeitig auch wirtschaftliche Orientierungsdaten für das laufende Jahr. Im Mittelpunkt des Berichts stehen die gezielte Förderung der Digitalisierung und der Ausbau der digitalen Infrastruktur. Das betrifft nahezu alle Politikfelder und Wirtschaftszweige – auch das Gesundheitswesen.

### Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die neuen Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien werden, so prognostiziert die Bundesregierung, die Medizin „nachhaltig“ verändern. Dazu listet der Wirtschaftsbericht die Vorteile von „Big Data“-Anwendungen auf: Sie könnten das Verständnis über die Entstehung von Krankheiten verbessern; auf ihrer Grundlage könnten Präventionsstrategien entwickelt und auf ihre Wirksamkeit überprüft sowie neue wirksame Therapien gefunden werden. Auch das Angebot von medizinischen Leistungen, die individuell auf den Bedarf des einzelnen Patienten zugeschnitten sind, könne mit Big-Data-Anwendungen verbessert werden. Die Digitalisierung schaffe außerdem neue Möglichkeiten für mehr Selbstständigkeit im Alter, heißt es weiter.

Durch das E-Health-Gesetz würden die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine sichere und vertrauenswürdige Telematikinfrastruktur der aktuellen Entwicklung angepasst: „Es gilt, die versorgungs-, wirtschafts-, und beschäftigungspolitischen Möglichkeiten von digitalen Anwendungen für das Gesundheitswesen zügig zu erschließen“, schreibt die Bundesregierung. Beim Aufbau der Telematikinfrastruktur müssten hohe Sicherheitsstandards gewährleistet sein, erkennt sie und schließt mit dem bemerkenswerten Satz: „Ent-

scheidend ist: Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt unangetastet.“

### Qualität der medizinischen Versorgung

„Die Bundesregierung verfolgt weiterhin konsequent ihre Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen“: Als Beispiel führt der Bericht das Krankenhausstrukturgesetz als „Baustein für den Wandel hin zu effizienten, bedarfsgerechten, patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Versorgungsstrukturen“ an. Qualität werde zu einem maßgeblichen Indikator des Krankenhaussektors, der sowohl bei der Planung von Kapazitäten als auch bei der Vergütung von Krankenhausleistungen beachtet werde.

Besagten „Baustein“ darf man dabei sicherlich getrost als Blaupause auch für die ambulante Versorgung werten: das Krankenhausstrukturgesetz sei ein Modell für die zukünftige „Staatsmedizin mit Qualitätssicherung“, hatte beispielsweise Dr. Thomas Drabinski vom Kieler Institut für Mikrodatenanalyse anlässlich eines Vortrags vor den Vorständen der AG KZVen in Travemünde (vgl. Zahnärzteblatt 11/2015, S. 5ff) dargelegt.

### Sozialversicherung profitiert von guter Beschäftigungslage

Die Sozialversicherungen profitierten von dem „weiterhin positiven Trend am Arbeitsmarkt“, erklärt die Bundesregierung in ihrem Wirtschaftsbe-



richt: Trotz einer Ausweitung der Leistungen, insbesondere im Bereich Pflege, seien die Beitragssätze „insgesamt weitgehend stabil“. Das gelte auch für den paritätisch finanzierten Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung.

„Durch die zum 1. Januar 2015 eingeführten einkommensabhängigen, kassenindividuellen Zusatzbeiträge wurde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verstärkt“, heißt es weiter im Bericht. Für das laufende Jahr gehe die Bundesregierung von einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,1 Prozent aus: Vor dem Hintergrund „erheblicher Leistungsausweitungen“ könne diese Entwicklung als „vergleichsweise moderat“ eingestuft werden.

Be

Studie zur Wechselbereitschaft in der GKV

## Die Trägheit der Masse

Bei der Wahl ihrer Krankenkasse achten die meisten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem auf das Leistungsangebot. Der reine Preis spielt dagegen für Viele nur eine untergeordnete Rolle. Das ist das Ergebnis des aktuellen WidOmonitors des Wissenschaftlichen Instituts der AOK über die Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV.

Die Umfrage stammt allerdings aus dem dritten Quartal 2015. Zum Jahreswechsel haben viele Krankenkassen nun ihren Zusatzbeitrag erhöht. Inwieweit das die Umfrageergebnisse beeinflussen würde, ist bisher nicht untersucht. Manches spricht jedoch dafür, dass die Wechselbereitschaft der GKV-Mitglieder derzeit nicht sonderlich ausgeprägt ist. Der Politik sei es mit der neuen Beitragssatzregelung ab 2015 gelungen, „den Preiswettbewerb deutlich zu entschärfen und damit die Voraussetzungen für mehr Qualitätswettbewerb zu schaffen“, kommentierte Klaus Jacobs, Geschäftsführer des WidO-Instituts. – Seit 2015 erheben die gesetzlichen Krankenkassen bei Bedarf einen einkommensabhängigen prozentualen Zusatzbeitrag, der vom Arbeitgeber oder der Rentenversicherung einbehalten wird.

**Zuvor war das anders:** Der Zusatzbeitrag wurde pauschal als fixer Eurobeitrag erhoben und musste von den Versicherten direkt an die Kasse gezahlt werden. Als in den Jahren 2010 und 2011 zunächst nur einige Kassen einen Zusatzbeitrag forderten, hatte das laut Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „signifikante Abwanderungsbewegungen“ zur Folge. Rund 90 Prozent aller Netto-Mitgliederverluste seien zwischen 2010 und 2011 bei Krankenkassen mit einem Zusatzbeitrag zu verzeichnen gewe-

sen. Unter den zwanzig größten gesetzlichen Krankenkassen gab es Ende 2011 vier, die einen Zusatzbeitrag erhoben. Von Anfang 2010 bis Oktober 2011 hatte sich deren Mitgliederzahl nach Angaben des Sachverständigenrats um 12,6 Prozent – über eine Million Personen – verringert. „Gerade bei jüngeren, gesunden, gebildeten Personen ist die Erhebung eines Zusatzbeitrags Auslöser für den Kassenwechsel und lässt sich kaum durch zusätzliche Leistungen oder Services des Versicherers kompensieren“, schlossen die Sachverständigen damals. Die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit für die Gruppe der von Zusatzbeiträgen betroffenen Versicherten bezifferte der Rat auf etwa zehn Prozent.

Von 2000 bis 2009 wechselten jährlich rund fünf Prozent der GKV-Mitglieder ihre Krankenkasse. In diesen Jahren waren die Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Kassen deutlich größer als heute. Für diesen Zeitraum wiesen „zahlreiche Studien“ den Beitragssatz als „dominanten Wettbewerbsparameter und zentrale Einflussgröße“ für einen Kassenwechsel aus, so der Sachverständigenrat. Unterschiede bei den Leistungen oder im Service spielten dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

Der vom Gesetzgeber erhoffte Wettbewerb um Qualität mutierte also ab 2010 zu einem Wettbewerb unter den Kassen um den niedrigsten Zusatzbeitrag.

Laut WidOmonitor hat sich das geändert. Die Leistungen sind demnach für 23,8 Prozent der Befragten das wichtigste Kriterium bei der Entscheidung für eine Krankenkasse. Persönliche Ansprechpartner und Betreuung sowie eine gute Erreichbarkeit spielen für 15,1 Prozent eine große Rolle. 13,3 Prozent achten auf das Preis-Leistungsverhältnis, allein der Preis bzw. der Beitragssatz einer Kasse wird dagegen nur von 3,4 Prozent als wichtiger Faktor angeführt.

8,8 Prozent der Studienteilnehmer dachten zum Zeitpunkt der Befragung über einen Wechsel ihrer Krankenkasse nach, lediglich drei Prozent hatten konkrete Wechselabsichten. Als Grund für den beabsichtigten Wechsel wurden schlechte Leistungserfahrungen mit der aktuellen bzw. bestimmte Leistungserwartungen an die neue Krankenkasse angeführt (42,6 Prozent). Das Preis-Leistungsverhältnis geben 18 Prozent, den Zusatzbeitrag dagegen nur 3,3 Prozent als Wechselgrund an.

Die Wechselbereitschaft steigt mit dem möglichen monatlichen Einsparbeitrag. Liegt er bei 20 Euro oder mehr, würden knapp 35 Prozent zumindest über einen Wechsel zu einer anderen Krankenkasse nachdenken, 44,6 Prozent würden ihre Kasse auf jeden Fall verlassen. Mehr als ein Drittel der Befragten jedoch würde auch bei hohen Einsparmöglichkeiten nicht wechseln. Die Wechselbereitschaft sinkt mit dem Alter deutlich ab;

so würden in der Gruppe der Rentner 60 Prozent ihre Kasse nicht wechseln.

Die Mehrheit der GKV-Mitglieder hat die Änderungen der Beitragssatzregelung zum Jahresbeginn 2015 offenbar gar nicht wahrgenommen: Nur 18 Prozent war bekannt, dass es Änderungen gegeben hatte: „Ein bemerkenswertes Ergebnis, wenn man berücksichtigt, dass die Änderung der GKV-Beitragssatzregelung zum Jahreswechsel 2015 im Vorfeld breit angekündigt war, in den Medien entsprechend über einen längeren Zeitraum diskutiert wurde und die Krankenkassen ihre Mitglieder darüber schriftlich bis zum 31. Dezember 2014 zu informieren hatten“, kommentiert das WIdO.

61,2 Prozent der Befragten konnten die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes nicht benennen. 94,3 Prozent waren nicht über die Höhe des Zusatzbeitrages informiert. Obwohl fast alle gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2015 einen Zusatzbeitrag forderten, bejahten nur 17 Prozent eine entsprechende Frage für ihre Kasse. Lediglich drei Prozent kannten den genauen Zusatzbeitrag der eigenen Krankenkasse. Offensichtlich könnten die Versicherten mit dem Begriff „Zusatzbeitrag“ wenig anfangen, wenn er im Zusammenhang mit dem prozentualen Gesamtbetrag steht, schloss Studienautor Klaus Zok.

Mehr als ein Drittel (35,2 Prozent) der Umfrageteilnehmer glaubten im Sommer 2015, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Zusatzbeitrag jeweils zur Hälfte bezahlen. Auf die Frage, ob der aktuelle Zusatzbeitrag in der GKV „prozentual“ oder als „fester Eurobetrag“ erhoben werde, kannten lediglich 54,6 Prozent die richtige Antwort. 20,3 Prozent gingen von einem Pauschalbetrag aus, ein Viertel antwortete mit „weiß nicht“.

„Die aktuelle Wechselbereitschaft in der GKV ist insgesamt eher gering“, schloss das WIdO. Die Versicherten verhielten sich „möglicherweise abwartend“, vermutlich führe auch die automatische Abrechnung über das Gehalts- bzw. Rentenkonto zu einer „relativierenden Wahrnehmung“, da die Beitragszahler nun nicht mehr „aktive Selbstzahler“ sind wie beim pauschal erhobenen Zusatzbeitrag. „Weil der neue Zusatzbeitrag zusammen mit dem allgemeinen Beitragssatz über die Gehaltsabrechnung oder von der Rentenversicherung eingezogen wird, fällt er weniger auf, und viele Mitglieder wissen auch nicht, was ein bestimmter Prozentwert für sie in Euro und Cent bedeutet“, resümiert das Institut.

