

C 12414

Zahnärzteblatt



Schleswig-Holstein

7-8

Juli/August 2016

der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung und
der Zahnärztekammer



Foto: Shutterstock/Slowronek, Montage: ComLog

Das Sommerloch ...in diesem Jahr prall gefüllt!

INHALT

| | |
|--|----|
| Editorial | 3 |
| <i>Sylter Woche – KZV-Fenster:</i> | |
| „Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muss geschützt werden“ | 4 |
| Bundesregierung will Kassen Investition in Aktien erlauben | 7 |
| <i>Eckpunkte der Bundesregierung:</i> | |
| „Stärkung“ der Selbstverwaltung? | 8 |
| Patienten befürchten Datenmissbrauch | 11 |
| <i>Vortrag vor der Vertreterversammlung:</i> | |
| Das Dilemma der Flüchtlingskrise | 12 |
| <i>Wahlkampf:</i> | |
| Kassen sollen Zuschuss erhalten | 14 |
| Medienpreis Gesundheit 2015 verliehen | 16 |
| <i>58. Sylter Woche:</i> | |
| „Ein Lächeln für die Zukunft – Kinderzahnheilkunde“ | 18 |
| <i>Charity-Golfturnier:</i> | |
| DENTAL Golf-Cup 2016 auf Sylt | 19 |
| <i>Korrekte Berechnung von Reparaturen (2):</i> | |
| Nichts hält ewig | 22 |
| Das Antikorruptionsgesetz | 26 |
| <i>ZMP Kurs 2015/16:</i> | |
| Erfolgreicher Abschluss | 28 |
| Tipps für die Zahnpflege bei YouTube | 29 |
| <i>Wir gratulieren:</i> | |
| Dr. Ralph Swat und Dr. Jörg-Peter Rosemann zum 60. | 30 |
| Big Data im Gesundheitswesen | 32 |
| Rundschreiben der KZV SH | 33 |
| Mitteilungsblatt der ZÄK SH | 34 |

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

DAK will 1.600 Stellen abbauen

Die DAK Gesundheit ist eine der teuersten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Und trotzdem reicht das Geld offenbar nicht. Um Verwaltungskosten zu sparen, will die DAK in den nächsten Jahren 1.600 ihrer knapp 11.000 Stellen streichen. Das teilte die Kasse zum Auftakt ihrer Tarifverhandlungen mit der Gewerkschaft Verdi mit.

Als Begründung für den geplanten Stellenabbau verwies die DAK nach Informationen der *Rheinischen Post* auf Mitgliederschwund und den Strukturwandel. Immer mehr Kunden nutzten telefonische oder Online-Beratung, so dass man weniger Personal vor Ort benötige.

Zum Jahreswechsel hatte die Kasse ihren Zusatzbeitrag auf 1,5 Prozent erhöht; seitdem verlor sie laut einer Mitteilung der Nachrichtenagentur *dpa* 184.000 Mitglieder.

Red.

Drei Viertel des Gesundheitspersonals im Norden sind Frauen

Das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein ist eine Domäne der Frauen: 74,2 Prozent des gesamten Gesundheitspersonals waren im Jahr 2014 weiblich. Das teilte das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein mit. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der weiblichen Beschäftigten demnach um 1,2 Prozent. Insgesamt wuchs der Personalstand der Gesundheitsbranche um 1,0 Prozent auf rund 186.600 Personen.

Von den rund 140.000 Frauen war mit 19 Prozent der größte Anteil in den Krankenhäusern beschäftigt. Weitere 16,1 Prozent des weiblichen Personals im Gesundheitswesen arbeiteten in der stationären bzw. teilstationären Pflege. Mit etwa 35.100 Beschäftigten waren die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein auch der größte Arbeitgeber im Gesundheitswesen.

In den Vorleistungseinrichtungen waren knapp 25.000 Personen beschäftigt. Zu Vorleistungseinrichtungen zählen die pharmazeutische, medizinische und die augenoptische Industrie, der Großhandel und die Handelsvermittlung im Gesundheitswesen sowie medizinische und zahn-technische Laboratorien. Hier war der Anteil der Frauen mit 50,5 Prozent vergleichsweise niedrig.

Während die Beschäftigungszahlen in der stationären und teilstationären Pflege leicht zurückgingen, gab es 2014 im Bereich der Vorleistungseinrichtungen rund 900 Beschäftigte mehr als im Jahr zuvor.

PM/Red.

Das Zahnärzteblatt macht Sommerpause

Die Sommerpause des *Zahnärzteblatts* fällt aufgrund des späten Ferientermins dieses Jahr in den August – im nächsten Monat wird kein *Zahnärzteblatt* erscheinen. Im September melden wir uns dann zurück.

Bis dahin wünschen wir unseren Lesern einen schönen Sommer.

Die Redaktion

Bakterien – Pilze – Viren

Lassen Sie die mit der Praxishygiene bzw. den Hygienerichtlinien verbundenen rechtlichen Reglementierungen und deren praktische Umsetzungen auch manchmal verzweifeln? Ich denke, die zahnärztlichen Praxen und die universitären zahnmedizinischen Einrichtungen leiden gleichermaßen darunter und man kann sich nicht ganz des Eindrucks erwehren, dass die deutsche Bürokratie mal wieder ein wenig über ein eigentlich ehrenwertes Ziel hinausschießt.

Statt (zahn-)ärztlicher Eigenverantwortung werden Kontrolle und Reglementierung bis in nicht nachvollziehbare Dimensionen in den Vordergrund gestellt. In der Konsequenz steigen jedenfalls nicht nur die mit Praxis- bzw. Klinikhygiene verbundenen Kosten immens, sondern bei gleichen Ressourcen wird die für die eigentlichen zahnärztlichen Aufgaben zur Verfügung stehende Zeit immer knapper. Manchmal frage ich mich insgeheim, wie unsere Patienten in früheren Zeiten ihre zahnärztliche Behandlung eigentlich überstehen konnten – ohne zu erkranken.

Andererseits verursachen natürlich **Bakterien – Pilze – Viren** viele Erkrankungen bei unseren zahnmedizinischen Patienten und stellen zugleich eine tägliche Bedrohung für die Gesundheit des gesamten zahnärztlichen Behandlungsteams dar.

Aufgrund der großen Bedeutung dieses Themenkomplexes widmen sich die Referenten der 66. Wissenschaftlichen Tagung der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde beiden Aspekten: dem Schutz der Patienten und des Behandlungsteams.

Losgelöst von gesundheitspolitischen Diskussionen erwarten Sie also Referate über spannende Themen, wenn Sie am 8. Oktober 2016 wieder den Weg zu dem altbewährten Tagungsort, dem Auditorium Maximum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, finden sollten.

Alle Referenten und deren Themen sind auf der Homepage der Gesellschaft unter www.shgzmk.de abrufbar.

Ich freue mich darauf, Sie zu unserer 66. Wissenschaftlichen Tagung mit dem Thema

„**Bakterien – Viren – Pilze. Mikroorganismen in der Zahnmedizin**“ am 8. Oktober in Kiel zu begrüßen.

Ihr



Prof. Dr. Matthias Kern
Universität Kiel
Vorsitzender der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Sylter Woche – KZV-Fenster

„Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muss g

Auf der 58. Sylter Woche hatte die Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein für ihr KZV-Fenster am 12. Mai 2016 Prof. Dr. Gerhard Dannecker von der Universität Heidelberg eingeladen. Der namhafte Strafrechtler referierte über ein ebenso aktuelles wie umstrittenes Thema – das Gesetz gegen Korruption im Gesundheitswesen.

Nach dem fulminanten Vortrag und einer angeregten Diskussion stand fest: Die Gesetzesnovelle hat Lücken, und KZVen, Kammern und Zahnärzte sollten sich darüber austauschen, wie eine engere Zusammenarbeit das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sichern kann.

Nach dem Bundestag hat auch der Bundesrat das Gesetz gegen Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (§ 299a und § 299b StGB) gebilligt. Im Straffall können Ärzte, Zahnärzte und andere Angehörige von Heilberufen mit bis zu drei Jahren und in besonders schweren Fällen sogar mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft werden, wenn sie sich der Korruption schuldig machen.

„In den KZVen sind vor Jahren Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet worden, die bisher gut funktionieren. Warum reicht das jetzt nicht mehr? Die KZBV hat sich sehr früh mit dem Thema Korruption beschäftigt und eine Compliance-Richtlinie herausgegeben. Dort ist anhand von Fallbeispielen dargelegt, was zulässig ist und was nicht. Und diese Compliance-Leitlinie wird weiterentwickelt. War das im Nachhinein der richtige Weg?“, fragte Dr. Michael Diercks, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZV Schleswig-Holstein, bei seiner Begrüßung im Rahmen des KZV-Fensters.

„Doch nun gibt es die Paragraphen 299a und b des Strafgesetzbuchs. Was ist die Aufgabe von KZV und Kammern im Zusammenhang mit



Foto: Michael Fischer

Was bedeutet das Gesetz gegen Korruption im Gesundheitswesen für KZV und Zahnärztekammer? Prof. Dr. Gerhard Dannecker (re.) mit Dr. Michael Diercks

dem Anti-Korruptionsgesetz?“ fragte Dr. Diercks, bevor er Prof. Dannecke auf die Bühne in Westerland bat.

Bislang machten sich nur angestellte Ärzte strafbar, wenn sie Geld oder Geschenke beispielsweise dafür annahmen, dass sie das Medikament einer bestimmten Firma verschreiben. Bei niedergelassenen Medizern gab es hingegen bisher eine Gesetzeslücke. Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte entschieden, dass niedergelassene Mediziner weder als Amtsträger noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen handeln und deswegen die einschlägigen Strafrechtsbestimmungen gegen Korruption auf sie nicht anwendbar seien.

Die Frage, mit der sich der Große Senat des Bundesgerichtshof beschäftigte, war, ob sich der Arzt

oder Zahnarzt strafbar macht, wenn er Vorteile annimmt. Die Begründung des Großen Senats: Die Patienten verstehen sich als unmittelbare Partner des Arztes, der Arzt fühlt sich nicht als Beamter und dementsprechend nicht dem öffentlichen System verpflichtet. „Auf das Gefühl kann es doch eigentlich nicht ankommen“, so Prof. Danneckers süffisanter Kommentar.

Der Staatsrechtler sah sich nach mehreren Vorträgen und Gesprächen auf der Sylter Woche in seiner Ansicht bestätigt, dass sich die Zahnärzte sehr wohl der öffentlichen Gesundheitsvorsorge verpflichtet fühlten. Dennoch ging der Bundesgerichtshof von einer entgegengesetzten Maxime aus. Sein Urteil zur Notwendigkeit der Beseitigung der Straflosigkeit der Vertragsärzte wegen Korrup-

geschützt werden“

tion lautete: „Die Anwendung bestehender Strafvorschriften, deren Tatbestandsstruktur und Wertungen der Erfassung bestimmter Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung als strafrechtlich relevant entgegenstehen, auf der Grundlage allein dem Gesetzgeber vorbehaltenen Strafwürdigkeitserwägungen ist der Rechtsprechung jedoch versagt.“

„Ein Berufsverband darf nicht entscheiden, was kriminell ist“

Für Prof. Dannecker hat der Bundesgerichtshof in diesem Fall versagt: „Der Gesetzgeber musste tätig werden, weil der Bundesgerichtshof sich zu keiner Entscheidung fähig sah und glaubte, Rechtspolitik machen zu müssen. So geht das nicht!“ Und wie hat der Gesetzgeber seine Kompetenz genutzt?

Im § 299a StGB „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ heißt es wörtlich: „Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge oder
2. seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletze (in der vorhergehenden Fassung hieß es: in

sonstiger Weise seine Berufsausübungspflichten verletze), wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Prof. Dannecker konnte sich eines bisigen Kommentars nicht enthalten: „Seit wann macht der Verband der KFZ-Hersteller die eigenen Strafgesetze?“, ätzte der Strafrechtler. „Ein Berufsverband darf doch nicht darüber entscheiden, was kriminell ist. Er kann doch nur definieren, wie berufsrechtlich die Standards hochgehalten werden.“ Vorgeschlagen habe den Gesetzestext der jetzige bayerische Justizminister Prof. Dr. Winfried Bausback. Doch die ursprüngliche, vorhergehende Fassung sei nicht mit der deutschen Verfassung vereinbar gewesen. Dementsprechend ist die Ärzteschaft zurecht dagegen Sturm gelaufen. „Doch der Gesetzgeber wollte hinter dem Vorschlag aus Bayern nicht zurückbleiben, obwohl es nicht ins System gepasst hat“, erklärte Prof. Dannecker.

„Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird nicht geschützt“

Punkt 1, so der Heidelberger Rechtswissenschaftler, beziehe sich auf den Wettbewerb, ein Grundprinzip unserer Wirtschaft. Im Gesetz ist der Wettbewerb das leitende Prinzip, um Korruption zu bestimmen. Ist ein lauterer Wettbewerb gefährdet, greife das Gesetz – zum Beispiel wenn ein Arzt gegen Geld ein Medikament eines bestimmten Herstellers verordnet und dadurch Mitbewerber des Herstellers betroffen sind.

Kritisch sieht Prof. Dannecker Punkt 2: Der Verweis auf das Berufsrecht sei alles andere als glücklich, da es in Deutschland keinen einheitlichen Standard gebe. Dabei gehe es

hier um den Punkt, den der Bundesgerichtshof besonders angemahnt habe: um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient „Dieses Vertrauensverhältnis ist doch das Entscheidende. Und das wird jetzt nicht mehr geschützt“, so Prof. Dannecker. Denn wenn Patienten sich nicht mehr auf die ärztliche Schweigepflicht verlassen könnten, kann aus Vertrauen schnell Misstrauen werden. Die entscheidende Frage für Prof. Dannecker ist, wann ein Vertrauensbruch vorliegt und wer das zu entscheiden hat: „Wer darf eigentlich den Antrag stellen, dass die Staatsanwaltschaft tätig werden soll?“ Der Aspekt der Strafantragserfordernis sei sinnvoll und systemimmanent – soweit man auf das Vertrauensverhältnis abstelle. „Jetzt haben wir das Problem, dass die Staatsanwaltschaft tätig werden kann, ohne dass jemand ein Interesse daran hat“, so Dannecker. Als Arzt und Zahnarzt treffe man täglich Entscheidungen über die richtige Behandlungsart. Aber immer wieder gebe es Alternativen, „und da muss ich mich als Jurist raushalten“. Wichtig sei die Aufklärung der Patienten mit den Vor- und Nachteilen der jeweiligen Behandlung. „Ansonsten wäre es strafrechtlich möglicherweise eine Körperverletzung“ Wenn man allerdings aufgeklärt habe, dann sei das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient intakt und alles könne besprochen werden.

Ein weiterer wesentlicher Schwachpunkt des Gesetzes bestehe darin, dass die Apotheker nicht im Gesetz Berücksichtigung finden, weil sie nicht zu den Heilmittelerbringern gehörten. „Der Apotheker darf zwar nicht bestechen, aber er darf bestochen werden. Er verordnet ja keine Heilmittel. Hier ist die Lücke. Hier wird der Gesetzgeber vermutlich

nachbessern. Und dann besteht wiederum die Gefahr, dass auch für die gesamte Ärzteschaft nachgebessert wird. Und das wäre fatal“, so der Strafrechtler.

„Ins Internet gehören nur anonyme Fallbeispiele“

Was ist zu tun? Und was bedeutet das neue Gesetz für die KZV und die Zahnärztekammer? Prof. Dannecker plädierte dafür, die Probleme spezifisch zu fassen. „Wir sollten mit unserem vorhandenen, allgemeinen Instrumentarium zurechtkommen und die wirklich schwarzen Schafe erfassen.

Damit kommen wir hin. Was wir brauchen, ist ein breiter Erfahrungsaustausch zwischen allen Parteien, also Kassenärztlichen Vereinigungen, Kammern, Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband.“ Vorhandene Compliance-Richtlinien sollten weiterentwickelt werden und die Stellen zur Bekämpfung von Bestechlichkeit anonyme Fallbeispiele erhalten. Das wäre auch im Sinne des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt. Diese Fallbeispiele sollten dann auch ins Internet, damit sich alle Zahnärzte darüber informieren könnten, was im gesetzlichen Rahmen ist

und wann ein Vorgehen strafrechtlich relevant ist. „Nutzen Sie die Chancen!“ rief Prof. Dannecker den Zahnärzten am Ende seines Vortrages zu.

Diese bedankten sich mit starkem Applaus und ließen den Strafrechtler erst wieder von der Bühne, nachdem er eine halbe Stunde Fragen beantwortet hatte. Kein Zweifel: Die Botschaft, sich das Heft des Handelns nicht aus der Hand nehmen zu lassen, war bei den Teilnehmern der 58. Sylter Woche längst angekommen.

■ MICHAEL FISCHER

BFB-Statistik:

Die Zahl der Freiberufler steigt weiter

Die Zahl der Selbstständigen in den Freien Berufen ist zum Jahresbeginn 2016 erneut gestiegen. Das geht aus einer aktuellen Statistik des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB) hervor.

Demnach gab es Anfang dieses Jahres 1,34 Millionen selbstständige Freiberufler – knapp 2,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Mittlerweile ist fast jeder dritte Selbstständige ein Freiberufler. Zum Vergleich: Vor zehn Jahren traf das erst auf jeden fünften, vor zwanzig Jahren sogar nur auf jeden sechsten Selbstständigen zu.

Den kräftigsten Zuwachs verzeichnen nach den neuesten Kennziffern die technisch-naturwissenschaftlichen Berufe mit 4,1 Prozent. Die rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden Berufe legten um 3,1 Prozent zu, die Heilberufe um knapp zwei Prozent. Die freien Kulturberufe wuchsen um 1,9 Prozent. Für BFB-Präsident Dr. Horst Vinken sind die vorgelegten Zahlen ein Beleg für das

„ausgeprägte Wachstumspotenzial wissensbasierter freiberuflicher Vertrauensdienstleistungen“. Kein anderer Sektor verkörpere den Strukturwandel hin zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft so offensichtlich wie die Freien Berufe: „Sie sind wichtiger Partner der Bürger in einer zunehmend komplexen Welt“, hob er hervor.

Zudem, zeigte Vinken weiter auf, sind die Freien Berufe auch ein „Beschäftigungsmotor“: Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten stieg auf 3.195.000. Das bedeutet ein Plus von 3,7 Prozent. 1991 beschäftigten die Freien Berufe übrigens erst 1.083.000 Personen – rund zwei Drittel weniger als heute.

Außerdem gab es zum Jahresbeginn 2016 knapp 3,5 Prozent mehr mitarbeitende Familienangehörige. Insgesamt 4.930.000 Personen sind inzwischen in den Freien Berufen tätig – ein neuer Höchststand. „Mittlerweile ist jeder zehnte sozialversicherungspflichtig Be-

schäftigte Mitglied in einem Freiberufler-Team“, unterstrich Vinken.

Umso unverständlicher findet es der BFB-Präsident, dass die Europäische Kommission trotzdem „ohne Unterlass an den freiberuflichen Grundfesten rüttelt“. Vielmehr erwartet er von allen politischen Ebenen eine „konstruktive Begleitung“ der Weiterentwicklung der Freien Berufe.

Die festen Gebührenordnungen und die Zugangsbeschränkungen zu den Freien Berufen stehen nach Ansicht der EU-Kommission dem Wettbewerb entgegen. Brüssel will daher den Zugang zu den Freien Berufen öffnen. Für Freiberufler dagegen sind die Regeln zum Berufszugang und zur Berufsausübung Garantien für eine hohe Qualität: „Wachstum durch Qualität“, das ist und bleibt der oberste Leitsatz der Freien Berufe“, sagte Vinken; „dies muss auch Europa verstehen.“

PM/Be

Bundesregierung will Kassen Investition in Aktien erlauben

Die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank (EZB) macht nicht nur Sparern und Kunden von Lebensversicherungen, sondern auch den Sozialversicherungen zu schaffen. Rund 1,8 Millionen Euro an Strafzinsen musste beispielsweise der Gesundheitsfonds nach Recherchen der *FAZ* im Jahr 2015 an Banken zahlen, weil er zeitweilig zu viel Geld auf seinen Konten hatte.

Ein neues Gesetz soll gesetzlichen Krankenkassen nun Aktiengeschäfte erlauben – allerdings nur in begrenztem Umfang.

Die Verwendung von Beitragsgeldern ist in der GKV streng reglementiert. Krankenkassen dürfen ihre Gelder nur so anlegen und verwalten, „dass ein Verlust ausgeschlossen scheint, ein angemessener Ertrag erzielt wird und eine ausreichende Liquidität gewährleistet ist“ (§ 80 SGB IV).

Zumindest für einen Teil der Gelder könnte sich das demnächst ändern. In dem Gesetz mit dem ebenso sperrigen wie wenig aussagekräftigen Titel „Sechstes Gesetz zur Änderung des Vierten Sozialgesetzbuchs“ geht es zwar vor allem um Abläufe bei den Meldeverfahren in der Sozialversicherung. „Nebenbei“ und von der Öffentlichkeit kaum bemerkt sollen Krankenkassen durch das Gesetz aber auch die Option erhalten, Rücklagen für die Altersversorgung ihrer Mitarbeiter demnächst in Aktien zu investieren. Zur Begründung heißt es: „Die zusätzliche Anlagemöglichkeit bietet künftig auch den Krankenkassen die Möglichkeit, bei dem sehr langfristig zu bildenden Deckungskapital für Altersrückstellungen höhere Erträge zu erzielen und das Anlageportfolio stärker zu diversifizieren.“

Beschlossen hat die Bundesregierung das Gesetz bereits im März – und damit die neuen Anlagemöglich-

keiten für die Kassen gleich mit. Angesichts anhaltend niedriger Zinsen dürfte ihnen dieses Angebot sicherlich gelegen kommen. – Die Kassen sind verpflichtet, für ihre betriebliche Altersversorgung eigene Rücklagen zu bilden. Die für den Aufbau der Reserven einkalkulierten Zinsen werden bei einer Fortdauer der Niedrigzinsphase auf konventionellem Wege wohl kaum erreicht werden können.

Das Aktiengeschäft soll dabei auf zehn Prozent des Anlagebetrags begrenzt bleiben. Nach Ansicht der Bundesregierung ist mit dieser Einschränkung dem Prinzip der Anlagesicherheit Genüge getan; „grundsätzlich bestehende Verlustrisiken“ würden dadurch begrenzt, heißt es im Gesetzentwurf. Zudem sollen die Krankenkassen nur Aktien in Euro kaufen dürfen. Das Management müsse überdies „passiv und indexorientiert“ sein: „Damit können die Gefahren möglicher Fehlentscheidungen des Anlagemanagements verringert und Währungsrisi-

ken minimiert werden.“ Eine identische Regelung soll für die Träger der Unfallversicherung gelten. Zumindest den Krankenkassen ist die geplante Aktienquote von zehn Prozent allerdings nicht hoch genug.