Zudem waren die Unterschiede beim Zusatzbeitrag im Jahr 2015 noch nicht beträchtlich. Anders als in den Jahren 2010 und 2011 mussten allerdings nahezu alle gesetzlichen Krankenkassen einen Zusatzbeitrag fordern. Von zuletzt 122 Krankenkassen erhoben nach Angaben des WIdO im Jahr 2015 nur elf mit insgesamt einer Million Mitgliedern einen Zusatzbeitrag, der über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von damals 0,9 Prozent lag. Bei 46 weiteren Kassen mit zusammen 32,1 Millionen Mitgliedern betrug der Zusatzbeitrag genau 0,9 Prozent. Mitglieder dieser Kassen kamen damit insgesamt auf einen Beitragssatz von 15,5 Prozent. Für sie änderte sich im Vergleich zum Vorjahr also praktisch nichts: Auch 2014 hatte der Beitragssatz bei 15,5 Prozent gelegen. Vermutlich auch deshalb nahm die Mehrheit der GKV-Mitglieder die Änderung der Beitragsregelungen gar nicht wahr. 65 Krankenkassen verlangten 2015 einen Zusatzbeitrag unter 0,9 Prozent.

Derzeit scheint es also, als habe die Politik ihr Ziel erreicht, „den alles dominierenden Preis- bzw. Zusatzbeitragswettbewerb zu relativieren“. Ein geschickter Schachzug der Bundesregierung – oder doch nur Nebelkerzen?

Denn ob an die Stelle des Wettlaufs um möglichst geringe Zusatzbeiträge nun tatsächlich der aus Sicht der Politik erwünschte Wettbewerb um „Qualität“ tritt, ist fraglich – zumal das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen durchaus zugesteht, dass sich die Unterschiede beim Zusatzbeitrag „perspektivisch“ wieder vergrößern könnten. Offen bleibe, „ob die gesetzlichen Kassen genügend Freiräume haben, um sich in einem als sinnvoll empfundenen Wettbewerb substanziell zu unterscheiden – insbesondere im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung“, schließt Studienautor Zok.

■ KIRSTEN BEHRENDT

#### Fusion:

#### Barmer GEK und Deutsche BKK

Die Krankenkassen Barmer GEK und Deutsche BKK haben sich zusammengeschlossen: Die Verwaltungsräte beider Kassen besiegelten endgültig die Fusion zum 1. Januar 2017.

Die Vorsitzenden der Verwaltungsräte und der Vorstände unterzeichneten dafür in Berlin den Vereinigungsvertrag, der unter anderem die Satzung und die Standortstruktur festlegt. Beide Kassen erheben derzeit einen Zusatzbeitrag von 1,1 Prozent.

Nach heutigem Stand wird die „neue“ Barmer rund 9,6 Millionen Menschen versichern.

PM/Be



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

## „Der Zahnarzt im Netzwerk – Interdisziplinäre Zahnmedizin“



Nun ist es bald soweit: Die letzten Vorbereitungen für den 23. Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetag laufen auf Hochtouren. Vorab-Anmeldungen sind noch bis zum 7. April möglich. Restkarten gibt es ggf. an der Tageskasse. Mit diesem Zahnärzteblatt stellen wir die restlichen Referenten vor, die auf dem Zahnärztetag auftreten werden.

Dabei ist zu beachten, dass es einige Programmänderungen gegeben hat: Statt wie ursprünglich vorgesehen Prof. Dr. Christian Lampl wird PD Dr. Charly Gaul sowohl im Zahnärzte- als auch im Mitarbeiterteil zu den angekündigten Themen referieren. Für den ebenfalls verhinderten Dr. Jörg Schröder wird im Zahnärzteeil Dr. Thomas Clauder einspringen. Seinen Part im Mitarbeiterprogramm übernimmt Sina Schröder, in diesem Fall mit einem leicht modifizierten Thema: „Endodontie im Team – stressfreier und reibungsloser Behandlungsablauf.“

Das aktualisierte Programm finden Sie auf der Rückseite dieses *Zahnärzteblattes*.

Schmerzen im Kopf-Kiefer-Gesichtsbereich:

### Eine differentialdiagnostische Herausforderung

Im Kopf-/Gesichtsbereich liegen auf kleinem Raum zahlreiche anatomische Strukturen (Knochen, Muskeln, Nerven) beieinander, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der differentialdiagnostischen Zuordnung von Schmerzen erforderlich machen. Primäre Kopfschmerzkrankungen wie die Migräne und der Clusterkopfschmerz können sich im orofazialen Bereich manifestieren, ihre akute und prophylaktische Behandlung erfolgt

analog zu den Kopfschmerzkrankungen. Im Gesicht treten typische (Trigeminusneuralgie) und atypische (anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz) Schmerzsyndrome auf, deren Unterscheidung nicht immer einfach ist. Zahnärztlicherseits sind dentogene Ursachen auszuschließen. Unzureichende Kenntnisse der Differentialdiagnosen bergen das Risiko nichtindizierter, invasiver Eingriffe, die wiederum zur Schmerzzunahme führen können.

Die Internationale Kopfschmerzgesellschaft unterscheidet in ihrer aktuellen Klassifikation (ICDH-3 beta) zahlreiche primäre und sekundäre Gesichtsschmerzkrankungen, deren Verdachtsdiagnose aufgrund des klinischen Bildes anhand der etablierten Diagnosekriterien gestellt werden kann. Bildgebende und weitere Diagnostik ist notwendig, um sekundäre Ursachen nachzuweisen und gezielt behandeln zu können. Insbesondere

#### PRIVATDOZENT DR. MED. CHARLY GAUL



- 1991–1997 Studium der Humanmedizin in München und Heidelberg
- 1989–2006 Wissenschaftlicher Assistent, Universitätskliniken in Erlangen und Halle/Saale (Neurologie, Psychiatrie, Anästhesie/Schmerztherapie).
- 2006 Facharzt für Neurologie
- 2008 Zusatzbezeichnungen: Spezielle Schmerztherapie und Neurologische Intensivmedizin
- 2008 Oberarzt Neurologische Universitätsklinik Halle/Saale
- 2009–2011 Leiter des Westdeutschen Kopfschmerzzentrum Essen, Oberarzt Neurologische Universitätsklinik Essen
- 2012 Habilitation und Venia legendi für das Fach Neurologie
- seit 2012 Chefarzt der Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein
- seit 2016 Generalsekretär der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, Mitarbeit in Fachgesellschaften und Kommissionen:

Visiting Editor des Journals of Headache and Pain, Programmkommission des Deutschen Schmerzkongress, Expertengruppe Off-Label Neurologie/Psychiatrie beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Kommission Klinische Studien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) u. a.

bei chronischen Gesichtsschmerzen besteht häufig eine hohe schmerzbezogene Beeinträchtigung, die sich auch in zusätzlichen psychischen Beschwerden (insbesondere Depression und Angststörung) niederschlagen kann. In

einem interdisziplinären Diagnose- und Behandlungssetting können Zahnärzte, Neurologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Physiotherapeuten und Psychologen Diagnosen zuordnen und gezielt gemeinsam behandeln. Die besten Be-

handlungsergebnisse werden bei chronischen Schmerzen in einem multimodalen Therapieansatz erreicht.

■ DR. CHARLY GAUL

„Hammer im Kopf“ – Schmerzen an Zähnen, Kopf und Kiefer

## Woher sie kommen – wie sie behandelt werden

Kopf- und Gesichtsschmerzen sind außerordentlich häufige Beschwerden in der Bevölkerung. Unterschieden werden primäre Kopfschmerzerkrankungen, bei denen die Schmerzen selbst das wesentliche Kennzeichen der Erkrankung darstellen, von sekundären Erkrankungen, bei denen die Schmerzen Folgen einer anderen Grunderkrankung sind. Zu den häufigsten primären Kopfschmerzerkrankungen zählen die Migräne, die durch Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Übelkeit und Schmerzzunahme bei körperlicher Aktivität gekennzeichnet ist sowie der dumpf-drückende, meist beidseitig ausgeprägte Spannungskopfschmerz, der in aller Regel keine weiteren Begleitsymptome aufweist. Elektrisierend, blitzartig einschließende Schmerzen treten bei einer Trige-

minusneuralgie auf, die Attacken können durch Berührung, Kauen und Sprechen ausgelöst werden. Hier müssen zahnärztliche Ursachen der Beschwerden sicher ausgeschlossen werden. Eine Myoarthropathie des Kausystems, hervorgerufen durch vermehrtes Pressen und Knirschen, kann ein Beschwerdebild ähnlich einem Spannungskopfschmerz hervorrufen.

In der Behandlung von Kopf- und Gesichtsschmerzen wird die Behandlung akuter Schmerzen (z.B. Triptane zur Therapie der Migräne) von einer vorbeugenden Behandlung unterschieden, die die Häufigkeit der Schmerzattacken reduzieren kann. Die Akuttherapie erfolgt in aller Regel medikamentös, zur prophylaktischen Thera-

pie stehen spezifische Medikamente für die unterschiedlichen Kopf- und Gesichtsschmerzdiagnosen zur Verfügung. Einen hohen Stellenwert haben hier aber auch die regelmäßige Anwendung von Entspannungsverfahren (z.B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) und Ausdauersport sowie physiotherapeutische Interventionen. Bei chronifizierten Schmerzsyndromen sind die besten Behandlungsergebnisse im multimodalen Therapieansatz mit der Zusammenarbeit von Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Entspannungstrainern zu erreichen. Der Aufklärung der Patienten über ihr eigenes Erkrankungsbild kommt eine wesentliche Rolle zu.

■ DR. CHARLY GAUL

Endodontie im Team

## Stressfreier und reibungsloser Behandlungsablauf

Oft wird die Behandlungsassistenz in einer endodontischen Behandlung kaum in den Behandlungsablauf miteinbezogen. Meistens besteht die Tätigkeit der ZFA lediglich darin, am Stuhl zu sitzen und zwischendurch abzusaugen. Die Endodontie kann aber auch ganz anders gestaltet werden.

Viele Tätigkeiten können von der endodontischen Assistenz übernommen

werden, sodass sich der behandelnde Zahnarzt fast ausschließlich auf die Anatomie des Zahnes konzentrieren kann, mit oder ohne Einsatz des OP-Mikroskops. Je besser die Zusammenarbeit ist, umso harmonischer und effizienter verläuft die Behandlung, was der Assistenz und dem behandelnden Zahnarzt mehr Sicherheit gibt. Das bringt dem Behandlungsteam nicht nur mehr Freude an der

Fortsetzung von Seite 13:

## 23. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

### SINA SCHRÖDER



2007–2009	Ausbildg. zur zahnmedizinischen Fachangestellten
2009	Stipendium für Fort- und Weiterbildung durch die Stiftung Begabtenförderung
2009/10	Tätigkeit als zahnmedizinische Fachangestellte Schwerpunkte: Endodontie, EDV und Ausbildung der Auszubildenden
2010/11	Weiterbildung zur ZMV
seit 2010	Tätigkeit als ZMV/Praxismanagerin in der Zahnarztpraxis Erich Schröder
2011	Ernennung zum Prüfungsausschussmitglied ZÄK Hamburg
2011	Ernennung zum Berufsbildungsausschussmitglied ZÄK Hamburg
2013	Ernennung zum Prüfungsausschussmitglied für ZMV ZÄK Hamburg
2013	Referententätigkeit im Bereich Praxismanagement bei der Weiterbildung zur ZMV an der ZÄK Hamburg
2013	Aufnahme Studium der Zahnmedizin an der Universität Hamburg
2014/15	Referententätigkeit im Bereich Endodontie auf der Frühjahrsakademie DGET, Referententätigkeit „Kurzcurriculum Endodontie“ ZÄK Hamburg

Arbeit, auch der Patient fühlt sich dadurch optimal betreut und behandelt.

Im Vortrag werden die Interaktionen des Behandlungsteams in unterschiedlichen Behandlungsabschnitten während einer endodontischen Behandlung präsentiert – der Schwerpunkt wird dabei auf der Vierhandtechnik liegen. Im Detail wird der Einsatz von unterschiedlichen Instrumenten u. a. für die manuelle und die maschinelle Aufbereitung, die Verwendung von Signalen zur Instrumentenübergabe und die Organisation am Patienten unter Berücksichtigung von Ergonomie, Hygieneanforderungen und Qualitätsmanagement vorgestellt. Dieses bietet Anregungen, wie die Assistenz in der endodontischen Behandlung effizienter integriert werden kann, um Arbeitsabläufe zu verfeinern und reibungsloser zu gestalten.