Dabei geht es keineswegs um kleine Beträge: Nach Informationen der *FAZ* beziffert das Bundesversicherungsamt die langfristig ausgerichteten Altersrückstellungen auf immerhin 4,7 Milliarden Euro. Dabei handelt es sich größtenteils um Beitragsgelder. Genau deshalb hat der Bundesrat bereits weiteren Diskussionsbedarf angemeldet.

Ihre Finanzreserven von aktuell 14,9 Milliarden Euro werden die gesetzlichen Krankenkassen wohl auch künftig nicht in Aktien anlegen dürfen: Das verbietet sich allein schon deshalb, weil Rücklagen wie Betriebsmittel kurzfristig verfügbar sein müssen.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Erratum

Im *Zahnärzteblatt* Juni 2016 berichteten wir in einem Beitrag über die Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein, dass die KZV mit der AOK einen Vertrag abgeschlossen habe, der Kleinkindern bis zum 30. Lebensmonat zwei zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen beim Zahnersatz ermöglicht (S. 19).

Dabei handelt es sich um einen Vertrag mit der AOK Nordwest, nicht, wie fälschlich berichtet, mit der AOK Nordost.

Wir bitten, das Versehen zu entschuldigen.

Eckpunkte der Bundesregierung:

„Stärkung“ der Selbstverwaltung?

Ausweitung der Aufgaben der Vertreterversammlung, externe Wirtschaftsprüfer, Bußgelder: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe plant, die Aufsicht über alle Selbstverwaltungsorganisationen auf Bundesebene erheblich zu verschärfen.

Dazu haben sich das BMG und die Koalitionsfraktionen inzwischen auf erste Eckpunkte „zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ geeinigt. Betroffen sind die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Medizinische Dienst des Spitzenverbands und der Gemeinsame Bundesausschuss.

Grundlage waren bereits im März vorgelegte Eckpunkte des BMG, die unter anderem vorsahen, den Haushalt der Selbstverwaltungskörperschaften unter einen Genehmigungsvorbehalt zu stellen. Dagegen hatten die betroffenen Institutionen vehement protestiert. In den nun konsentierten Eckpunkten wird dieser Plan nicht weiter verfolgt.

„Damit Kompetenzüberschreitungen und Unregelmäßigkeiten in der Geschäftsführung frühzeitig erkannt werden können, bedarf es insbesondere der Stärkung der Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane“, heißt es in den Eckpunkten: Aufgrund „historischer Entwicklungen“ seien die derzeitigen gesetzlichen Regelungen uneinheitlich und „vor dem Hintergrund neuerer Entwicklungen“ nicht mehr ausreichend.

Dabei spielt Gröhe vermutlich vor allem auf „Unregelmäßigkeiten“ bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an, die seit Monaten die (Fach-)Presse beschäftigen. Dubiose Immobiliengeschäfte, Mietkostenzuschuss für den ehemaligen KBV-Vor-

standsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler, (gerichtliche) Auseinandersetzungen um überhöhte Altersbezüge: Zwar wird der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen nicht müde zu betonen, dass die bestehenden Probleme umfassend abgearbeitet würden. Gröhe reicht das jedoch offensichtlich nicht.

Zurzeit sei das Bundesgesundheitsministerium gehalten, die staatliche Aufsicht über die Körperschaften „maßvoll“ auszuüben. Dieser vom Bundessozialgericht entwickelte Grundsatzgebiete es, der beaufsichtigten Körperschaft bei ihrer Verwaltungstätigkeit einen „großen Bewertungs- und Handlungsspielraum“ einzuräumen“, beschreibt das BMG den Status quo. Die derzeitige Rechtslage verhindere, dass die Aufsichtsbehörde bei Rechtsverstößen „zielgerichtet und schnell einschreiten und weiteren Fehlentwicklungen bestimmt entgegenzutreten kann“. Diese Sachlage will das BMG nun ändern – zwecks Stärkung der „Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung“, aber explizit auch der Aufsicht: „Ziel der geplanten gesetzlichen Maßnahmen ist, ... die staatliche Aufsicht über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung ... wirksamer auszugestalten“.

Dazu schlägt das BMG in den Eckpunkten einen ganzen Katalog von Maßnahmen vor: So will es die Körperschaften künftig verpflichten, in ihre Satzungen Regelungen aufzunehmen, die eine „ausreichende Information“ der Vertreterversammlung bzw. des Verwaltungsrats über die Tätigkeit

der Ausschüsse sowie zur Dokumentation der Sitzungen gewährleisten. Zudem soll es „in definierten begründeten Fällen“ möglich sein, den Vorsitzenden der Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrats mit einfacher Mehrheit abzuwählen, „wenn Tatsachen vorliegen, die das Vertrauen der Mitglieder in den Vorsitzenden ausschließen.“ Zur „Stärkung der Legitimation“ soll für die Wahl des Vorstandsvorsitzenden „bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“, dem GKV-Spitzenverband und des Geschäftsführers beim MDS künftig eine Zweidrittel-Mehrheit erforderlich sein.

Um die Prüfung „rechtlich ordnungsgemäßen Verhaltens“ zu verbessern, müssen die Satzungen der Selbstverwaltungskörperschaften nach dem Willen des BMG in Zukunft außerdem die „Berichtspflichten“ des Vorstandes gegenüber der Vertreterversammlung („vor der Sitzung in schriftlicher Form, einschließlich entscheidungsrelevanter Unterlagen“) und zum Abstimmungsverfahren bei haftungsrelevanten Sachverhalten festlegen.

Um die Aufsicht zu stärken, versucht Gröhe also einerseits die Vertreterversammlungen von KBV und KZBV bzw. den Verwaltungsrat des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes zu instrumentalisieren, indem er deren Kontrollrechte ausweitet. Gleichzeitig will die Bundesregierung den Spitzenorganisationen auch „stringentere Vorgaben für das Verwaltungshandeln“ machen.

Die in den Eckpunkten geforderten „klaren und einheitlichen Vorgaben“ zu Vermögensanlagen, Rücklagen und Betriebsmitteln zielen dabei besonders auf die ärztlichen Organisationen; für Krankenkassen und ihre Verbände existieren entsprechende Regelungen in den Sozialgesetzbüchern IV und V bereits.

Darüber hinaus soll künftig auch eine Pflicht zur Ausschüttung von Vermögen bzw. zur Senkung der

die Pflicht zur Errichtung eines „wirksamen internen Kontrollsystems, einschließlich eines unabhängigen Revisionsystems“, das bei festgestellten Verstößen auch dem BMG zu berichten hat, geregelt werden. Für die Veröffentlichung von Sitzungs- und Entschädigungsgeldern der Mitglieder der Vertreterversammlung bzw. des Verwaltungsrats will das BMG ebenfalls Vorgaben einführen

SGB V durch das Bundesversicherungsamt werde abgeschafft, heißt es in den Eckpunkten lapidar.

Als Motiv für diese Regelung dürfen wohl getrost Versäumnisse des BMG angenommen werden, die im Zuge der „Causa KBV“ an den Tag kamen: Zurzeit ist das Ministerium verpflichtet, die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der KBV (wie auch der KZBV und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen) mindestens alle fünf Jahre zu prüfen. Wie einer Antwort der Bundesregierung auf eine schriftliche Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen zu entnehmen ist, vernachlässigte das BMG dies im Fall der KBV: Nach 1996 erfolgte die nächste Prüfung erst wieder 2010 durch das Bundesversicherungsamt (BVA), eine dem BMG unterstellte Behörde, der diese Aufgabe im Jahr 2005 übertragen wurde.

Die „ausgefallene“ Prüfung 2001 erklärt das BMG unter anderem mit „personellen Engpässen in der Prüfgruppe“. Hinzu kommt: Im Jahr 2010 habe das BVA, ebenfalls wegen der „angespannten Personallage“, keine „vollumfängliche“ Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung bei der KBV durchführen können, teilte die Bundesregierung auf Anfrage der Grünen mit.

In Bezug auf das Haushaltsverfahren und die Vorstandsdienstverträge einschließlich Vermögensanlagen und Grundstücksgeschäften soll ein „materiell einheitliches Aufsichtsrecht“ geschaffen werden. Begründet wird dies mit bisher uneinheitlichen Regelungen zur staatlichen Aufsicht über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung. Das in den BMG-Eck-



Bundesgesundheitsminister Gröhe: „Staatliche Aufsicht wirksamer gestalten“

Umlage gelten, soweit das Vermögen nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe erforderlich ist. Ferner soll die regelmäßige Prüfung der Jahresabschlüsse durch Wirtschaftsprüfungsgesellschaften nach dem Willen der Bundesregierung in Zukunft verpflichtend sein.

„Zur Stärkung der internen Kontrollmechanismen“ soll außerdem

Die Verantwortung, die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Körperschaften selbst zu prüfen, will das Bundesgesundheitsministerium in Zukunft offenbar nicht mehr auf sich nehmen. Stattdessen plant es, eine Pflicht zur externen Prüfung durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft oder eine Wirtschaftsrechtskanzlei einzuführen. Die Prüfung nach § 274

Foto: BMG/ Jochen Zick (action press)



Eckpunkte der Bundesregierung

punkten vom März 2016 noch vorge-sehene „Sonderaufsichtsrecht“ ist da-gegen entfallen.

In bestimmten Fällen, in denen „rechtliche Beurteilungsspielräume“ bestehen, wie insbesondere bei Ent-scheidungen, die die Verwaltung be-treffen, soll in Zukunft die Möglich-keit bestehen, „über geeignete Wege Konkretisierungen zur Rechtsanwen-dung und zur Rechtsauslegung“ zu er-lassen. Dies soll nicht für den Bereich der Versorgungsverträge oder für „sonstige Kernaufgaben im Versor-gungsgeschehen“ gelten. In den er-sten Eckpunkten des BMG war noch von „Weisungen zur Rechtsauslegung und zur Rechtsanwendung“ die Rede

gewesen, an die die Institutionen ge-bunden sein sollten – ohne gesonder-te Klagemöglichkeit.

Die Bundesregierung will überdies die Erforderlichkeit „spezialgesetzlicher Bußgeldvorschriften“ zur Ahndung „rechtswidrigen Verhaltens“ der Spit-zenorganisationen prüfen. Dabei soll es vor allem um „besondere Geldbu-ßen“ gehen, die bei „Fehlverhalten zu Lasten der Institutionen“ von der Auf-sichtsbehörde verhängt werden kön-nen. Für die Vollstreckung von Auf-sichtsverfügungen ist geplant, abwei-chend von den Vorgaben des „Bundesverwaltungsvollstreckungs-gesetzes“ ein „erheblich höheres“ Zwangsgeld zu ermöglichen.

Bisher handelt es sich lediglich um „Eckpunkte“. Auf deren Grundlage wird das BMG nun bis zum Herbst ei-nen Gesetzentwurf erstellen.

Der Vorstandsvorsitzende der KZBV Dr. Wolfgang Eßer hatte bereits im April – damals noch in Reaktion auf die er-sten Eckpunkte des BMG – in einem *zm*-Editorial aufgezeigt, dass es nicht sinnvoll sei, „bei Problemfeldern in einer einzigen Körperschaft gleich die ganze Selbstverwaltung einem neuen Regelkanon zu unterziehen.“ Die be-stehenden Möglichkeiten der Prüfung und Genehmigung von „Angelegen-heiten der Selbstverwaltung“ seien „umfassend und völlig ausreichend“. Die Selbstverwaltung mit ihren urei-genen Aufgaben dürfe nicht ad absur-dum geführt werden: „Das wäre ein weiterer Schritt hin zu einem immer mehr staatlich gelenkten Gesund-heitswesen.“

Auch die Vertreterversammlung der Kas-senzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) wehrt sich gegen Pläne der Bundesregierung für das so genannte GKV-Selbstverwaltungsstärkungsge-setz. Mit einer am 1. Juli verabschie-deten Resolution fordert sie den Gesetzgeber auf, die bislang bekannt- gewordenen Maßnahmen im parla-mentarischen Verfahren zu verwer-fen. „Die Umsetzung müsste als Fron-talangriff auf die gemeinsame Selbst-verwaltung verstanden werden! Das Gesundheitssystem, wie wir es ken-nen, würde völlig ausgehöhlt und in seiner Grundsubstanz geändert. Gestaltungsmöglichkeiten der Selbst-verwaltung würden massiv einge-schränkt und durch sinnfreie Büro-kratie behindert“, sagte Eßer anläs-slich der KZBV-VV in Köln.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Kostenstrukturerhebung der KZBV für das Jahr 2015

Unterstützung durch die Zahnarztpraxen gefragt

Auch für das Jahr 2015 führt die Kas-senzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) wieder eine bundesweite Ko-stenstrukturerhebung in den Praxen durch, um zuverlässige Aussagen über die wirtschaftliche Entwicklung des Berufsstandes treffen zu können.

Seit Juni werden die Fragebögen für die Erhebung der notwendigen Daten von den KZVen an eine repräsentative Auswahl von Zahnarztpraxen ver-schickt. Die Teilnahme ist natürlich frei-willig. Die KZBV ist aber auf die Mitar-beit der Praxen angewiesen. Nur ein breiter Rücklauf an Fragebögen sichert eine solide und aussagefähige Daten-basis. Der Vorstand der KZBV bittet da-her alle angeschriebenen Praxen, den Fragebogen auszufüllen und an die KZBV zurückzusenden. Namen und

Anschriften der nach dem Zufallsprin-zip ausgewählten Zahnärztinnen und Zahnärzte werden nicht gespeichert, die Rücksendung der Bögen erfolgt oh-ne Angabe des Absenders. Somit sind die jeweiligen Einzeldaten anonymisiert und werden entsprechend den daten-schutzrechtlichen Bestimmungen ver-arbeitet.

Ein umfassender Rücklauf ist wichtig, damit aktuelle, valide Daten zur Struk-tur und Entwicklung der Kosten in den Praxen generiert werden können. Die Kostenstrukturerhebung liefert wichti-ge Informationen, zum Beispiel auch für die Gestaltung von Verträgen mit den Krankenkassen auf Ebene der KZVen. Die Teilnahme an der Erhebung dient also letztlich jedem einzelnen Zahnarzt.

KZBV

Umfrage:

Patienten befürchten Datenmissbrauch

Viele Versicherte stehen der Digitalisierung im Gesundheitswesen skeptisch gegenüber. Nahezu jedem Zweiten (43 Prozent der gesetzlich Versicherten und 47 Prozent der Privatversicherten) fehlt das Vertrauen, dass persönliche Daten, die digital gespeichert und übermittelt werden, sicher sind und nicht in falsche Hände geraten. Das zeigt das aktuelle Healthcare-Barometer der Wirtschafts-prüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC, für das jährlich mehr als 1.000 Bundesbürger ab 18 Jahren zu Themen aus dem Gesundheitsbereich befragt werden.

An der Skepsis ändert offensichtlich auch das E-Health-Gesetz nichts – wobei über ein Fünftel der Befragten die neuen Regelungen nicht einmal kennt. Nur 14 Prozent der PKV- und 22 Prozent der GKV-Versicherten können im E-Health-Gesetz Vorteile für sich entdecken.

„Die Vorteile, die die Digitalisierung gerade im Gesundheitswesen birgt, sind noch viel zu wenig bekannt“, findet Michael Burkhart, Leiter des Bereichs Gesundheitswesen und Pharma bei PwC. Als Beispiel führt er eine Erleichterung der Kommunikation zwischen Versichertem, Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus an. Notfalldaten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert seien, könnten Leben retten. Und Wearables würden die Versorgung alter und chronisch kranker Menschen deutlich verbessern. Doch auch Smartwatches, Apps und Fitnessarmbänder haben es laut PwC-Umfrage in Deutschland bisher schwer: Lediglich 17 Prozent der Befragten nutzten sie demnach im letzten Jahr. Dieser Wert hat sich gegenüber 2014 kaum verändert.

Weitere Ergebnisse: Das deutsche Gesundheitssystem genießt großes Vertrauen in der Bevölkerung: Wie bereits 2014 zählten es 60 Prozent im letzten Jahr zu den „Top 3“ der Welt. Auch für die Qualität der Krankenhäuser hierzulande vergaben über 50 Prozent der Be-

fragten die Noten „1“ oder „2“. 79 Prozent (2014: 80 Prozent) sind auch der Meinung, alle notwendigen Leistungen von ihrer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung zu erhalten. 89 Prozent sind mit den Leistungen ihrer Krankenkasse bzw. -versicherung zufrieden (2014: ebenfalls 89 Prozent).

Wenn Unzufriedenheit geäußert wird, entzündet sie sich vor allem am mangelhaften Leistungskatalog. Das betrifft sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte. Im Vergleich nahm die Zufriedenheit mit dem Leistungskatalog jedoch zu: Während in der PKV 2014 noch 67 Prozent derjenigen, die glaubten, nicht genügend Leistungen zu bekommen, einen mangelhaften Leistungskatalog als Hauptursache dafür angaben, waren es 2015 „nur“ noch 60 Prozent. In der GKV sank der Anteil der mit dem Leistungskatalog Unzufriedenen von 77 auf 66 Prozent.

45 Prozent der gesetzlich Versicherten beklagten 2015, dass ihr Arzt sich zu wenig Zeit für sie nehme. Auffällig ist in diesem Zusammenhang vor allem die wachsende Unzufriedenheit unter Privatversicherten: Ihr Anteil ist im Laufe eines Jahres von 22 auf 29 Prozent gestiegen. Bemängelt wurden auch die Praxisöffnungszeiten, die sich zu wenig an den Bedürfnissen der Patienten orientierten (22 Prozent der PKV- und 23 Prozent der GKV-Patienten). Fast die Hälfte (49 Prozent) der

PKV- und 31 Prozent der GKV-Patienten waren jedoch auch zufrieden mit den ärztlichen Behandlungen. „Neben Fachkompetenz des Arztes spielt der Service eine immer wichtigere Rolle“, kommentiert Burkhart. „Arztpraxen sind deswegen gut beraten, ihre Abläufe auf Kundenfreundlichkeit hin zu überprüfen.“

Der Hausarzt bleibt für 62 Prozent der Befragten die wichtigste Informationsquelle, wenn es darum geht, eine Klinik für einen Krankenhausaufenthalt zu finden. 40 Prozent verlassen sich auf Empfehlungen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis. Auch das Internet spielt – nicht nur bei der jüngeren Generation – eine wichtige Rolle: Jeweils 33 Prozent nutzen Klinikhomepages und Bewertungsseiten im Internet, um sich zu informieren.

„Das Internet ist in erster Linie ein Medium zur Informationsbeschaffung“, erläutert Michael Burkhart. „Dabei zeigt sich, dass das Internet nicht nur eine Quelle für die junge Generation ist, im Gegenteil. Auch die 18- bis 34-Jährigen sowie die Altersklasse 55+ nutzt das Internet zur Informationsbeschaffung ähnlich intensiv. Überraschenderweise zeigt sich, dass der Hausarzt in allen drei Altersklassen der wichtigste Ansprechpartner bleibt und dass das enorme Informationsangebot im Internet ihn nicht ersetzen kann“, sagt der PwC-Experte. *PM/Be*

Vortrag vor der Vertreterversammlung:

Das Dilemma der Flüchtlingskrise

Die so genannte „Flüchtlingskrise“ wird noch lange ein bestimmendes Thema in Europa bleiben – unter anderem auch deshalb, weil der Zustrom an Flüchtlingen die öffentlichen Haushalte erheblich belastet. Auf Einladung des KZV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Peter Kriett stellte Prof. Matthias Lücke vom Kieler Institut für Weltwirtschaft vor der Vertreterversammlung seine Thesen und Berechnungen dazu vor.

Wann ist ein Land überlastet; welche Form von internationaler Verantwortung gibt es? Lücke interessierten in seinem Vortrag „Flüchtlingsmigration – globale Verantwortung und lokales Handeln“ nicht nur die Flüchtlingskosten, sondern vor allem auch die „Dilemmata“, mit denen sich die Politik in diesem Zusammenhang konfrontiert sieht. Es gebe „komplexe, durchaus auch moralische Fragen“, gab er zu bedenken.

Dilemma Nummer eins: Es würden viel mehr Menschen gerne in Deutschland leben und arbeiten, als jene, die hier leben, aufnehmen können oder wollen. Dazu stellte Lücke eine Studie des Markt- und Meinungsforschungsinstituts Gallup vor, die untersucht, wie sich die Bevölkerung in verschiedenen Staaten hypothetisch ändern würde, wenn alle Auswanderungswilligen in das „Land ihrer Träume“ auswandern könnten. Die Schweiz, Australien und Kanada, aber auch Saudi-Arabien stehen dabei in der Beliebtheitsskala ganz oben. Während dort die Bevölkerung um mehr als 100, teilweise sogar 150 Prozent wachsen würde, gäbe es in Schweden und Großbritannien einen Zuwachs um mehr als 50, in Deutschland dagegen „nur“ um 23 Prozent. Zugrunde gelegt wurden dabei allerdings Zahlen für 2010 bis 2012; ob die Situation sich inzwischen anders darstellt, ist statistisch noch nicht belegt. In vielen anderen Ländern, dazu gehören zum



Foto: Thomas Eisenkrätzer

Prof. Matthias Lücke:

„Größte Herausforderung seit der Wiedervereinigung“

Beispiel Serbien, Rumänien, Albanien und Armenien, Ägypten, Marokko, Tunesien und Syrien, Nigeria und Liberia, würde die Bevölkerung zum Teil drastisch sinken. Materielle Beweggründe spielen, wie Lücke weiter darstellte, bei dem Wunsch, in bestimmte Länder auszuwandern, durchaus eine Rolle.

Allein ausschlaggebend sind sie jedoch nicht – womit der Ökonom zu Dilemma Nummer zwei kam: Viel mehr Menschen auf der Welt würden im Sinne der Genfer Konvention ver-

folgt, als jene, die in Deutschland leben, aufnehmen können oder wollen. Und noch weitere Menschen hätten „eigentlich“ Anspruch auf subsidiären Schutz in Deutschland, legte er dar. Zudem erscheine es ihm ohnehin willkürlich, wer überhaupt durch die Genfer Konvention geschützt sei.