■ SINA SCHRÖDER

## Allergien und Intoleranz den und Materialien

Allergien sind insgesamt häufig und kommen auch im zahnärztlichen Bereich vor. Sowohl die Mitarbeiter einer zahnärztlichen Praxis einschließlich Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA), Zahntechniker und Zahnarzt als auch Patienten, die dort behandelt werden, sind potentiellen Allergenen und Irritantien ausgesetzt. Viele Substanzen kommen als Auslöser in Betracht, dazu zählen vor allem Metalle, Gummibestandteile, Harze, Hygieneprodukte, Antiseptika und Zement. Während für Patienten Metalle am häufigsten Reaktionen auslösen, sind es für ZFAs Gummibestandteile einschließlich Latex und für Zahntechniker Harze wie Kolophonium.

Um den geeigneten diagnostischen Test zu veranlassen, sind eine detaillierte Anamnese und ein exakter dermatologischer Befund unerlässlich. Beispiel: Bei einer ZFA treten Juckreiz, Rötungen und Quaddeln an den Händen auf, die sich im weiteren Verlauf ausbreiten und auch mit Asthma verbun-

### PROF. DR. MED. REGINA FÖLSTER-HOLSTEN



seit 1985 Klinik für Dermatologie  
Universitätsklinikum Schleswig-H  
1985–1992 Assistenzärztin  
1990 Einrichtung und Leitung de  
1992 Zusatzbezeichnung Allergo  
Anerkennung als Facharzt für De  
seit 1992 Oberärztin  
2003 Habilitation an der medizir  
seit 2007 Professor (APL) an der  
1984–1985 Kinderfachklinik Sat

1984 Approbation als Arzt, Promotion zum Dr. med.  
1978–1984 Medizinstudium an der Christian-Albrecht-Universität  
1976–1978 Klinik für Dermatologie, Venerologie und Syphilidologie  
Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Medizinisch-Technische Fakultät  
**Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte**  
Atopisches Ekzem, Genetik, Pathophysiologie, Therapie  
allergische Rhinitis, Asthma bronchiale, Pädiatrische D



## entaler Werkstoffe

den sind. Es besteht der Verdacht einer Latexallergie, die durch einen Haut- und Bluttest verifiziert werden sollte. In diesem Zusammenhang ist aufgrund der Kreuzreaktivität auch nach Reaktionen auf z.B. Kiwi und Banane zu fragen. Die Latexallergie gehört zur Soforttypallergie, die auch mit Asthma und anaphylaktischem Schock einhergehen kann. Das wird auch zunehmend häufig auf das Antiseptikum Chlorhexidin beschrieben.

Häufiger kommt es bei Allergien gegenüber zahnärztlichen Materialien zu einer Spätreaktion, die sich beim zahnärztlichen Personal als Handekzem und beim Patienten als Lichen mucosae oder Rötungen und Schwellungen zeigen kann.

Therapeutisch steht die Karenz des verantwortlichen Agens im Vordergrund, daneben wird symptomatisch, z.B. mit lokalen Kortikosteroiden behandelt.

■ PROF. DR. REGINA FÖLSTER-HOLST

### OLST

gie, Venerologie und Allergologie,  
g-Holstein, Campus Kiel

der Neurodermitis-Sprechstunde  
rgologie  
Dermatologie

zinischen Fakultät der CAU  
der medizinischen Fakultät der CAU  
atteldüne, Amrum, Assistenzärztin  
d.  
echts-Universität zu Kiel  
nd Allergologie, Universitätsklinikum  
hnische Assistentin

rapie, Atopische Erkrankungen,  
e Dermatologie, Parasitosen

Endodontie bei schwierigen Zähnen

## Der Weg an die Spitze

Die moderne Endodontie hat in den vergangenen Jahrzehnten eine rasante Entwicklung durchlebt. Exzellente endodontische Therapie bietet die Grundlage für Langzeiterfolg, Beschwerdefreiheit der Patienten und die Basis für viele ästhetisch anspruchsvolle prothetische Rekonstruktionen. Modernes technisches Equipment und herausragendes Know-How sind dafür von entscheidender Bedeutung. Die Einführung des Operationsmikroskops und die damit verbundene Möglichkeit in die Wurzelkanäle zu sehen, orthograd und auch retrograd, hat das Verständnis für die Zahnmorphologie und seiner Komplexität fundamental verändert.

Die alltägliche endodontische Praxis konfrontiert den Praktiker jedoch immer wieder mit neuen Herausforderungen. Ein großes Problem stellen anatomische Abweichungen von der

Norm dar, die nicht so selten und exotisch sind, wie häufig angenommen wird. Eine routinierte und strukturierte Herangehensweise kann Komplikationen in der Therapie erheblich reduzieren. Die korrekte Einschätzung der Ausgangssituation, eine adäquate Zugangskavität, das Etablieren eines Gleitwegs und der Erhalt der korrekten Arbeitslänge spielen dabei eine entscheidende Rolle. Instrumentenfrakturen sind eine erhebliche Komplikation in der Wurzelkanalinstrumentation und sowohl für Patient, als auch den Behandler unerfreulich. Daher sollte der Fokus auf der Vermeidung dieser Komplikation liegen.

Der Kurvortrag zeigt moderne Herangehensweisen an komplexe anatomische Strukturen und gibt Tipps zur Fehlervermeidung.

■ DR. THOMAS CLAUDER

### DR. THOMAS CLAUDER



Spezialist für Endodontie, Certified, International Program in Endodontics, University of Pennsylvania/USA

Studium der Zahnmedizin an der Universität Hamburg

1994 Staatsexamen in Hamburg

1997 Niederlassung in eigener Praxis in Hamburg

seit 1998 wiederholte Studienaufenthalte in den USA

1999–2001 International Program – Department of Endodontics – University of Pennsylvania (Prof. Dr. Syngcuk Kim), USA

2001 Certification in Microendodontics and Endodontic Microsurgery  
zahnärztliche Tätigkeit seit 2002 auf Endodontie und endodontische

Mikrochirurgie limitiert, Certified Member European Society of Endodontology (ESE)

Seit 2007 Spezialist der Deutschen Gesellschaft für Endodontie und Traumatologie (DGET)

2007 Country Representative IFEA 7th World Endodontic Congress/Vancouver

Nationale und internationale Buchpublikationen und Vorträge

#### Mitgliedschaften:

Mitglied der Studiengruppe für Mikroskopie in der Zahnheilkunde, Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Endodontologie (SSE), Mitglied der American

Association of Endodontists (AAE), Gründungsmitglied und ehem. Vizepräsident der

Deutschen Gesellschaft für Endodontie (DGEndo, heute DGET), Certified Member European Society of Endodontology (ESE)

Austausch:

## Besuch der Verbraucherzentrale im Zahnärztehaus

Seit gut 15 Jahren kooperiert die „Zahnhotline“, die gemeinsame Patientenberatungsstelle von Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, nun bereits mit der Verbraucherzentrale im Land: Einmal im Monat führen Beratungszahnärzte an deren fünf Standorten ausführliche Gespräche mit Patienten (vgl. auch *Zahnärzteblatt* 12/15, S. 30 ff).

Soweit die Theorie. Doch wie sieht eigentlich die tägliche Arbeit bei der Zahnhotline aus, und was genau macht die Verbraucherzentrale? Um sich einen Eindruck zu verschaffen, verbrachte Dorothee Kremer, Beratungsstellenleiterin der Verbraucherzentrale Kiel, einen Vormittag mit Christina Kiencke, die seit 2010 die Patientenberatungsstelle der schleswig-holsteinischen Zahnärzte betreut, und konnte zahlreiche telefonische Beratungsgespräche „live“ miterleben. Einen Tag später erfolgte dann der Gegenbesuch Kienckes in der Verbraucherzentrale.

Als besonders positiv empfand Kremer, dass die „Zahnhotline“ lösungsorientiert arbeitet. „Bei den Gesprächen, die ich mitverfolgt habe, wurde kein Patient mit seinem Problem allein gelassen“, lobte sie. Die Bandbreite der Themen, die bei der Patientenberatung im Zahnärztehaus anfallen, ist groß: Anrufer haben beispielsweise Fragen zu einer geplanten Behandlung, zu ihrem Heil- und Kostenplan, zu Festzuschüssen und Bonusheft oder zu Härtefallregelungen. Sie benötigen Rat, weil der neue Zahnersatz nicht passt, der Gesprächsfaden zum behandelnden Zahnarzt abgerissen ist, sich kein Behandlungserfolg einstellen will oder weil die Behandlungskosten höher sind als erwartet. Die Zahnhotline gibt außerdem Auskunft darüber, bei welchem Zahnarzt etwa eine Behandlung in Narkose



Foto: Kirsten Behrendt

Dorothee Kremer (rechts) verfolgte einen Vormittag lang die Beratungsgespräche von Christina Kiencke

möglich ist und welche Praxen über eine besondere Ausstattung (Beispiel: rollstuhlgerechte Praxis) verfügen. Manchmal ist auch einfach Informationsmaterial zur Zahngesundheit gefragt.

„Wir greifen nicht in die Patientenautonomie ein“, erläuterte Kiencke die Vorgehensweise der Zahnhotline. „Vielmehr zeigen wir Möglichkeiten zur Problemlösung auf und unterstützen dadurch den Patienten bei der Entscheidungsfindung.“ – Ein Weg, den die Verbraucherzentrale in ihrer anbieterunabhängigen Arbeit ebenfalls geht. Bei rechtlichen Problemen werden aber auch durchaus einmal ganz eindeutige Empfehlungen ausgesprochen, wie Kiencke am Tag darauf feststellen konnte.

**Ein weiterer Unterschied:** Die Zahnhotline leistet keine Rechtsberatung. Dagegen ist die Verbraucherzentrale hauptsächlich mit Juristen besetzt; aber auch einen Versicherungsfachmann und vier Energieberater gibt es. Über elf Honorarkräfte verfügt die Verbraucherzentrale in Kiel insgesamt.

Während sich die Zahnhotline naturgemäß auf die Beratung zu Fragen und Problemen rund um die Zahngesundheit und die zahnärztliche Behandlung beschränkt, deckt die Verbraucherzentrale eine Vielzahl unterschiedlicher Themenbereiche ab. Da geht es zum Beispiel um Kaufverträge und Versicherungsrecht, Fragen zum Erwerb von Immobilien, Verbraucherrecht, Internetabzocke, Telekommunikation, Lebensmittel

und Ernährung, Altersvorsorge, Geldanlagen, Energieberatung oder Patientenverfügungen: Als besonders beeindruckend empfand Christina Kiencke bei ihrem Besuch denn auch die große Themenvielfalt, mit denen sich die Berater im Kieler Zentrum auseinandersetzen müssen. Zusatzbeiträge bei den gesetzlichen Krankenkassen sind nach Auskunft Kremers übrigens ebenfalls durchaus ein Thema bei der Verbraucherzentrale.

Die Zahnhotline berät in den meisten Fällen telefonisch; die Beratung ist kostenfrei. Auch der Erstkontakt in der Verbraucherzentrale erfolgt in der Regel über das Telefon; der Anrufer erhält hier jedoch einen Termin zu einem Beratungsgespräch bei einem auf das betreffende Thema spezialisierten Berater. Fast alle Ratsuchenden schätzen nach Kremers Erfahrung das persönliche Gespräch. Für die meisten Beratungen fallen Kosten in Höhe von 35 Euro an – das gilt auch für ein Gespräch mit den Beratungszahnärzten. Kurze Auskünfte an Personen, die mal eben mit einer Frage hereinschneien, sind kostenlos.