In der Praxis, fuhr Lücke fort, ließen sich „Flucht vor Verfolgung“ und „Arbeitsmigration“ nicht unterscheiden – Dilemma Nummer drei. Als Beispiel führte er einen Syrer an, der mehrere tausend Euro bezahlt, um etwa aus der Türkei – wo kein

Krieg herrscht und „akzeptable Überlebensbedingungen für syrische Flüchtlinge“ bestehen – nach Deutschland zu reisen und Asyl zu beantragen. Derjenige treffe eine „Investitionsentscheidung“ – genau wie Arbeitsmigranten.

Im Zeitalter von Internet, Smartphones, Facebook und gut organisierter Fluchthilfe-Netzwerke könne „fast jeder Mensch von fast überall her“ illegal nach Deutschland reisen und hier einen Asylantrag stellen, so Lücke: Dilemma Nummer vier. Von Afghanistan aus koste das etwa 10.000 bis 15.000 Euro.

Das **Arbeiten im Ausland** sei für viele Menschen in armen Ländern eine von nur wenigen Möglichkeiten, der Armut zu entkommen, legte Lücke dar. Neben den Migrantenhaushalten profitierten zudem viele weitere Menschen in den Herkunftsländern. Die ökonomischen Effekte im „Zielland“ im Hinblick etwa auf den Arbeitsmarkt, Steuern und Sozialleistungen seien dagegen „normalerweise klein“. Da es für Menschen aus Drittländern fast keine legalen Beschäftigungsmöglichkeiten in Deutschland gibt, versuchten viele es eben mit einem Asylantrag, meinte Lücke.

Asyl erhielten alle, die die „Schutzkriterien“ erfüllen – und es physisch bis nach Deutschland schaffen. Das wiederum sei nur durch eine illegale Einreise zu bewerkstelligen, denn reguläre Transportunternehmen befördern niemanden ohne Einreiseerlaubnis; und humanitäre Visa gebe es nicht. „Theoretisch“, so Lücke, gelte dann auch noch die Dublin-III-Verordnung: Das Erstaufnahmeland in der EU ist zuständig für die Unterbringung und das Asylverfahren des Asylsuchenden.

Für den Schengen-Raum gebe es keine Alternative zu einem gemeinsam regulierten und finanzierten Asylsystem, folgerte Lücke. Denn Mitgliedsländer mit „guten Bedingungen“ würden sonst von Asylsuchenden überlaufen. Andererseits hätte jedes Mitgliedsland einen Anreiz, seine Aufnahmebedingungen „unangemessen zu verschlechtern“. „Die Gewährung von Asyl ist ein öffentliches Gut, dass die internationale Gemeinschaft (= Mitglieder der Genfer Flüchtlingskonvention) gemeinsam organisieren sollte“, schloss der Referent. Dabei verwies er auch auf die Präambel der Genfer Konvention, die für eine „internationale Lastenteilung“ ein-trete.

Wie nun aber könnte ein gemeinsames europäisches Asylsystem aussehen? Statt nationaler Quoten für die Aufnahme von Flüchtlingen schlägt Lücke eine gemeinsame Finanzierung aus dem EU-Haushalt vor. Sowohl die Unterbringung von Asylbewerbern als auch Asylverfahren, die Integration bzw. die Rückkehr sollten zentral gesteuert und finanziert werden, riet er. Dies könne durch höhere Steuern für die EU bewerkstelligt werden, bemessen wie bisher als Anteil des Bruttoinlandsprodukts. Ein gemeinsames Vorgehen sollte die Verteilung der Asylbewerber auf die Mitgliedstaaten erleichtern, glaubt Lücke.

Auch Vereinbarungen mit Erstaufnahmelandern wie der Türkei hält er für hilfreich. Dazu gehören für ihn beispielsweise die Finanzierung der Flüchtlingsversorgung in den Nachbarländern von Syrien und die Schaffung von Kontingenten für die Übernahme von Flüchtlingen in die EU. Im Gegenzug sollte für Erstaufnahmelandern die Verpflichtung bestehen, die EU-Außengrenzen zu sichern

und illegal ausgereiste Migranten wieder aufzunehmen. Ähnliche Vereinbarungen schlägt Lücke auch mit nordafrikanischen Staaten vor. Außerdem plädierte er für „humanitäre Visa“.

In Bezug auf die **Arbeitsmigration** sprach Lücke sich dafür aus, mehr Immigration zuzulassen, wenn die Immigranten einen „ausreichend bezahlten“ und für eine „gewisse Zeit“ garantierten Arbeitsplatz vorweisen können. Die Folgen für die Zielländer seien „nicht dramatisch“, meinte Lücke. Auf dem westlichen Balkan etwa würde ein solches Vorgehen dazu beitragen, die Zahl von Asylsuchenden zu reduzieren, zeigte er auf. Ein Arbeitsplatz würde dabei seiner Ansicht nach auch den Weg zur gesellschaftlichen Integration ebnen. Andererseits könne mehr Migration allerdings auch zu mehr „Ungleichheit“ führen, etwa wenn Migranten schlechter ausgebildet und damit auch schlechter bezahlt seien als einheimische Arbeitnehmer.

Warum Lücke das alles für wichtig erachtet, wird aus den von ihm berechneten Szenarien zur finanziellen Belastung der öffentlichen Haushalte durch den Zustrom von Flüchtlingen deutlich. Für ein „Basisszenario“ unterstellt er, dass im Jahr 2016 eine Million Flüchtlinge nach Deutschland kommen, ihre Zahl jedoch auf 600.000 2017 und 360.000 2018 sinkt. Im Szenario „langfristig höherer Zustrom“ dagegen geht Lücke nach 840.000 Flüchtlingen im Jahr 2016 von jährlich 600 Millionen bis 2020 aus.

Für seine Berechnungen schätzt er außerdem, dass 20 Prozent der Flüchtlinge innerhalb von drei Jahren in ihre Heimatländer zurück-

Das Dilemma der Flüchtlingskrise

kehren. In einem Szenario „Mehr Rückkehrer“ erhöht er diesen Anteil auf 40 Prozent.

72 Prozent der ursprünglich angekommenen Flüchtlinge sind in Lückes Berechnungen annahmemaß nach zwei Jahren noch Unterstützungsempfänger, 32 Prozent nach fünf und nur noch 16 Prozent nach zehn Jahren.

Die jährlichen Kosten pro Flüchtling veranschlagt Lücke auf 13.000 Euro. Dieser Betrag enthält die individuellen Kosten, aber auch Ausgaben für Verwaltung und Investitionen wie den Bau oder die Herichtung von Unterkünften. Zur Senkung der langfristigen Kosten empfiehlt Lücke höhere Ausgaben – er veranschlagt dabei zusätzlich 1.000 Euro jährlich pro Flüchtling – für eine schnellere Integration in den Arbeitsmarkt. Im günstigsten Fall könnte so der Anteil der Transferleistungsempfänger innerhalb von zehn Jahren auf 12 Prozent sinken.

Seine Schätzungen, das gesteht Lücke zu, haben viele unbekannte Größen, vor allem die Anzahl der ankommenden Flüchtlinge und die Geschwindigkeit, mit der sie sich in den Arbeitsmarkt integrieren werden. Wie aus einem Papier des Instituts für Weltwirtschaft vom Dezember 2015 hervorgeht, bleiben die Flüchtlingskosten in der Schätzung selbst im ungünstigsten Fall jedoch unter zwei Prozent des Bruttoinlandsprodukts. „Die Finanzpolitik steht angesichts der zusätzlichen Ausgaben vor der größten Herausforderung seit der Wiedervereinigung. Die Kosten bleiben im Verhältnis zur Wirtschaftskraft Deutschlands aber beherrschbar“, schreibt Lücke dort.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Wahlkampf:

Kassen sollen Zuschuss aus dem Gesund

Das Wahljahr 2017 rückt näher – und damit steht zunehmend auch die Frage im Fokus, wie ein Anstieg der Zusatzbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung im Zaum gehalten werden könnte. Die Lösung des Bundesgesundheitsministers: Ein Griff in den Gesundheitsfonds.

Zum Jahresanfang 2016 stieg der von Arbeitnehmern allein zu tragende durchschnittliche Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung von 0,9 auf 1,1 Prozent. Rund 44 Millionen GKV-Mitglieder waren nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums von der Erhöhung betroffen. Und die Kassen rechnen mit kontinuierlichen Steigerungen in den nächsten Jahren. Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, etwa glaubt, dass der durchschnittliche jährliche Anstieg auch weiterhin bei ca. 0,2 Prozentpunkten liegen wird.

Andere Experten sagen aufgrund des medizinischen Fortschritts, der demographischen Entwicklung und einer Reihe gesetzlicher Änderungen bis 2020 Steigerungen in einer ähnlichen Größenordnung voraus. Zudem droht den Krankenkassen nach Einschätzung beispielsweise der *Frankfurter Rundschau* vom Februar 2016 auch ein hohes Defizit wegen des Flüchtlingszuzugs.

Dass die Große Koalition steigende Zusatzbeiträge gerade im Wahljahr 2017 als heikel empfindet, liegt auf der Hand. Nun winkt den Kassen nach übereinstimmenden Presseberichten eine Finanzspritze von 1,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds. Mit dieser Summe sollen die Kosten für Flüchtlinge und die Aufwendungen zum Aufbau der Telematik-Infrastruktur

aufgefangen werden, heißt es aus dem Bundesgesundheitsministerium.

Der Gesundheitsfonds verfügt derzeit über eine Liquiditätsreserve von rund zehn Milliarden Euro. Um den Kassen mehr Geld aus der Rücklage zukommen zu lassen, muss die Bundesregierung eine Gesetzesänderung vornehmen. Auf welchem Gesetzesweg das geregelt werden soll, ist noch nicht klar. Die Änderung soll dem Vernehmen nach jedoch noch vor Oktober in Kraft treten, damit der Schätzerkreis die 1,5 Milliarden Euro in seine Berechnungen für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags im Wahljahr 2017 einbeziehen kann.

Die Vorstandsvorsitzende des Verbands der Ersatzkassen Ulrike Elsner begrüßte die angekündigte Bereitstellung der zusätzlichen Mittel, hält die Maßnahme jedoch nur für einen „ersten richtigen Schritt“, um 2017 einen weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge „zu vermeiden bzw. abzufedern“: Nach Auffassung der Ersatzkassen wäre eine Rücklage im Gesundheitsfonds von 35 Prozent einer Monatsausgabe (ca. 6,5 Milliarden Euro) als Liquiditätsreserve ausreichend. „Vor dem Hintergrund der erwarteten Mehrausgaben im Jahr 2017 sollte der Gesetzgeber deshalb zur Entlastung der Versicherten die Rücklagen über die jetzt vorgesehenen 1,5 Milliarden Euro hinaus senken“, sagte Elsner.

undheitsfonds erhalten

„Einmaleffekte“ seien keine Lösung, meint auch die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen: „Es ändert nichts an den steigenden Ausgaben der nächsten Jahre, die vor allem durch teure Reformen verursacht werden. Nur wenn z.B. die Ausgaben für Arzneimittel begrenzt und die Krankenhausstrukturen bereinigt werden, ist eine Stabilisierung möglich“, so Pfeiffer.