Kostendeckend, sagte Kremer, seien die Gebühren nicht. Die Höhe der Finanzierung der Verbraucherzentralen im Land sei stets unsicher. Auch deshalb gibt es inzwischen nur noch fünf Standorte in Schleswig-Holstein: Kiel, Lübeck, Norderstedt, Heide und Flensburg.

Der Bedarf an Beratung ist nach Kremers Einschätzung hoch. Allerdings gerieten Beratungsangebote schnell in Vergessenheit, wenn sie nicht präsent seien. Das zeige sich etwa in Städten, in denen Verbraucherzentralen geschlossen wurden: Die zentrale Vermittlung verzeichne von dort weniger Anfragen. Andererseits hätten die Beratungsstellen immer

dann besonders viel Zulauf, wenn eine Veröffentlichung in den Medien erfolgt ist. Das zu erreichen allerdings ist ein zähes Geschäft, weiß Kremer.

**Telefonische Anfragen zu zahnärztlichen Themen** verweist die Verbraucherzentrale im Allgemeinen an die Patientenberatung der schleswig-holsteinischen Zahnärzte. Einmal im Monat finden in den Räumen der Verbraucherzentrale in Kooperation mit der Zahnhotline persönliche Beratungen durch Beratungszahnärzte statt. Das, meint Kremer, sei „eine sehr gute Zusammenarbeit“.

Mit der UPD, die bis Ende letzten Jahres unter der „alten“ Trägerschaft ihren Sitz bei der Verbraucherzentrale in Kiel hatte, gebe es zurzeit

„keine Arbeitsebene“, erklärte sie. Der neue Träger Sanvartis verhalte sich „im Moment zurückhaltend“ – und profitiere zunächst von dem, was in den letzten zehn Jahren aufgebaut wurde. André Vogel, ehemals zuständig für die UPD-Beratungsstelle in Kiel, hat dabei inzwischen ein neues Aufgabenfeld gefunden: Er ist als Honorarkraft für den Bereich Patientenrecht bei der Verbraucherzentrale in Kiel tätig.

Was schätzt Dorothee Kremer besonders an ihrer Arbeit? „Man bleibt nie stehen“, schilderte sie. „Man muss sich immer wieder in neue Themen einarbeiten.“ Eine Aussage, die Christina Kiencke für ihren Bereich nur bestätigen kann.

■ KIRSTEN BEHRENDT

## Datenschützer Schaar leitet Schlichtungsstelle der gematik

Der ehemalige Bundesdatenschutzbeauftragte Peter Schaar hat zum Jahreswechsel den Vorsitz der Schlichtungsstelle bei der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) übernommen.

Die im Jahr 2010 eingerichtete Schlichtungsstelle wurde mit der Verabschiedung des e-Health-Gesetzes im Dezember 2015 erheblich aufgewertet. Sie ist nun nicht mehr nur bei Streitereien über den Aufbau der Infrastruktur zuständig, sondern kann auch im laufenden Betrieb hinzugezogen werden.

Der Volkswirtschaftler Schaar war von 2003 bis Ende 2013 Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Heute ist er Vorsitzender der Europäischen Akademie für Informationsfreiheit und Datenschutz in Berlin. Seit Jahrzehnten engagiert er sich in unterschiedlichen Ämtern

und Institutionen sowie auch als Autor für den Datenschutz. Die Berufung von Schaar gelte als Signal, dass der Datenschutz beim verstärkten Einsatz der Karte oberste Priorität habe, vermutet das Portal *heise.online*.

„Wir freuen uns sehr, mit Peter Schaar einen Experten an Bord zu haben, der sich der Anerkennung aller Beteiligten sicher sein kann“, erklärte Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Gesellschafterversammlung der gematik. „Ohne Zweifel wird er im Sinne von Patientennutzen und Datenschutz viel zur Digitalisierung der Kommunikation in der gesundheitlichen Versorgung beitragen.“

Als unparteiischer Vorsitzender der Schlichtungsstelle werde Schaar die Entscheidungen über Regelungen, Aufbau und Betrieb der Telematikaninfrastruktur mit voranbringen, schreibt die gematik in einer Pressemitteilung.

PM/Be



## 13. Institutstag

## Moderne Therapiekonzepte

Bloß keine Zeit verschwenden mit Theorie und vollmundigen Versprechen, die später in der Praxis widerlegt werden. So hätte das Motto des Februar-Institutstags im Heinrich-Hammer-Institut der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein lauten können. Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets aus Hamburg hielt das Auditorium mit seinem Vortrag zur Implantologie und Parodontologie auf Trab.

„Moderne Therapiekonzepte in der Implantologie und Parodontologie - was gibt es ‚Neues‘ für Sie als Behandler?“ Der Titel klingt sperrig. Doch die Anführungszeichen um das „Neue“ lassen aufmerken. Smeets, der Geschäftsführender Oberarzt und Leiter der Forschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Kopf- und Neurozentrum der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist, nimmt kein Blatt vor den Mund. „Sie könnten Ihre Zeit besser als mit dem Anhören von Vorträgen verbringen“, steigt er ein. „95 Prozent dessen, was in unserem heute zu beleuchtenden Bereich als neu gepriesen wird, ist Marketing. Und Vorträge enthalten gerade mal vier Prozent Substanz.“

Doch davon, dass der Referent angesichts so niederschmetternder Berechnungen lieber selbst gern ginge, keine Spur. „Ich bin Holländer“, schiebt er nach. Was besagen soll: Direktheit und Tempo sind seine Sache. Und ein gewisser Schalk im Nacken, der sich nicht gleich auf den ersten Blick offenbart, gehört zu dieser Mischung. Schon hat er die Lacher auf seiner Seite. Block und Bleistift liegen in den Zuhörerreihen längst parat. Soviel wissen alle die, die Smeets kennen: Wenn er loslegt, dann konzentriert er sich auf die praktisch relevanten Punkte, die sich Zahnärzte unbedingt merken sollten. Dass die Art der Präsentation durchaus Entertainerqualität hat, hilft der Konzentration nach.

Gleich streift er ein paar Schlagworte, die in der Implantologie in aller Munde sind. „Titan versus Zirkon“ zum Beispiel („Wenn da von metallfreier Alternative die Rede ist, muss ich schmunzeln“) oder „sterile Abutments“ („kaum möglich“). Auch „White Lounge und Porschefahren“, die einige Berufskollegen aus seiner Sicht als unverzichtbare Lifestyle-Elemente auffassen, kriegen ihr Fett weg. Automatisch ist die Spannung gestiegen, was dieser Referent mit dem weiten wissenschaftlichen wie praktischen Hintergrund zu sagen hat. Smeets ist ja auch noch Erster Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung in der DGZMK.

**Erste Botschaft:** Kurze Implantate im atrophierten Knochen haben im Durchschnitt eine gute Überlebensrate. Ein Zeitraum von 15 Jahren wird dabei zugrunde gelegt. „Durchmesserreduzierte Implantate haben gegen-

über konventionellen keinen Vorteil. Und sprechen Sie bei jedem Implantat immer mit dem Techniker, beziehen Sie seine Erfahrung unbedingt mit ein.“ Mit anderen Worten: Viel Neues gibt es aus seiner Sicht beim Implantat an sich nicht, misst man es am Langzeiterfolg. „Uns werden sehr oft Märchen erzählt, glauben Sie nicht alles“, unterstreicht er. „Mir geht es auch mit darum, dass Patienten das Implantat auch noch bezahlen können.“

**Nahtlos** kommt er zu seinem „Lieblingsthema Weichgewebe“. „Die Kunst ist, das Weichgewebe spannungsfrei zu halten. Für gute Ergebnisse empfehle ich auf jeden Fall mikrochirurgisches Arbeiten. Für Implantate in der ästhetischen Zone gilt das umso mehr.“ Immer wieder betont er den Stellenwert des detaillierten Therapiekonzepts. Wer als Risikopatient gilt, wie und wann dann Antibiotika eingesetzt werden, warum es zu



Waren von dem Vortrag begeistert:

(v. l.) Dr. Susanne Carstens, Dr. Tzanka Morrien und Helga Thiemke-Dederichs

Fotos: Cornelia Müller



Dr. Andreas Sporbeck, Vorstand Fortbildung der Kammer (re), hatte Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets als Referenten zum 13. Institutstag eingeladen.



Stella Bloß, Dr. Ralf Beleke sowie Dr. Manuela Littich resümierten: „Dieser Tag lohnt sich auf jeden Fall.“

Nekrosen kommt, wenn nicht alle Parameter akribisch beachtet werden – alles schlüsselt er im Rekordtempo, aber im Detail auf. Socket Preservation, Sofortimplantation und Periimplantitis, „gegen die es kein Rezept gibt“, hakt er genauso zügig ab. Wie man der Periimplantitis wirksam vorbeugen kann, das wird er später so dezidiert aufschlüsseln, dass mitschreibende Teilnehmer Mühe beim Notieren haben. Macht nichts. Smeets stellt großzügig seine gesamte Präsentation im Anschluss der halbtägigen Veranstaltung für alle zur Verfügung. Dennoch wird es jetzt äußerst lebendig im Saal. Smeets ermuntert das Auditorium zu Zwischenfragen, gibt gleich die Antworten, erläutert Problemlösungen an Beispielen aus seiner praktischen und wissenschaftlichen Arbeit an der Klinik.

„Faszinierend, ein absolut toller Vortrag“, sind sich Dr. Tzanka Morrien aus Osdorf, Helga Thiemke-Dederichs aus Flensburg und Dr. Susanne Carstens aus Kiel einig. Nicht nur diese

drei Zahnärztinnen setzen die fachliche Diskussion beim Brunch and Work angeregt fort. Carstens hat sich sogar vorgenommen, die Aufzeichnungen zu Hause gleich in Reinform zu bringen, „damit ich die Tipps in der Praxis parat habe“. Auch Stella Bloß, Dr. Ralf Beleke sowie Dr. Manuela Littich, die aus Tornesch ange-reist sind, sind angetan. „Dieser Tag lohnt sich auf jeden Fall. Man bekommt viel Input für die eigene Arbeit. Vieles wird aufgefrischt, und das in so mitreißender Weise, dass das Zuhören Freude macht“, sagen sie.

So hat der Referent auch im zweiten Teil leichtes Spiel, die Teilnehmer mit geballtem Wissen bei Konzentration und Laune zu halten. Wie wirkungsvoll Hyaluronsäure bei Korrekturen der Gingiva im Frontzahnbereich ist, mag manchem tatsächlich neu gewesen sein. Beim Weichgewebsmanagement geht es ins Eingemachte. Tipps und Tricks zu Schnitt- und Nahtführung macht Smeets anhand von Bildern aus der praktischen Arbeit für al-

le nachvollziehbar. Die Möglichkeiten der Knochen- und Weichgewebsregeneration zeigt er auf, gibt eine Marktübersicht über Membranen und Knochenersatzmaterialien, bewertet sie anhand eigener Erfahrungen. Sein Fazit: „In puncto Knochenersatz-Material gibt es an den Universitäten noch viel Forschungsbedarf. Die Datenlage ist hier relativ schlecht.“

Nach einer brillanten Fortbildung, für die man gern auch einen ganzen Tag aufgewendet hätte, gehen die Teilnehmer um 14 Uhr zufrieden ins Wochenende – nicht ohne sich in die Liste derer einzutragen, die den Vortrag auf dem eigenen Rechner erneut nachvollziehen wollen. Dr. Andreas Sporbeck, Vorstand Fortbildung der Kammer, hat allen Grund zu strahlen, als er Smeets wieder nach Hamburg verabschiedet. Auch dem Referenten hat es „wirklich Spaß gemacht, weil ich mit dem Auditorium so gut im Gespräch war.“

■ CORNELIA MÜLLER

## Bauliche Anforderungen an den Aufbereitungsort

Bei den Begehungen des Landesamtes für soziale Dienste wird auch der Ort inspiziert, an dem die Aufbereitung<sup>1</sup> von kontaminierten Instrumenten durchgeführt wird. Welche Schutzziele sind einzuhalten? Ist ein gesonderter Raum erforderlich? Diese und weitere Aspekte des Themas sollen im Folgenden erläutert werden.

### Rechtsgrundlagen

Für die Aufbereitung von Medizinprodukten der Risikogruppen semikritisch B und kritisch B wird möglichst ein eigener Aufbereitungsraum mit einer Bereichstrennung in unrein – rein – Lagerung gefordert. Dies ist bei Neu-, Zu- und Umbauten und möglichst auch in bestehenden Einrichtungen umzusetzen [RKI-Richtlinie, 2012: Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten].

### Worum geht es?

Instrumente und andere Medizinprodukte, die bei der Behandlung von Patienten durch den Kontakt mit Geweben, Blut, Speichel, Aerosol mit biologischen Arbeitsstoffen (Mikroorganismen, die den Menschen z. B. durch Infektionen, übertragbare Krankheiten, die Gesundheit schädigende Wirkungen etc. gefährden können) kontaminiert wurden, sind als potenziell infektiös anzusehen. Dies gilt auch für den Kontakt mit kontaminierten Medizinprodukten, Gegenständen, Flächen und Händen.

Die Aufbereitung dient der De-Kontamination der Medizinprodukte und damit der Beseitigung der möglicherweise vorhandenen Keime und

Krankheitserreger in Hohlräumen und auf Oberflächen. Dazu ist der Arbeitsablauf der Aufbereitung von unrein (kontaminiert) nach rein (dekontaminiert, keimarm) zu gestalten, die einzelnen Zonen sind klar voneinander zu trennen. Die Gefahr einer Kreuzkontamination durch sich kreuzende Transport- oder Verkehrswege muss vermieden werden. Nur so kann eine Rekontamination der gereinigten, desinfizierten und sterilisierten Medizinprodukte verhindert werden.

## Umsetzung in der Praxis

### Räumliche Trennung

Wenn ein genügend großer Raum für die Aufbereitung zur Verfügung steht, kann der Arbeitsablauf fortlaufend (z. B. von links – unrein – nach rechts – rein) oder auf gegenüberliegenden Seiten des Raumes eingerichtet werden. Somit ist eine räumliche Trennung der unreinen und reinen Prozesse möglich (siehe Abb. rechts).

Diese Organisation hat den Vorteil, dass zeitsparend gearbeitet werden kann. Es entfallen sich kreuzende Transportwege oder ungünstige Tätig-

keiten wie z. B. ein weiterer Arbeitsschritt für das Umpacken an einen anderen Arbeitsort zur Fortsetzung des Arbeitsablaufs.

Sind die räumlichen Bedingungen etwas eingeschränkter und ist z. B. beim Übergang von der unreinen zur reinen Zone die Gefahr einer Kontamination durch Verspritzen gegeben, können zusätzliche Schutzmaßnahmen erforderlich werden.

So kann der Einbau einer vertikal positionierten, leicht zu reinigenden und zu desinfizierenden Platte oder Scheibe als Spritzschutz Abhilfe schaffen. Eine solche zusätzliche Barriere ist ebenfalls in Betracht zu ziehen, wenn der Platz zur Anlieferung kontaminierter Instrumente und Beladung des RDGs (unreine Zone) unmittelbar neben dem Arbeitsplatz für die Kontrolle und Freigabe der sterilisierten Medizinprodukte (reine Zone) liegt.

### Organisatorische Trennung

Wenn in einem Aufbereitungsbereich oder -raum ausreichend Platz für die Einrichtung einer unreinen und einer reinen Zone fehlt, müssen die unreinen und reinen Arbeitsabläufe zeitlich-organisatorisch getrennt werden, um die Gefahr der Verschleppung von Keimen und der Rekontamination von bereits aufbereiteten Medizinprodukten zu unterbinden.

Dazu werden zunächst die unreinen Prozesse erledigt z. B. Abstellen von Trays mit benutzen Instru-

<sup>1</sup> Aufbereitung ist die Behandlung der kontaminierten Instrumente und medizinischen Geräte (Medizinprodukte) nach dem Einsatz am Patienten, sie besteht aus folgenden Arbeitsschritten: Vorbereitung für die Reinigung, Desinfektion und ggf. Sterilisation.



Aufbereitungsraum mit räumlicher Trennung der Prozesse von „unrein“ nach „rein“ – kontaminiert (rot) über desinfiziert (gelb) zu sterilisiert (grün):

1 Spender für Einmaltücher, 2 Spender für Händedesinfektionsmittel, 3 Ultraschallbad, 4 Spülbecken, 5 Reinigungs-Desinfektionsgerät, 6 Aufbereitungsgerät für Hand- und Winkelstücke, 7 Lupe zur Kontrolle, 8 Einschweißgerät, 9 Sterilisator, 10 Freigabe, Dokumentation

menten, Einsortierung sämtlicher Instrumente und Trays in das Reinigungs-Desinfektions-Gerät (RDG). Nach einer gründlichen Reinigung und Flächendesinfektion folgen an dem nun reinen Arbeitsplatz die reinen Arbeitsgänge, z. B. Entnahme der Instrumente und Trays aus dem RDG nach Reinigung und Desinfektion, Verpackung und Sterilisation.

In bestehenden Praxen ohne gesonderten Aufbereitungsraum muss die Aufbereitung in einem Behandlungsraum erfolgen. Bei dieser zeitlich-organisatorischen Trennung wird der Raum für eine bestimmte Zeit für Behandlungen gesperrt, z. B. von 12.00 bis 14.00 Uhr. Nach der Aufbereitung sowie der abschließenden Reinigung und Desinfektion der Arbeitsflächen kann der Raum dann erneut zur Patientenbehandlung genutzt werden.

Die aufeinander folgenden Arbeitsschritte der zeitlich-organisatorischen Trennung sowie bei der zeitlich-organisatorischen Änderung der Raumfunktion werden in einer Arbeitsanweisung festgeschrieben. Diese enthält zur Sicherstellung der oben genannten Qualitätskriterien genaue Angaben zum Ablauf der Prozesse, wann beispielsweise eine Flächendesinfektion durchzuführen ist.

#### Weitere Hinweise

- ▶ Für die Medizinprodukte-Aufbereitung genutzte Räume, Flächen und Apparate sollen ausschließlich diesem Zweck dienen. Eine anderweitige Nutzung des Aufbereitungsraums, z. B. als Abstellfläche, Durchgangsverkehrsfläche, zum Umkleiden bzw. als Sozialraum ist aus Gründen der

Infektionsprävention und des Arbeitsschutzes nicht zulässig.

- ▶ Der Aufbereitungsraum muss über eine Lüftungsmöglichkeit verfügen [TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege, 2014]. Die auch nach Arbeitsstättenrecht geforderte Lüftungsmöglichkeit ist wegen der zeitweise hohen Feuchtelasten durch Wasserdampfabgabe aus den Prozessen besonders wichtig. Erfolgt die Erneuerung der Raumluft durch Fensterlüftung, empfiehlt der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin im Hygieneleitfaden 2016 einen Insektenschutz.

■ DIPL.-BIOL. ROSEMARIE GRIEBEL



Korrekte Berechnung von Reparaturen

## Nichts hält ewig ...

Wie lange ein inkorporierter Zahnersatz hält, ist von vielen Einflüssen abhängig und von Patient zu Patient durchaus unterschiedlich.

Trotz heute schon langer Haltbarkeit und Funktionstüchtigkeit kann es dennoch bei längerer Tragedauer eines Zahnersatzes zu notwendigen Reparaturen kommen. Die Maßnahmen zur Wiederherstellung des Zahnersatzes können herausnehmbaren, aber auch festsitzenden Zahnersatz betreffen.

### Wiederherstellungen mit und ohne Abformung

GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung
5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)
5260	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen

Wie bei allen zahnärztlichen Therapien ist auch hier eine genaue Dokumentation zur korrekten Berechnung der Wiederherstellungsmaßnahmen nötig. Die Berechnung von Reparaturen bzw. Erweiterungen an herausnehmbarem Zahnersatz unterscheidet sich darin, ob die Wiederherstellung mit Abformung oder ohne Abformung erfolgt.

Erfolgt eine Reparatur ohne vorherigen Abdruck (GOZ-Nr. 5250), kann es sich beispielsweise um Sprungreparaturen, um Bruchreparaturen – bei denen sich die Bruchenden zweifelsfrei reponieren lassen – oder um den Austausch eines oder mehrerer defekter bzw. abgebrochener Prothesenzähne handeln. Mit dieser Leistung sind alle Maßnahmen, die der Wiederherstellung ohne vorherigen Abdruck dienen, abgedeckt. Maßnahmen zur Verbesserung der Retention, beispielsweise die erneute Adaptation von Halteelementen so-


wie das Aktivieren von Klammern, werden ebenfalls nach dieser Gebührennummer berechnet.

Davon abzugrenzen sind Wiederherstellungsmaßnahmen mit erforderlichem Abdruck (GOZ-Nr. 5260), die eine Erweiterung bzw. Vergrößerung des Zahnersatzes bei Zahnverlust oder Verlust von abgebrochenen Prothesenteilen beinhalten sowie bei Bruchreparaturen, bei denen sich die Bruchenden nicht zweifelsfrei reponieren lassen.

Die Herstellung eines neuen Prothesensattels im Rahmen einer Erweiterung wird nach der GOZ-Nr. 5070 („Brückenspanne, Prothesenspanne oder Steg“) berechnet. Falls an anderer Stelle weitere Wiederherstellungen notwendig sind, kann neben der GOZ-Nr. 5070 die GOZ-Nr. 5260 zusätzlich berechnet werden. Die Neuaufstellung von Prothesenzähnen bei Erhalt der Prothesenbasis fällt ebenfalls unter diese Gebührennummer.

Werden dagegen nicht nur alle Prothesenzähne neu aufgestellt, sondern auch alle Kunststoffsätze erneuert – das heißt nur die Modellgussbasis und die gegossenen Halte- und Stützelemente bleiben erhalten –, erfolgt die Berechnung gemäß GOZ-Nr. 5200 (anstatt der GOZ-Nr. 5260) und zusätzlich je Spanne und/oder Freundsattel gemäß GOZ-Nr. 5070.

### „Daten & Fakten 2015“ erso



Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung veröffentlichen jährlich die wichtigsten Kennzahlen zur zahnärztlichen Versorgung in der Broschüre „Daten & Fakten“ mit Infografiken und Tabellen.



## Unterfütterungen

GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung
5270	Teilunterfütterung einer Prothese
5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese
5290	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer
5300	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer

Wenn sich nach der Erweiterung einer Prothese und Abschluss der Wundheilung Inkongruenzen zwischen Prothesenbasis und Tegument bilden, wird die Unterfütterung an einem herausnehmbaren Zahnersatz in diesem Bereich als Teilunterfütterung nach GOZ-Nr. 5270 berechnet. Nicht umfasst von dieser Position sind Unterfütterungen unter Brückengliedern bei herausnehmbaren teleskopierenden Brücken, sie müssen nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.

Die GOZ-Nr. 5280 wird für eine vollständige Unterfütterung, die die gesamte Prothesenbasis eines herausnehmbaren Zahnersatzes umfasst, berechnet. Die Art der Prothese spielt dabei keine Rolle. Der Unterschied zu

den folgenden GOZ-Nrn. 5290 und 5300 liegt darin, dass kein Funktionsrand gestaltet wird.