Die Opposition dagegen übt sich in herber Kritik: Als „unlauter und perfide“ bezeichnete es die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen Maria Klein-Schmeink, die Versorgung von Flüchtlingen als Grund für „den Griff in den Gesundheitsfonds“ vorzuschieben. Diese Kosten würden unabhängig vom rechtlichen Status der Flüchtlinge aus Steuermitteln finanziert, sofern die Betroffenen nicht erwerbstätig seien. „Mit diesem vorgezogenen Wahlkampfmanöver will die Große Koalition einen spürbaren Anstieg der von ihr zu verantwortenden Zusatzbeiträge vermeiden“, kritisierte Klein-Schmeink. Ihrer Ansicht nach steigt der Zusatzbeitrag nicht wegen der Versorgung von Flüchtlingen, sondern weil die Koalition die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgegeben hat. Der SPD warf die Grünen-Abgeordnete vor, tatenlos zuzusehen, wie in die „Sicherheitsreserve des Gesundheitsfonds“, den „Notgroschen, der ausschließlich den Beitragszahlern gehört“, gegriffen werde.

Wahlkampfgetöse beiseite: Fakt ist, dass in den ersten 15 Monaten die Kommunen für die Behandlungskosten von Flüchtlingen aufkommen müssen. Danach haben Flüchtlinge, deren Asylantrag bewilligt wurde, An-

spruch auf eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kosten dafür trägt der Bund, wenn sie nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind – genau wie bei Hartz IV-Empfängern. Die Zahl der Personen, die das betreffen wird, ist nicht vorherzusagen. Sie ist abhängig davon, wie viele der Flüchtlinge, die bisher in die Bundesrepublik gekommen sind, überhaupt bleiben dürfen, und wie viele von diesen wiederum Arbeit finden.

Auch Zahlen darüber, was die medizinische Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern tatsächlich kosten wird, liegen nicht vor. Die *Frankfurter Rundschau* machte dazu im Februar folgende Rechnung auf: Rund 90 Euro überweise der Bund derzeit für Hartz IV-Empfänger – zu denen gegebenenfalls auch Flüchtlinge zählen. Das sei nicht „ansatzweise kostendeckend“. Die Pressesprecherin des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen kommentierte denn auch: „Das eigentliche, schon seit Längerem bestehende Problem“ liege in den nicht kostendeckenden Kassenbeiträ-

gen für ALG II-Empfänger. Ob und in wie weit sich dieses Problem durch die Flüchtlingswelle verschärfe, könne zurzeit noch in keiner Weise eingeschätzt werden.

Die *Frankfurter Rundschau* bezieht sich bezüglich der Behandlungskosten für Flüchtlinge auf erste Erfahrungswerte aus Hamburg, die von Kosten in Höhe von 180 bis 200 Euro im Monat ausgehen. Dabei werde angenommen, dass viele Flüchtlinge traumatisiert seien und eine umfangreiche medizinische Behandlung benötigten.

Das so entstehende „Loch“ müssten die gesetzlich Versicherten über steigende Zusatzbeiträge ausgleichen – zumal mit einem höheren Steuerzuschuss durch Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble wohl kaum zu rechnen sein dürfte. Dem will Gröhe nun offensichtlich doch lieber vorbeugen – schließlich hatte er im Herbst letzten Jahres noch versprochen, dass die medizinische Versorgung von Flüchtlingen die Versicherten nicht belasten werde.

Be

Immer mehr ausländische Patienten in Deutschland

Immer mehr Menschen aus dem Ausland lassen sich in Deutschland ambulant oder stationär behandeln: Rund 251.000 Patienten aus 176 Ländern waren es 2014.

Das entspricht einem Zuwachs von 4,4 Prozent. Insgesamt bescherten die Medizintouristen dem deutschen Gesundheitssystem über 1,2 Milliarden Euro. Das belegt eine Studie der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg.

Laut Studienergebnissen bleibt Russland mit rund 9.800 stationären und

15.000 ambulanten Patienten der wichtigste Markt. Der Währungsverfall des Rubels und EU-Sanktionen haben jedoch auch in diesem Bereich Auswirkungen: Die Behandlungszahlen gingen um 7,5 Prozent zurück. „Vor allem die schlechte Wirtschaftslage in Russland trübt die Aussichten auf eine Umkehr dieses Trends“, meint Jens Juszcak von der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg. Dafür ist 2014 ein Plus von 30 Prozent für Patienten aus den Golfstaaten zu verzeichnen.

PM/Be

IDH – Interessengemeinschaft der Heilberufe

Medienpreis Gesundheit 2015 verliehen

Die Flüchtlingskrise beherrscht seit Monaten Politik und Medien. Immer wieder Thema ist dabei auch die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen. Mit einem besonderen Aspekt, der psychotherapeutischen Behandlung dieses Personenkreises, setzen sich die NDR-Redakteure Constantin Gill und Christian Schepsmeier in ihrer Reportage „Nach der Flucht kommt das Trauma“ auseinander, für die sie im Juni den Medienpreis Gesundheit 2015 der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) erhielten.

Flüchtlinge aus Krisengebieten sind aufgrund ihrer Erfahrungen häufig traumatisiert. Das Asylverfahren berücksichtigt das jedoch kaum. Kranke und traumatisierte Flüchtlinge haben nur bei akuten und lebensbedrohlichen Fällen ein Recht auf Behandlung. Zeitnah einen Platz für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu bekommen, ist schon unter „normalen“ Umständen oft nicht einfach. Für Asylbewerber und Flüchtlinge kann die Suche nach einem Therapieplatz zu einem nahezu unlösbaren Problem werden. Einen spezialisierten Therapeuten zu finden und zudem auch noch die Genehmigung für eine Behandlung von der zuständigen Behörde zu erhalten, gestaltet sich oft als überaus schwierig. Mit diesem Problemkreis setzte sich der prämierte Hörfunk-Beitrag kritisch, differenziert und zugleich einfühlsam auseinander, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Michael Diercks in seiner Laudatio.

Bekannt gegeben wurde die Wahl der Jury anlässlich eines Parlamentarischen Abends der Apothekerkammer. Gerne hätten Gill und Schepsmeier ihren mit 2000 Euro dotierten Preis persönlich in Empfang genommen – beide hatten leider kurzfris-



Foto: Kirsten Behrendt

Gabriele Lueße (oben mit Dr. Michael Diercks) nahm den Preis für ihre Kollegen Christian Schepsmeier und Constantin Gill (unten von links) entgegen.



Foto: Frank Jaschkowski

tig absagen müssen. Gabriele Lueße vom NDR – die selbst vor einigen Jahren Preisträgerin gewesen war – nahm den Preis stellvertretend für ihre Kollegen entgegen. Die Symbole des Medienpreises – eine Urkunde und ein graviertes Lineal – wurden wenige Tage später an die Preisträger übergeben.

Zehn Journalisten bzw. Redaktionen hatten sich um den Medienpreis Gesundheit 2015 beworben, der seit 2001 für unabhängige, kritische und fundierte Berichterstattung über Gesundheit und Gesundheitspolitik aus Schleswig-Holstein verliehen wird. Ein Hörfunk- und vier Fernsehbeiträge sowie über 20 Print-

Beiträge aus dem letzten Jahr gingen ins Rennen – allesamt, wie Diercks hervorhob, von hoher journalistischer Qualität. „Mit Ihren kritischen, aber auch aner kennenden und informativen Beiträgen üben Sie eine wichtige Funktion zwischen den medizinischen Experten und Ihrer Leserschaft/unsere Patienten aus, die wir sehr zu schätzen wissen“, wandte sich Diercks direkt an die Bewerber, von denen viele sich unter den Gästen im „Kieler Kaufmann“ befanden.

Einige der Journalisten, die für das letzte Jahr ihre Beiträge eingereicht hatten, berichten dabei regelmäßig über Gesundheitsthemen aus

Schleswig-Holstein und haben den Medienpreis zum Teil auch schon einmal gewonnen. Dazu gehören Christian Trutschel von den *Kieler Nachrichten*, Heike Kruse vom ZDF oder die Redaktion der Regionalausgabe Stormarn des *Hamburger Abendblatts*.

Die Preisverleihung der IDH war jedoch nur ein Programmpunkt des „Politisch-Sommerlichen Abends“, zu dem die Apothekerkammer Schleswig-Holstein Gäste aus Politik, Medien und Wirtschaft eingeladen hatte. Apothekerkammer-Präsident Gerd Ehmennutzte die Gelegenheit, um eine Lanze für die Freiberuflichkeit zu brechen. „Der freie Beruf ist für uns ausdrücklich keine Floskel, sondern ein klares Bekenntnis zur Freiheit, Eigenverantwortung und Subsidiarität“, sagte er. „Freiberuflichkeit ist ein Organisationsprinzip, nach dem die Heilberufler ihr Arbeitsleben eingerichtet haben. Sie erheben einen Anspruch darauf, dass ihre Leistungen in einem so hoch komplexen Lebensbereich, wie es die Gesundheitsversorgung nun einmal ist, politisch wahrgenommen, wertgeschätzt, vor allem aber praktisch unterstützt und gerecht honoriert werden.“ Freiberuflichkeit schaffe kontrollierte Qualität: „Darüber möchte ich nicht im Sinne von Zugeständnissen verhandeln müssen“, unterstrich Ehmenn.

Wirksame Selbstverwaltung von Freiberuflern setze voraus, dass sich der Staat und seine Institutionen „soweit es irgendwie geht“ der fachlichen Steuerung des Gesundheitswesens enthielten und sich stattdessen auf eine rechtliche und politische Aufsicht beschränkten, forderte er: „Staatliches Handeln im Gesundheitswesen soll Rahmenbedingungen stabilisieren und gegebenenfalls aktualisieren und für ein Kräftegleichgewicht im System sorgen.“

Dabei haben die Apotheker ähnliche Probleme wie die Zahnärzteschaft: „Die Politik hat in einer jahrelang geübten Praxis die Machtposition der gesetzlichen Krankenkassen in einer Art und Weise gestärkt, dass heute ein fairer Interessenausgleich zwischen Kassen und Apothekerschaft faktisch unmöglich ist“, kritisierte Ehmenn. „Gemeinsam erarbeitete und gemeinsam getragene Verhandlungsergebnisse sind die Ausnahme, Schiedsstellenentscheidungen die Regel geworden.“

Da ist es gut, dass eine Institution wie die IDH den Zusammenhalt der Gesundheitsberufe in Schleswig-Holstein fördert. „Wir haben in

Schleswig-Holstein das einzigartige Privileg, dass die Spitzenverbände der Heilberufe nicht nur ohne Ressentiments miteinander reden, sondern darüber hinaus auf einer gemeinsamen Plattform, nämlich der Interessengemeinschaft der Heilberufe, einen einheitlichen Ansprechpartner für gesundheitspolitische Fragen und Themen bilden“, erklärte der Apothekerkammer-Präsident. „Wir zeigen damit, dass wir willens sind, uns gemeinsam mit ihnen allen über grundsätzliche Fragen zum Gesundheitswesen zu verständigen und in großer Gemeinsamkeit an Lösungen zu arbeiten“, erklärte er in Richtung Politik und Kassen.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Medical Apps:

BfArM will mehr Klarheit bei Herstellern und Anwendern schaffen

Chancen und Risiken von Fitness- und Gesundheits-Apps standen Anfang Juni im Mittelpunkt einer Expertentagung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

„Bei mehr als 100.000 Gesundheits-Apps auf dem Markt wird es immer schwieriger, zwischen guten und schlechten Angeboten zu unterscheiden“, sagte Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, in einem Grußwort. Notwendig seien Qualitäts- und Datenschutzstandards, „auf die sich Bürgerinnen und Bürger verlassen können“.

Aber auch App-Entwickler benötigten „Orientierung“, so Stroppe. Daher solle das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu einer zentralen Anlaufstelle für App-Entwickler in Deutschland weiterentwickelt werden:

„Es soll Herstellern bei der Zulassung von ‚Medical Apps‘ beratend zur Seite stehen.“

Prof. Dr. Karl Broch, Präsident des Instituts, erläuterte, dass bei vielen Entwicklern, aber auch Anwendern Unklarheit darüber herrsche, „ob es sich dabei einfach um Lifestyle-Anwendungen etwa für Fitnessdaten handelt, oder ob bereits eine Medical App vorliegt, für die die weitergehenden Regularien für Medizinprodukte hinsichtlich Sicherheit, Verkehrsfähigkeit und Überwachung gelten.“ Das BfArM gebe Herstellern und Entwicklern wichtige Entscheidungshilfen an die Hand. So unterstütze die „Orientierungshilfe Medical Apps“ Entwickler bei der Frage, ob ihr Produkt dem Geltungsbereich des Medizinproduktegesetzes oder den entsprechenden Verordnungen unterliegt.

PM/Be

„Ein Lächeln für die Zukunft – Kinderzahnheilkunde“



Bereits in der letzten Ausgabe des *Zahnärzteblattes* berichteten wir über die Eröffnung der diesjährigen Sylter Woche und einige Fachvorträge zum Thema „Kariestherapie – Zahnerhaltung“. Wir setzen hier den Bericht des Autors Dr. Karl-Hermann Karstens (Verden) zu den Fachvorträgen aus den Bereichen Sedierung – Narkose, Traumatologie und MIH – Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation fort.

Sedierung – Narkose

Der Einsatz von N₂O (Lachgas) ist seit 150 Jahren zur Sedierung im Gebrauch; eine Schmerzausschaltung erfolgt in Kombination mit einem Anästhetikum. Die Vorteile bestehen im schnellen Wirkungseintritt, guter Steuerbarkeit und geringen Nebenwirkungen. Die notwendige apparative Ausstattung ist überschaubar. Eine Schulung für die Anwendung ist zwingend erforderlich, insbesondere für eine rechtliche Absicherung, und wird vielerorts angeboten. Kinder lassen sich gut für eine Lachgassedie-

rung gewinnen. Mögliche Nebenwirkungen sind: Gleichgültigkeit, seelische und körperliche Entspannung, nachwirkende Euphorie, Wärmegefühl.

Eine Vollnarkose dagegen ist nur mit einem Facharzt für Anästhesie zulässig; zahnärztlicherseits sollte darauf geachtet werden, dass dieser auf Kinderbehandlung geschult ist. Der Arzt muss seine Apparatur mit in die Praxis bringen bzw. der Zahnarzt oder die Zahnärztin muss mit dem Equipment ins Anästhesiezentrum kommen, wodurch ein sehr hoher appa-

tiver und organisatorischer Aufwand betrieben werden muss.

Hier bestehen erhebliche ökonomische Hindernisse, da im GKV-Bereich keine adäquaten Gebührensätze vorgesehen sind.

Traumatologie

Prof. Dr. Andreas Filippi (Basel) berichtete, dass ca. 50 Prozent aller europäischen Kinder bis zum 18. Lebensjahr ein Zahntrauma erleiden. Jungen seien erheblich häufiger betroffen als Mädchen.



Prof. Dr. Andreas Fillipi, Basel

Jeder Praktiker solle eine qualifizierte Erstversorgung vornehmen können. Spitzenphasen für Zahntraumata seien:

- 3. – 4. Lebensjahr: „Laufen lernen“
- 9. – 12. Lebensjahr: „Raufen lernen“
- 17. – 18. Lebensjahr: „Saufen lernen“

Bei der Diagnostik solle beachtet werden, dass das Röntgenbild nur eine zweidimensionale Projektion darstelle. Bei Subluxationen mit Vitalitätsverlust des Zahnes müsse immer frühzeitig eine endodontische Behandlung erfolgen, da sonst eine Wurzelresorption einsetze. Bei totaler Luxation Lagerung des Zahnes in einer Zahnrettungsbox (nicht in Milch) und immer extraorale endodontische



Eine stürmische Angelegenheit: Charity-Golfturnier zum Abschluss der Sylter Woche '16

Eine gute Tradition ist das Benefizturnier „Dental Golf-Cup“ zum Abschluss der „Sylter Woche“. Gastgeber war auch in diesem Jahr der Marine Golfclub Sylt.

Die ganze Kongresswoche herrschte eitel Sonnenschein auf Sylt mit leichtem Ostwind und Kaiserwetter, just am Abschlussstag drehte der Wind und blies mit bis zu acht Windstärken aus Nordwest.

Erstmals in seiner langen Laufbahn als Clubmanager konnte Nico Johannsen keinen Preisträger des Nearest To The Pin Sonderpreises nennen, denn weder die weiblichen, noch die männlichen Teilnehmer hatten das Grün mit einem Schlag getroffen. Bei in Böen acht Windstärken auch kein Wunder.

Kurzerhand wurden die Preise, je zwei VIP-Tickets für das Julius-Bär Polo-Event in 2017, verlost, sie gingen an Dr. Stefan Röhrich, Kiel und den norwegischen Kollegen



**Charity-Golfturnier
DENTAL Golf-Cup 2016
zu Gunsten des
Hilfsfonds „Familien in Not“
anlässlich der**

**58. Sylter Woche
Fortbildungskongress der
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein**

Wir bedanken uns für die Unterstützung:

Fitschen am Dorfteich • Golfino • HB Jensen • Juwelier Ketteridge
Marine Golf Club • Marine Bistro • Sansibar
Sylter Tourismus-Service • Tiroler Stuben • 3M ESPE
A.S.I. Wirtschaftsberatung AG • BAJOHR OPTECmed
Julius Bähr • Bisico • BmedS GmbH • CompuGroup Medical
CURADEN Swiss • Camlog • congress& more Klaus Link
Dampsoft • Deutsche Apotheker- und Ärztekbank • Dreve
Dürr Dental • Fraga Dental • GC Germany
Henry Schein Dental Depot • Heraeus Kulzer • HZA • Kaniedenta
KaVo Dental • orangedental • Schlumbohm
ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG





Prof. Dr. Katrin Bekes, Wien

Behandlung des Zahnes. Dann Reposition von Zahn und Knochen sowie konsequente Schienung. Merksatz: Wenn der Schutzschild der Zementoblasten fehlt, wird auch die Zahnwurzel dem osteogenen Remodelling unterworfen und resorbiert.

Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation – MIH

Prof. Dr. Katrin Bekes (Wien) berichtete, dass die MIH seit ca. 15 Jahren verstärkt ins Blickfeld der dentalen Wissenschaft rückt. Die Prävalenz liege bei ca. 10 Prozent aller Kinder in Mitteleuropa mit steigender Tendenz. Die endogene Störung entstehe zwischen dem 8. Schwangerschaftsmonat und dem 5. Lebensjahr. Es können beide Dentitionen betroffen sein. Eine einheitliche Erklärung für diese



Scheckübergabe bei stürmischem Wetter: Kammerpräsident Dr. Michael Brandt konnte Bürgermeister Nikolas Häckel aus dem Erlös des Turniers eine Spende über 5.800 EUR für „Familien in Not“ übergeben.

Per Jansen, der spontan erklärte, im nächsten Jahr wieder nach Sylt zu kommen.

Auch der zweite Sonderpreis ging nach Norwegen, Ehefrau Pirjio gewann den

Longest Drive der Damen. Bei den Herren war Christian Henrici vom Golfclub Altenhof das Maß aller Dinge, jeweils belohnt mit einer Magnumflasche besten Weins gestiftet von ASI.

Mit dem steifen Nordwest kamen naturgemäß die Inselbewohner am besten klar, so gewannen die Bruttowertung Astrid Kunert-Moßler (Sylt) und bei den Herren Wilhelm Geerk von der Nachbarinsel Föhr.

Mineralisationsdefekte gebe es zurzeit noch nicht.

Die Hypothesen reichen von genetisch bedingten bis zu exogen bedingten Strukturstörungen, wobei Krankheiten im Säuglingsalter und deren medikamentöse Therapie eine Rolle spielen könnten (Erythromycin- bzw. Amoxicillin-Gabe im 1. Lebensjahr erhöhen die Gefahr einer MIH). Bei leichten Formen reiche häufig eine frühzeitige Versiegelung, bei schweren Formen an den 6-Jahr-Molaren sollte immer in Zusammenarbeit mit einem Kieferorthopäden geprüft werden, ob ein Erhalt des Zahnes sinnvoll sei. Zur Restauration seien Composites in Adhäsivtechnik das Mittel der Wahl bzw. die überbrückende Therapie mit Stahlkronen.

Zum Schluss

Wenn sich die „Insel der Schönen und Reichen“ schon in der Woche vor Pfingsten bei allerfeinstem, fast hochsommerlichem Wetter präsentiert, sind die Gäste bestens gelaunt. Wenn dann im großen Saal des Congress Centrums Sylt dennoch bei allen Vorträgen die Sitzreihen gefüllt und die Seminare gut besucht sind, kann man erkennen, wie wichtig den Teilnehmern dieses hochkarätigen Kongresses die Fortbildung ist. Da kommen selbst die Referenten ins Staunen. Auch wenn die Kinderzahnheilkunde nur ein – sicherlich wichtiges – Randgebiet der Zahnmedizin darstellt, gebührt ihr die besondere Bedeutung, die ihr auf Sylt gewidmet wurde. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde eine Fortbildung auf höchstem Niveau geboten.

Auch im kommenden Jahr wird der Kongress sicherlich eine entsprechende Resonanz erfahren. Melden Sie sich rechtzeitig an! Das Thema wird sein: „Verschlungene Pfade – Endodontie von A – Z“.

Der Kongress findet immer in der Woche vor Pfingsten statt: vom 29. Mai bis zum 2. Juni 2017

■ DR. KARL-HERMANN KARSTENS, Verden
ZÄK SH

Die Ergebnisse im Einzelnen:

Nettowertung Kongressteilnehmer
HCP bis 23,5

1. Dr. Jochen Korte, GC Gut Hainmühlen
2. Dr. Otto Walter, GC Nahetal
3. Dr. Stephan Röhrich, Golf- und Landclub Uhlenhorst

Nettowertung Kongressteilnehmer
HCP 23,5 – 36

1. Dr. Frederic Hollay, Münchner Golfclub
2. Dr. Helmut von Grabowiecki, Marine Golfclub Sylt
3. Cay Trahn, Gut Apeldör

Die glücklichen Gewinner in der Verlosung der hochwertigen Dentalgeräte waren Dr. Dagmar Arzt (Titanknochenfilter der Firma Schlumbohm), Dr. Axel Berkel (Translux-Lichtgerät der Firma

Heraeus) und Dr. Mathias Hennecke (Elipar-Lichtgerät der Firma Espe).

Spendenübergabe für „Familien in Not“

Tatsächlicher Gewinner des Charity-Golfturniers war aber auch in diesem Jahr der Sylter Hilfsfonds „Familien in Not“. Zum Abschluss der 58. Sylter Woche konnte Kammerpräsident Dr. Michael Brandt den Erlös des Turniers in Höhe von 5.800 EUR an Nikolas Häckel, Bürgermeister der Gemeinde Sylt, für den Hilfsfonds übergeben. Mit dem Geld wird unbürokratisch in Notlagen geholfen, die es auch auf Sylt gibt. Im letzten Jahr konnten dafür 15.000 EUR verwendet werden, wie Häckel bei der Scheckübergabe berichtete. Damit seien die Zahnärzte der wichtigste Unterstützer des Hilfsfonds.