Wenn großflächige Inkongruenzen zwischen der Prothesenbasis und dem Tegument, die ihre Ursachen in Veränderungen des Kieferkammes durch umfangreich vorangegangene Extraktionen oder operative Eingriffe haben können, vorliegen und die Abformung des Funktionsrandes notwendig ist, wird für den Oberkiefer die GOZ-Nr. 5290 und für den Unterkiefer die GOZ-Nr. 5300 berechnet.

Alle Unterfütterungen können im direkten oder indirekten Verfahren oder mit weichbleibenden Materialien erfolgen. Die zahntechnischen Leistungen für das Ausarbeiten und Polieren nach direkter Unterfütterung sind gemäß § 9 GOZ berechenbar.

Unabhängig von der Berechnung der zahntechnischen Leistungen bei Wiederherstellungen oder Unterfütterungen nach § 9 GOZ ist eine Prothesenreinigung in der GOZ nicht beschrieben und muss – wenn medizinisch notwendig – analog nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden. Ist die Prothesenreinigung medizinisch nicht notwendig, kommt die Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 GOZ zur Anwendung.

Rebasierungen umfassen das Ersetzen der gesamten alten Kunststoffbasis eines Zahnersatzes unter Erhalt des Zahnbogens. Eingeschlossen ist eine vollständige Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung. Rebasierungen sind in der GOZ ebenfalls nicht beschrieben und werden nach § 6 Abs. 1 analog berechnet.

Unterfütterungen nach den GOZ-Nr. 5270 bis 5300 sind nicht neben Wiederherstellungen nach GOZ-Nr. 5250 bzw. 5260 – wenn sie in einem Arbeitsgang erfolgen – berechenbar. Handelt es sich jedoch um zeitlich getrennte Maßnahmen, sind beide als selbstständige Leistungen berechnungsfähig.

Alle im Zusammenhang mit Wiederherstellungen und Unterfütterungen verwendeten Abformmaterialien und Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ sind zusätzlich berechenbar.

■ DR. ROLAND KADEN  
Vorstand Gebührenrecht

*Wird fortgesetzt*

## rschienen

Visualisiert sind u. a. die Entwicklung der Zahnarztzahlen, der Kariesbefall bei Jugendlichen im internationalen Vergleich sowie die Verteilung der Zahnärzte aufgeschlüsselt nach Regionen und Geschlecht.

Die Ausgabe für 2015 steht jetzt zum Download bereit: [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de) – Wir über uns – Daten und Zahlen. Die Broschüre ist zudem als Printversion erhältlich.

*BZÄK-Klartext*

Buchvorstellung

# Perspektiven des Gesundheitswesens

Prof. Dr. Fritz Beske hat ein neues Buch geschrieben mit dem Titel „Perspektiven des Gesundheitswesens – Geregelter Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft“. Die wichtigsten Kernaussagen aus diesem Buch stellen wir hier kurz vor. ZÄK SH

## Bevölkerungsentwicklung

Bis 2060 geht die Bevölkerungszahl um 13 Millionen, die nachwachsende Generation um 4 Millionen und die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter um 15 Millionen zurück. Allein die Altersgruppe 67 Jahre und älter nimmt um 5 Millionen zu.

## Krankheitshäufigkeit

Bis 2050 wird die Zahl der an Diabetes Erkrankten um 20 bis 22 Prozent zunehmen, der Herzinfarkt um 75 Prozent, der Schlaganfall um 62 Prozent, Krebserkrankungen insgesamt um 27 Prozent und die Zahl der an Demenz Erkrankten von 1,1 auf 2,2 Millionen.

## Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In der GKV steigen die Kosten für die Gesundheitsversorgung eines Versicherten von 970 Euro im Alter von 1 bis 29 Jahren auf 5343 Euro im Alter von 90 Jahren. Wird davon ausgegangen, dass die durch den medizinischen Fortschritt bedingten Ausgaben der GKV jährlich zwei Prozent dieser Ausgaben betragen, könnte der Beitragssatz der GKV bis 2060 bis auf 52 Prozent steigen. Höheren Beitragssätzen sind Grenzen gesetzt. Leistungseinschränkungen sind unvermeidlich.

## Steuermittel für die GKV

Bei einem weiter steigenden Beitragssatz der GKV werden Steuermittel zur Defizitfinanzierung gefordert. Eine Aufstellung darüber, welche Aufgaben über Steuermittel zu finanzieren sind und welcher Forderungskatalog an Steuermittel besteht, macht deutlich, dass diese Forderung in Konkurrenz zu vielen anderen Politikbereichen steht. Hinzugekommen sind die Aufwendungen für Asylbewerber und Flüchtlinge. Es ist eine Illusion zu

glauben, dass der Staat bereit sein wird, die GKV mit Steuermitteln zu subventionieren.

## Fachkräftemangel

Die beiden zahlenmäßig stärksten Gesundheitsberufe sind Ärzte und Pflegekräfte. Bei beiden Berufen gibt es schon heute einen ungedeckten Bedarf, eine Situation, die sich verschärfen wird. Bei Ärzten ist besonders groß der Mangel an Hausärzten. Bei Pflegekräften verdoppelt sich der Bedarf allein für die Versorgung Pflegebedürftiger bis 2060 auf 1,4 Millionen. Da die Berufe des Gesundheitswesens in Konkurrenz zu allen anderen Berufen stehen, ist dieser Bedarf nicht zu decken.

## Versorgung Pflegebedürftiger

Bis 2050 steigt die Zahl Pflegebedürftiger von 2,3 auf 4,6 Millionen. Die Pflegekraft von Familien geht durch die Zunahme von Pflegebedürftigen, die Mobilität der Erwerbstätigen und die Zunahme von Einpersonenhaushalten zurück. Der Bedarf an Pflegeheimplätzen steigt von 840.000 auf 2 Millionen 2050.

## Versorgung ländlicher Räume

Es wird nicht gelingen, die Versorgung ländlicher Räume durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser dauerhaft flächendeckend und wohnortnah mit einem hohen Maß an Versorgungsqualität sicherzustellen. Die Zielvorgabe kann daher nicht lauten, Sicherstellung einer wohnortnahen

Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH, Kiel

Perspektiven des Gesundheitswesens

Geregelter Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft

Verfasser

Fritz Beske

Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen

Staatssekretär a. D.

Unter Mitarbeit von

Alexander Katalinic

Institut für Krebsepidemiologie e. V. an der Universität zu Lübeck

Elke Peters

Institut für Krebsepidemiologie e. V. an der Universität zu Lübeck

Ron Pritzkeleit

Institut für Krebsepidemiologie e. V. an der Universität zu Lübeck

ISBN 978-3-662-48940-6

978-3-662-48941-3 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-48941-3

© Springer-Verlag

Berlin Heidelberg 2016

Versorgung, sie lautet, die Versorgung sicherstellen. Dies kann auch örtlich erfolgen, wird aber zunehmend aus städtischen Regionen heraus oder durch den Transport aus der ländlichen Region in die nächste Stadt erfolgen.

#### Hausarztssystem als Grundlage für die hausärztliche Versorgung

Die **uneingeschränkte freie Arztwahl** hat zur Folge, dass kein Hausarzt über alle seine Patienten betreffenden medizinischen Daten verfügt. Belastet wird das Gesundheitssystem durch die Finanzierung unnötiger Leistungen durch mehrere Ärzte, gefährdet ist die Patientensicherheit durch unkontrollierte Mehrfachbehandlungen und Mehrfachmedikation. Es wird vorgeschlagen, ein verbindliches Hausarztssystem einzuführen. Jeder Versicherte wird verpflichtet, einen Hausarzt zu wählen, dabei ist er frei in der Wahl seines Hausarztes. Fachärzte dürfen nur mit Überweisung durch einen Hausarzt aufgesucht werden. Der Patient ist frei in der Wahl des Facharztes. Die Approbationsordnung für Ärzte wird mit einer stärkeren Ausrichtung auf die hausärztliche Versorgung geändert. Die Zulassung zum Medizinstudium erfolgt ausschließlich durch die medizinischen Fakultäten mit dem Ziel, diejenigen Bewerber auszuwählen, die voraussichtlich bereit sind, eine ärztliche Tätigkeit und dabei auch eine Tätigkeit als Hausarzt auszuüben.

#### Leistungseinschränkungen in der GKV

**Leistungseinschränkungen** werden unvermeidlich. Vorbereitend sollte Zurückhaltung bei neuen Leistungen mit neuen Kosten erfolgen. Wird nicht gehandelt, tritt ein, was vermieden werden muss, dass nicht die medizinische

Notwendigkeit über das Gewähren oder Versagen von Leistungen entscheidet, sondern allein der Zufall. Dies ist die ungerechteste und unsocialste Lösung überhaupt. Handeln muss der Gesetzgeber und damit die Politik. Erforderlich ist die Berufung eines Expertengremiums, das aus Mitgliedern besteht, die sich ausschließlich dem System verantwortlich fühlen. Ihre Aufgabe ist die Erarbeitung von Vorschlägen für die Politik.

**Beispiele diskussionswürdiger**

**Themen sind:**

Rationalisierung vor Rationierung, Versicherungsfremde Leistungen, Selbstbeteiligung, Festzuschüsse, Karenztage, Satzungsleistungen, Extrabudgetäre Leistungen, Stationäre Rehabilitation und Kuren, Bürokratieabbau.

#### Private Krankenversicherung

Das **duale Gesundheitssystem** mit Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung gilt unverändert fort.

#### Priorität für Notfallversorgung

In der **Verteilung** begrenzter Mittel darf es keinen Bereich der Gesundheitsversorgung geben, der a priori von Überlegungen über die Verteilung dieser Mittel ausgeschlossen wird, mit einer einzigen Ausnahme, der Notfallversorgung. Jeder Bürger muss die Gewissheit haben, dass im Notfall medizinische Hilfe kurzfristig zur Verfügung steht.

#### Gemeinsamer Bundesausschuss und wiederbelebtes Bundesgesundheitsamt

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist zur einflussreichsten Einrichtung des Gesundheitswesens geworden. Bei den Entscheidungen des G-BA kann nicht ausgeschlossen werden, dass Interessen der Trägerorganisationen in Entscheidungen einflie-



ßen. Es gilt der Grundsatz: Entscheidungen, die auch nur randständig die Interessen von einem der vier Träger des G-BA berühren, können nicht vom G-BA getroffen werden. Aus diesem Grund wird das ehemalige Bundesgesundheitsamt neu errichtet.

#### Prävention

Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit aus Steuermitteln zu finanzieren unabhängig davon, dass es eigenständige Präventionsmaßnahmen gibt, z. B. von GKV und PKV. Die Bundesregierung plant ein Präventionsgesetz mit weitgehender Finanzierung aus Mitteln der GKV. Dies wird abgelehnt. Gefordert wird ein verbindlicher Gesundheitsunterricht in Kindertagesstätten und Schulen.



## Strategieplanung für 2016

### Feste Preise in der GKV

In der GKV wird die pauschale Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung durch eine Einzelleistungsvergütung abgelöst. Nur auf diesem Wege ist eine leistungsbezogene und transparente Vergütung möglich. Es ist davon auszugehen, dass sich bei festen Preisen die Zahl der in einem Quartal behandelten Patienten um 50 Prozent reduziert, womit mehr Zeit für den einzelnen Patienten zur Verfügung stünde.

### Anpassung von Sozialgesetzbuch V an Grundsätze der sozialen Marktwirtschaft

Das SGB V wird unter dem Gesichtspunkt von Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft, auch im Gesundheitswesen, überarbeitet. Beispielhaft kann die Vergütung zahntechnischer Leistungen durch das Zahntechnikerhandwerk aus dem SGB V herausgenommen werden. Festzuschüsse können in allen Leistungsbereichen in dem Umfang festgesetzt werden, wie dies von der Sache her möglich ist. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, 2003 in das SGB V eingeführt und wegen ihrer Komplexität mit einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand bis heute noch nicht umgesetzt, wird im SGB V gestrichen.

### Ausblick

Es kann nicht erwartet werden, dass dieses Buch so umgesetzt wird, wie es vorgelegt wird. Sollte jedoch eine Sensibilisierung über das erfolgen, was auf die Gesundheitspolitik und auf die Gesellschaft zukommt, ist viel erreicht.

PM

Am 5. Februar trafen sich die Gremien des Versorgungswerkes – also die Mitglieder des Aufsichts- und des Verwaltungsausschusses sowie der Geschäftsführung – zu einer Klausurtagung in Howacht. Ziel dieser Tagung war die Festlegung der Anlagestrategie für das laufende Jahr. – Kammerpräsident Dr. Michael Brandt nahm die Gelegenheit wahr, sich intensiv über die Arbeit des Versorgungswerkes zu informieren.

Der Tag begann zunächst mit einer regulären Sitzung des Verwaltungsausschusses. Bei dieser Gelegenheit wurde auch Herr Rainer van der Meirsch, Bankdirektor, offiziell begrüßt. Er ist seit dem 1. Januar des Jahres neues Mitglied des Verwaltungsausschusses.

Dr. Steffen Kraus, Jurist in Kiel, informierte die Mitglieder beider Ausschüsse in seinem Vortrag „Chancen und Risiken ausgewählter Kapitalanlagen“ über die Kapitalvergabe in verschiedenen Anlageklassen mit dem Schwerpunkt „Finanzierungen von Immobilien“.

Dann ging es an die Festlegung der strategischen Ausrichtung des Versorgungswerkes. Traditionell wird in diesem Strategieteil nach einem kurzen Rückblick auf das vergangene Jahr der Rahmen der Anlagepolitik für die vorausehbare Zukunft festgelegt.

Hierbei lag der Fokus natürlich auf der seit Jahren anhaltenden Niedrigzinspolitik aufgrund der Staatsschuldenkrise. Damit einhergehend besteht die Problematik, bei angemessenem Risiko noch einen ausreichenden Ertrag zu erwirtschaften. Dies ist mit traditionellen Anlagen wie festverzinslichen Wertpapieren allerdings nicht mehr möglich.

Die Gremien des Versorgungswerkes hatten dies frühzeitig erkannt und das Anlageverhalten in anderen Anlageformen ausgeweitet. Die Ausschlussmitglieder waren sich einig, dass diese Politik beibehalten werden muss. Diese Strategie bedeutet allerdings auch eine erheblich höhere Arbeitsbelastung für alle Beteiligten.

Einig war man sich auch in der Einschätzung der möglichen Konsequenzen, wenn die Niedrig- oder gar Nullzinspolitik noch über einen längeren Zeitraum anhält. Denn spätestens, wenn die höher verzinslichen Altanlagen auslaufen und auch andere Anlageformen wie Immobilien und Beteiligungen kaum noch nennenswerte Erträge bringen, wird sich der Rechnungszins nicht mehr erwirtschaften lassen – zumindest nicht bei überschaubarem Risiko.

Im weiteren Verlauf des intensiven Arbeitstages beschäftigten sich die Ausschussmitglieder mit dem Prognosegutachten des Versicherungsmathematikers, Richtlinienanpassungen, einer geplanten Satzungsüberarbeitung, Quotenregelungen im Rahmen der Anlageverordnung und die Angemessenheit der Aufwandsentschädigung der Gremienmitglieder.

Der Arbeitstag endete um 18.45 Uhr, der Meinungsaustausch wurde jedoch bei einem gemeinsamen Abendessen fortgesetzt. Erfahrungsgemäß entstehen dabei manchmal die besten Ideen.

*Das Versorgungswerk*



Auch das noch:

## Harald ist 60

Es begann Ende der 80er Jahre in der Bezirksgruppe Süd, das gemeinsame standespolitische Leben mit Harald Schrader. Wer da mithalten wollte, musste nicht nur fit im Kopf sein, er musste auch Sitzfleisch mitbringen, denn fast jede Sitzung – sei es Bezirksgruppenvorstand oder Mitgliederversammlung – endete weit nach Mitternacht im Hotel Wiggers in der Oldesloer Bahnhofstraße.

Der Wirt kannte uns und ließ uns gewähren – wenn auch manchmal schon die Stühle hochgestellt wurden.

HVM oder kein HVM? („Wir akzeptieren nur die Einzelleistungsvergütung als Verteilungsmaßstab!“) – Nur Direktabrechnung mit Kostenerstattung oder der „duale Weg“? („Nieder mit den Dualisten!“) – Und dann natürlich der „Korb“ – die gesammelten Erklärungen zum kollektiven Zulassungsverzicht (Spitzenquote im Kreis Hztm. Lauenburg).

Das waren einige der Themen, über die wir uns stundenlang die Köpfe heiß diskutierten. Neben dem Bezirksgruppenvorsitzenden Peter Kriett waren besonders die Lauenburger – allen voran Jens Mulzer und Gero Wessel, aber auch Harald Schrader – die Meinungsführer. Wobei schon damals auffiel, dass Harald eine etwas längere „Warmlaufphase“ brauchte, bevor er sich einmischte: Erst Nachdenken, dann Reden! Emotionen waren und sind bei ihm nicht so einfach auszumachen. Sein Herz trägt er nicht unbedingt auf der Zunge, wohl aber hat er feste Wertvorstellungen.

Harald gehörte – seit ich ihn kenne – zu denjenigen, die nicht nur meckern, sondern auch Verantwortung übernehmen. Nicht nur in seinem Kreisverein und in der Bezirksgruppe, seit Menschengedenken als Versammlungsleiter der Landesversammlung des Freien Verbandes

und seit 2005 auch der Hauptversammlung auf Bundesebene, als KZV- und als Kammerdelegierter, als Gutachter, Obergutachter und Vorsitzender des Prothetik-Einigungsausschusses, als Mitglied in vielen weiteren Ausschüssen von Kammer und KZV und als Richter am Landessozialgericht. Haralds Urteil beruht immer zunächst auf Erkenntnisgewinn. So dauerte es auch geraume Zeit, bis die Entscheidung reifte, sich als Bundesvorsitzender zur Wahl zu stellen: Eine gute Entscheidung und ein Gewinn für den Verband und die Kollegenschaft!

Das Licht der Welt erblickte Harald im beschaulichen Fredenbeck bei Stade, der Vater leitete dort die Raiffeisenbank und gründete später eine Konservenfabrik. Das Landleben gefiel ihm offenbar – noch heute gräbt er lieber den Garten um („Da sieht man, was man geschafft hat“), als zur körperlichen Betätigung sinnfrei durch die Gegend zu joggen. Das Kollegium der Schule behagte ihm aber anscheinend nicht so sehr (oder umgekehrt?). Die Lösung: Der Junge kam auf's Internat – genauer gesagt das Internatsgymnasium Pädagogium Bad Sachsa, wo er die Reifeprüfung ablegte, um anschließend nach dem Wehrdienst ein Studium der Volkswirtschaftslehre in Freiburg aufzunehmen. Aber trockene Zahlen waren wohl nicht so recht nach seinem Geschmack. Jedenfalls ging ihm eines Tages auf der Heimfahrt in Höhe Göttingen der Sprit aus. Welch glückliche Fügung. Die Zwangspause nutzte er, um bei Freunden in der Universitätsstadt einzukehren. Der Vater des besten Schulfreundes war Zahnarzt, Haralds älterer Bruder studierte bereits Zahnmedizin und so bewarb er sich kurz entschlossen in Göttingen. Es war die richtige Entscheidung – was vielleicht auch am damaligen Oberarzt der Zahnklinik in Göttingen, dem zuletzt in Greifswald lehrenden Professor Georg



Foto: Jörg Wohlfromm

(für Harald „Schorse“) Meyer lag. Die Assi-Zeit absolvierte er in Ostfriesland und ließ sich dann ab August 1988 im Sachsenwald in Schwarzenbek nieder.

Dass die Familie für Harald ganz oben rangiert, ist leicht zu erkennen – man sieht ihn häufig auch zu „offiziellen“ Anlässen mit seiner Frau Rose und dem Sohn Konstantin. Auch Genüssen ist er nicht abgeneigt. Er schätzt nicht nur gutes Essen (alles außer Aal ...) und auch gerne mal Süßes (am Ende der Sitzung noch einen gemischten Eisbecher), sondern kocht auch leidenschaftlich gern selber.

Lieber Harald, Franz Müntefering hat seinen Job als SPD-Vorsitzender mal als „schönstes Amt nach'm Papst“ bezeichnet. – Nicht alles, was hinkt, ist ein Vergleich, aber in Deiner unpräzisen, abgeklärten und zupackenden Art erinnerst Du mich schon manchmal an diesen Mann. Du hast mit dem Bundesvorsitz eine der schwierigsten und zugleich spannendsten Aufgaben übernommen, die ein Zahnarzt ehrenamtlich zu bewältigen hat.

Dafür und für alle weiteren beruflichen und privaten Herausforderungen wünsche ich Dir eine glückliche Hand und vor allem: Bleib gesund. Für Alt-68er sind wir beide zu jung – willkommen bei den 60ern!

■ DR. JOACHIM HÜTTMANN  
Freier Verband Deutscher Zahnärzte  
Vorsitzender des Landesverbandes  
Schleswig-Holstein

CETA:

## „Sozialversicherung in Deutschland nicht beeinträchtigt“

Die Bundesregierung sei sich der „besonderen Bedeutung der Sozialversicherung als wesentliches Fundament für den Sozialstaat“ bewusst. Die Sozialversicherung in Deutschland werde daher in ihrer Funktionsweise durch CETA oder andere Handelsabkommen nicht beeinträchtigt werden. „Handelsabkommen der EU werden die Spielräume in Deutschland zur Organisation der Sozialversicherung, unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung, Trägerstruktur und Finanzierung nicht einschränken.“

Das versichert die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zum Thema „Die sogenannte Negativliste im CETA-Abkommen“.

CETA, das geplante europäisch-kanadische Freihandelsabkommen, ist ebenso heftiger Kritik ausgesetzt wie TTIP, das Abkommen zwischen Europäischer Union und den USA. Ähnlich wie TTIP ist auch CETA noch nicht in Kraft, jedoch ist der Prozess hier bereits weiter fortgeschritten: Die Verhandlungen wurden im September 2014 abgeschlossen, derzeit wird der Text einer rechtlichen Prüfung unterzogen; die Ratifizierung steht entsprechend noch aus.

Gemäß CETA-Verhandlungsmandat aus dem Jahr 2009 wird bei dem Abkommen die „größtmögliche Handelsliberalisierung“ angestrebt. Alles, was nicht der Liberalisierung unterworfen werden soll, muss explizit in einer Negativliste aufgeführt werden. Die LINKE befürchtet Lücken in den entsprechenden Listen und moniert zugleich auch die Unübersichtlichkeit des Negativlisten-Ansatzes.

Die Bundesregierung beschreibt in ihrer Antwort die Frage der Listensystematik dagegen als rechtstechnischer Natur. Entscheidend sei, dass die EU und Deutschland den Spielraum behalten, Maßnahmen zur Gestaltung und Organisation der „Daseinsvorsorge“ sowie

zur Regulierung insbesondere in den Bereichen Bildung, Soziales, Gesundheit, Umwelt (u.a. Wasser), Kultur und Medien aufrechtzuerhalten und auch zukünftig zu ergreifen. Der CETA-Entwurf stelle diesen Spielraum sicher, erklärt die Bundesregierung.

„Die Erstattungsfähigkeit bzw. Leistungspflicht für eine Heilbehandlung im System der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt allgemein geltenden und nicht diskriminierenden Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und wird durch CETA oder andere Handelsabkommen nicht beeinflusst“, heißt es weiter.

Be



### Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung beruft gem. § 8 Ziffer 6 der Satzung der KZV Schleswig-Holstein in Absprache mit dem Vorstand eine ordentliche Vertreterversammlung ein

für **Mittwoch, den 27. 4. 2016 – 14.00 Uhr**

**im Zahnärztehaus – Hörsaal, Westring 498, 24106 Kiel**

und gibt nachstehende **Tagesordnung** bekannt:

**Gastreferat:** Prof. Dr. Matthias Lücke – *Senior Researcher und Mitglied des Management Boards, Institut für Weltwirtschaft an der Universität Kiel* – Thema: „Flüchtlingsmigration – globale Verantwortung und lokales Handeln“

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



# Versorgungsgradzahlen aus dem Bedarfsplan

(Stand: 1. Januar 2016 · Behandlungsfälle III. Quartal 2015) – Bezugnehmend auf unseren Artikel auf den amtlichen Seiten des Zahnärztleblattes 5/2007, Seite 26, weisen wir nochmals auf den rein informativen Charakter der nachfolgenden Daten hin.

## Planungsblatt B – Zahnärztliche Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	132.685	79,0	70	9,50	79,50	0	79,50	100,7
2	Flensburg	84.694	50,4	52	9,25	61,25	0	61,25	121,5
3	Kiel	243.148	190,0	192	31,25	223,25	1	222,25	117,0
4	Kreis Lauenburg	190.703	113,5	91,5	18,75	110,25	0	110,25	97,1
5	Lübeck	214.420	167,5	149	25,00	174,00	0	174,00	103,9
6	Neumünster	77.588	46,2	48	6,50	54,50	0	54,50	118,0
7	Kreis Nordfriesland	162.203	96,5	82	12,25	94,25	1	93,25	96,6
8	Kreis Ostholstein	198.355	118,1	124	11,75	135,75	1	134,75	114,1
9	Kreis Pinneberg	304.087	181,0	166	29,75	195,75	1	194,75	107,6
10	Kreis Plön	126.865	75,5	66	14,25	80,25	0	80,25	106,3
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	268.628	159,9	157	34,75	191,75	1	190,75	119,3
12	Kreis Schleswig-Flensb.	195.593	116,4	101	15,5	116,50	1	115,50	99,2
13	Kreis Segeberg	264.972	157,7	141,5	28,00	169,50	0	169,50	107,5
14	Kreis Steinburg	130.218	77,5	63	16,00	79,00	3	76,00	98,1
15	Kreis Stormarn	236.705	140,9	135,5	17,50	153,00	1	152,00	107,9

## Planungsblatt C – Kieferorthopädische Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl (0 – 18 J.)	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte + Ermächt.	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	23.713	5,9	5	1,00	6,00	0	6,00	101,7
2	Flensburg	13.541	3,4	4	1,25	5,25	0	5,25	154,4
3	Kiel	37.091	9,3	13	1,75	14,75	1	15,75	169,4
4	Kreis Lauenburg	35.092	8,8	7	0,00	7,00	0	7,00	79,5
5	Lübeck	34.198	8,5	7	2,00	9,00	0	9,00	105,9
6	Neumünster	13.741	3,4	8	1,00	9,00	0	9,00	264,7
7	Kreis Nordfriesland	28.628	7,2	4	0,00	4,00	1	5,00	69,4
8	Kreis Ostholstein	31.619	7,9	7	0,00	7,00	1	8,00	101,3
9	Kreis Pinneberg	54.661	13,7	11	2,00	13,00	1	14,00	102,2
10	Kreis Plön	22.102	5,5	6	0,50	6,50	0	6,50	118,2
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	49.918	12,5	18	2,50	20,50	1	21,50	172,0
12	Kreis Schleswig-Flensb.	36.306	9,1	4	0,00	4,00	1	5,00	54,9
13	Kreis Segeberg	47.954	12,0	13	2,00	15,00	0	15,00	125,0
14	Kreis Steinburg	23.278	5,8	3	0,00	3,00	3	6,00	103,4
15	Kreis Stormarn	43.550	10,9	9	1,00	10,00	1	11,00	100,9

## Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

**Juni-Sitzung 2016**

Anträge für die Juni-Sitzung 2016

müssen bis zum 25. 5. 2016 vollständig vorliegen.

**September-Sitzung 2016**

Anträge für die September-Sitzung 2016

müssen bis zum 31. 8. 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.





# Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

## Kurs-Nr.: 16-01-035 **Suprakonstruktion, Zahnersatz, implantologische Leistungen und FAL/FTL**

<p>Susanne Martens, Kiel Dienstag, 19. 4. 2016 15 – 19 h Heinrich-Hammer-Institut 65 EUR für ZFA</p>	<p><b>GOZ-Grundkurs</b> Diese Seminare richten sich an alle, die sich frisch an die GOZ heranwagen möchten, insbesondere ZFA, Praxismitarbeiterinnen und Auszubildende. Die einzelnen Gebührenpositionen nach den Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) werden gemeinsam Schritt für Schritt anhand von Beispielen erarbeitet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suprakonstruktion auf Implantat</li> <li>■ Zahnersatz und deren Reparatur</li> <li>■ Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen</li> <li>■ Implantation</li> <li>■ Begleitleistungen</li> </ul>
--	--	---

## Kurs-Nr.: 16-01-098 **Burnout-Prophylaxe**

<p>Dr. Anica Plaßmann, Kronshagen Mittwoch, 20. 4. 2016 15 – 18 Uhr Heinrich-Hammer-Institut 95 EUR für ZÄ Punktebewertung: 3</p>	<p>Wir kennen alle das Gefühl, deutlich überlastet zu sein. Wir sind entweder völlig erschöpft oder stehen wie unter Strom und können kaum noch abschalten. Trotz aller Mühe schaffen wir gesteckte Ziele nicht. Wir strengen uns immer mehr an, aber uns gelingt immer weniger – und der Berg an unerledigten Aufgaben scheint irgendwann überwältigend groß.</p> <p>Gerade Menschen in helfenden Berufen fallen ihrer Einsatzbereitschaft „Arbeiten bis zum Umfallen“ zum Opfer. Denn „wer erledigt die Dinge, wenn nicht ich?“ Und die Gesellschaft unterstützt diesen Raubbau an sich selbst sogar noch. Schließlich gehört es zum guten Ton, über die eigenen Belastungsgrenzen hinauszugehen. „Noch schnell einen Schmerzpatienten dazwischen schieben“, „nur mal eben“ einen Blick auf etwas werfen. Und nach dem Job quält man sich hundemüde vom Job „schnell noch zum Sport“ wegen der Rückenbeschwerden.</p>	<p>Wir haben alle hochgesteckte Ziele: Fleiß, Erfolg, Fitness, Hilfsbereitschaft ... – Aber ist das alles wirklich noch gut für uns? Burnout ist, wenn diese Erfahrung zur Gewohnheit wird. Oft beginnt er schleichend und wird deshalb kaum vom Betroffenen wahrgenommen. Typisch ist, dass viele nicht einmal bemerken, wenn die Belastung zu groß wird. Klare Ansagen von Familie, Freunden oder dem Team können helfen. Aber selbst dann spielen wir die Anstrengung herunter und entgegen: „So schlimm ist es ja auch wieder nicht. Wenn erst einmal die nächsten Wochen überstanden sind, wird alles besser“.</p> <p>Und so bleibt zu fragen: Was muss denn noch geschehen, bis wir an uns denken? In dieser Veranstaltung wird fundiert geklärt, an welchen Symptomen ein Burnout erkennbar ist. Dies umfasst sowohl die vegetativen als auch die psychischen Indikatoren. Im Anschluss können Teilnehmer mit geschultem Blick eine Einschätzung vornehmen, ob jemand bereits „drin“ ist. Zusätzlich werden Formen der Unterstützung angesprochen.</p>
---	---	---

## Kurs-Nr.: 16-01-071 **Die Neue – Ein Fahrplan zum Einstellen neuer Mitarbeiter**

<p>Katrin Rinke, Karlstein Donnerstag, 21. 4. 2016 18.30 – 21 Uhr Heinrich-Hammer-Institut 95 EUR pro Teilnehmer für ZÄ, ZFA Punktebewertung: 3</p>	<p><b>After-Work-Seminar</b> Stress! Ein Kollege, eine Kollegin oder eine Mitarbeiterin in der Assistenz fällt aus, krankheitsbedingt, durch Schwangerschaft oder Kündigung. Eine Stelle ist neu zu besetzen. Aber natürlich nicht mit irgendwem! Die oder der Neue soll nicht nur fachlich, sondern auch menschlich ins Team passen, einen positiven Eindruck auf die Patienten machen, motiviert sein und so weiter und so fort.</p> <p>Man kann natürlich einfach eine Anzeige in die örtliche Tageszeitung setzen, schauen, was an Bewerbungen eingeht, Bewerbungsgespräche führen und nach eine Kombination von fachlichen und emotionalen Aspekten entscheiden, welche/r der BewerberInnen die Stelle bekommt.</p>	<p>Kann klappen, muss aber nicht ... Bauchgefühl ist wichtig. Aber wenn es darum geht, ein neues Teammitglied zu gewinnen, in die Praxis zu integrieren und als Ansprechpartner für Patienten vorzustellen geht nichts über Regeln, Struktur und detailliert geplante Aktionen.</p> <p>Gerade bei einer so fragilen Konstruktion wie einem Team hilft im Vorfeld eine gehörige Portion Planung und Objektivität dabei, das Zwischenmenschlich-Emotionale in die richtigen – für die Patienten, das Team und den Praxiserfolg gewinnbringenden – Bahnen zu leiten.</p>
---	--	---



### Information – Anmeldung:



### Fortbildung in Kreisvereinen

#### Vereinigung der Zahnärzte des Kreises Stormarn

am: 21.04.2016, 19.30 Uhr

Ort: THC Ahrensburg, Fannyhöf 9f, 22926 Ahrensburg

Referent:

Dr. Sad Char, Abtl. f. Zahnärztliche Prothetik, Universität Kiel

Thema: Vollkeramische Inlaybrücken:

Eine minimalinvasive und ästhetische Behandlungsalternative

#### Verein Lübecker Zahnärzte e. V.

am: 12.04.2016, 19.30 Uhr

Ort: Restaurant Nordwind, Wakenitzufer 9, Lübeck

Referent: Dr. Uwe Blunck, Berlin

Thema: Haftvermittler

am: 26.05.2016, 19.30 Uhr

Ort: Restaurant Nordwind, Wakenitzufer 9, Lübeck

Referent: Prof. Joachim Weil, Chefarzt der Med. Klinik II an den Sana-Kliniken Lübeck

Thema: Moderne Antikoagulation

### Kammerversammlung

Am 12. März 2016 fand die Frühjahrskammerversammlung der Zahnärztekammer statt. Die Berichterstattung über die Versammlung erfolgt in der April-Ausgabe des Zahnärzteblattes.

Lesen Sie die **Beschlüsse der Kammerversammlung** vorab im geschlossenen Bereich der Kammer-Homepage:

[www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de) - Praxisservice - Standespolitik -

Kammerversammlung

ZÄK SH

### Fortbildung

Bakterien – Viren – Pilze.

Mikroorganismen in der Zahnmedizin

66. Wissenschaftliche Tagung der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

und zfa-Samstag der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

am: 8. Oktober 2016, 9 bis 17 h

Ort: Kiel, Audimax der CAU

Information/Anmeldung:

[www.shgzmk.de](http://www.shgzmk.de), Rubrik Jahrestagung

**Anmeldung: ab Juli 2016**

**Bitte Termin vormerken!**



## 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**  
*PD Dr. Charly Gaul, Königstein i. Ts.*
- 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. Thomas Clauder, Hamburg*
- 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 im Team – Stressfreier und risikoloser Behandlungsablauf**  
*Sina Schröder, Hamburg*
- 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**  
*PD Dr. Charly Gaul, Königstein i. Ts.*
- 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*