ZÄK SH



66. Wissenschaftliche Tagung
08. Oktober 2016

Bakterien – Pilze – Viren,
Mikroorganismen in der Zahnmedizin

66. Wissenschaftliche Tagung
der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
und **zfa-samstag**[®]
Zahnärztliche Arbeitsgemeinschaft Schleswig-Holstein

SAVE THE DATE 08. Oktober 2016
Audimax der CAU Kiel

www.shgzm.de www.zfa-samstag.de

Korrekte Berechnung von Reparaturen

Nichts hält ewig ...

In der März-Ausgabe des Zahnärzteblattes wurde die Berechnung von Maßnahmen zur Wiederherstellung von herausnehmbarem Zahnersatz mit oder ohne Abformungen beschrieben. So wie der herausnehmbare Zahnersatz intraoralen Beanspruchungen und Alterungsprozessen unterliegt, aber in seiner Funktion wiederhergestellt werden kann, unterliegt auch der festsitzende Zahnersatz während der Gebrauchsperiode einem gewissen Verschleiß und kann durch Reparaturen in seiner Funktion erhalten bleiben. Nicht alle Reparatur- und Wiederherstellungsmaßnahmen sind in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beschrieben. Im Folgenden geht es um Reparaturleistungen, die in der GOZ aufgeführt sind.

Beispiel: Bei einem Patienten frakturiert am vitalen Zahn 12 die Krone. Die Krone ist intakt, kann nach Entfernung der frakturierten Zahnhartsubstanz wieder eingesetzt werden. Vorher lässt sich die vorhandene Krone durch zwei parapulpäre Stifte und durch eine mehrfachgeschichtete Aufbaufüllung reponieren. Für diese Leistungen ergeben sich folgende Berechnungen (ohne Beratungs-, Röntgenleistungen und Steigerungsfaktoren).

über selbstständige zahnärztliche gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnende Leistungen). Das Setzen beider Stifte sowie die Materialkosten für die Stifte sind in eine Analogposition einzurechnen.

Die einfache Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial wird mit der GOZ-Nr. 2180 berechnet, die zusätzliche adhäsive Befestigung nach GOZ-Nr. 2197.

schließlich Lichthärtung an dem aufzubauenden Zahn notwendig ist. Diese Maßnahme zur Wiederherstellung der verlorenen Zahnhartsubstanz bildet die Leistung weder vom Aufwand noch von der Bewertung her ab. Daher handelt es sich um eine ebenfalls im BZÄK-Analogkatalog aufgeführte analog zu berechnende selbstständige Leistung. Diese Auffassung wird durch das Urteil des Amtsgerichts Berlin-Charlottenburg (Az.: 205 C13/12) gestützt. Das

| Zahn | Leistungsbeschreibung | Anzahl | GOZ-Nr./ § 9 (Zahntechnik) |
|------|---|--------|--------------------------------------|
| 12 | Frakturierte Zahnhartsubstanz aus vorhandener Krone entfernt | | § 9 |
| 12 | 2 Parapulpäre Stifte | 1 | § 6 Abs. 1 (Materialkosten inkl.) |
| 12 | Mehrfach geschichtete Kompositeaufbaufüllung in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung nach § 6 Abs. 1 GOZ entsprechend | 1 | § 6 Abs. 1 |
| 12 | Krone (Werkstück) silanisiert | | § 9 |
| 12 | Krone wiedereingesetzt | 1 | 2310 |
| 12 | Adhäsive Befestigung der Krone | 1 | 2197 |

In diesem Fallbeispiel werden zwei parapulpäre Stifte gesetzt. Diese Leistung ist eine selbstständige in der GOZ nicht beschriebene Leistung und nach den Bestimmungen des § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen (Katalog der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Für die Aufbaurestaurations an Kronen und Brückenankern kann in der Präparationssitzung eine analoge Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ erfolgen, wenn auf Grund der Füllungsgröße ein mehrschichtiger Aufbau mit Kompositematerial in Adhäsivtechnik ein-

Entfernen der frakturierten Zahnhartsubstanz und Reinigen der definitiven Krone sowie die Silanisierung der Krone sind von den zahnärztlichen Leistungen zu trennen und werden nach § 9 GOZ als Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen berechnet.



Teil 2

Das Wiedereinsetzen der Krone wird nach der GOZ-Nr. 2310 mit einem dem Aufwand und der Schwierigkeit angemessenen Steigerungsfaktor, der durch den Aufbau der Zahnhartsubstanz bei vorhandener und wiederinzusetzender Krone entsteht, liquidiert. Für die adhäsive Befestigung der Krone kann die GOZ-Nr. 2197 berechnet werden.

Die Wiedereingliederung von alio loco hergestellten provisorischen Kronen, Wurzelstiftkappen und eines gelösten Stiftaufbaus sind nicht Leistungsbestandteil von GOZ-Nr. 2310. Diese Leistungen sind nicht in der GOZ beschrieben und werden nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.

Mit dieser Position wird auch die Wiederherstellung oder Erneue-

Der Verschluss des Schraubenschachtes bei Wiedereingliederung einer implantatgetragenen Krone/Brückenanker oder oberflächenverändernde Maßnahmen an wieder eingegliederten Kronen/Brückenanker zur Funktionswiederherstellung erfüllen den Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 2320. Das Auffüllen einer Pfeilerkrone und die Umarbeitung zum Brückenglied

| GOZ-Nr. | Leistungsbeschreibung |
|---------|---|
| 2310 | Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz |
| 2320 | Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung oder Abformung |
| 5110 | Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion |

Im Gegensatz zur GOZ-Nr. 2320 beschreibt die GOZ-Nr. 2310 lediglich die Rezementierung einer indirekt hergestellten definitiven intakten Zahnrestauration. Es erfolgt lediglich die Wiedereingliederung nach allen Standards der Kronenbefestigung, das heißt alle erforderlichen Maßnahmen zur Wiedereingliederung (einfache Reinigung des Zahnes, relative Trockenlegung vor dem Rezementieren, Entfernung von Zementresten am Werkstück (Krone), Okklusionskontrolle der eingesetzten Krone) sind Leistungsbestandteil. Die adhäsive Wiederbefestigung löst zusätzlich die Berechnung der GOZ-Nr. 2197 aus. Im Fall von implantatgetragenen Kronen kann beispielsweise die Wiederbefestigung der Krone im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 9060 (Auswechseln von Aufbauelementen im Reparaturfall) oder Wiederbefestigung einer verschraubten Krone ebenfalls nach der GOZ-Nr. 2310 berechnet werden.

rung der Verblendung an herausnehmbarem Zahnersatz, beispielsweise an einer Teleskopkrone, berechnet. Bei der Liquidation ist weiterhin zu beachten, dass die GOZ-Nr. 2310 geringer bewertet ist als die vergleichbare Position im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Steigerungsfaktor ist entsprechend zu bemessen (siehe dazu auch Zahnärztleblatt 09-2015).

Die GOZ unterscheidet hier zwischen herausnehmbarem und festsitzendem Zahnersatz. So beschreibt die GOZ-Nr. 2320 intra- und extraorale Reparaturmaßnahmen an festsitzendem Zahnersatz. Fallen dabei zahntechnische Leistungen an, sind diese nach § 9 GOZ zusätzlich berechenbar. Die Leistungsbeschreibung umfasst gegebenenfalls erforderliche Abformungen, aber auch die Wiedereingliederung einer wiederhergestellten Krone, einer Teilkrone oder eines Veneers.

nach einer Extraktion ist eine Wiederherstellungsmaßnahme, die nicht Leistungsbestandteil von GOZ-Nr. 2320 ist. Diese Leistung ist nicht in der GOZ beschrieben und wird nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.

Zusammen mit wiederhergestellten Kronen (GOZ 2320) ist das Wiedereingliedern von weiteren verblockten – nicht wiederhergestellten – Kronen mit der GOZ-Nr. 2310 und das Rezementieren von Brückenankern mit der GOZ-Nr. 5110 zusätzlich berechenbar.

Die GOZ-Position 5110 beschreibt die Wiedereingliederung einer Brücke nach der Wiederherstellung ihrer Funktion. Damit stellt die Position zwar auf die Wiederherstellung ab, beinhaltet diese jedoch nicht. Wiederherstellungsmaßnahmen sind somit zusätzlich berechnungsfähig. Diese Position wird sowohl für die Wieder-

Korrekte Berechnung von Reparaturen

befestigung einer Brücke auf intakten Ankerzähnen als auch für die Wiederbefestigung einer Brücke auf Implantaten berechnet.

Das im Zusammenhang mit den GOZ-Nrn. 2320 und 5110 erforderliche Entfernen von Kronen lässt sich zusätzlich zur Wiederherstellung/Wiedereingliederung mit der GOZ-Nr. 2290 (*Entfernen einer Einlagefüllung, Krone, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges*) pro Zahn bzw. pro Brückenspanne/Steg berechnen.

den extraoralen Austausch von Verschleißteilen oder verlorenen Teilen (beispielsweise einer Kunststoffmatrize bei einem Preci-Vertex Stargeschiebe) bei zusammengesetzten Verbindungsteilen mit anschließender Wiedereingliederung und Anpassung des herausnehmbaren Ersatzes handeln. Diese Leistung lässt sich nur für Verbindungselemente nach der GOZ-Nr. 5080 berechnen. Wird beim Nachlassen der Friktion einer Doppelkrone die Retention durch das Anbringen eines Attachments wieder-

interokklusales Hilfsmittel. Die Maßnahmen reichen vom Anbiegen oder nachträglichem Anbringen von Klammern, Reparieren von Rissen oder Sprüngen, über das Erweitern oder die Unterfütterung des Aufbissbehelfs nach Zahnextraktion bis zur totalen Unterfütterung von Schienen. Auch die Wiederherstellung eines zum Aufbissbehelf umgearbeiteten herausnehmbaren Zahnersatzes wird nach dieser Position berechnet. Die nach der Reparatur notwendigen additiven oder subtraktiven Maßnahmen zie-

| GOZ-Nr. | Leistungsbeschreibung |
|---------|--|
| 5090 | Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach der Nummer 5080 |
| 5100 | Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung |
| 7030 | Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z. B. durch Unterfütterung |
| 7100 | Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, je Spanne oder Freidendbrückenglied |
| 9060 | Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall |

Die GOZ-Nr. 5080 umfasst die „*Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement. Matrize und Patrizie gelten als ein Verbindungselement*“. Wird ein Verbindungselement nicht erneuert, sondern wiederhergestellt, wird das nach der GOZ-Nr. 5090 berechnet. Die Wiederherstellungsmaßnahme bezieht sich auf die Funktionswiederherstellung aktiver Verbindungselemente an kombiniert festsitzend-herausnehmbarem Zahnersatz und umfasst dabei die gesamte Funktion eines Verbindungselementes (Friktion, Verriegelung, Verschraubung, Kugelkopf, Stegreiter) einschließlich Säubern und Anpassen. Dabei kann es sich um das Aktivieren eines Verbindungselementes (beispielsweise eines Ankers) oder um

hergestellt, wird das nach der GOZ-Nr. 5080 berechnet (Doppelkrone erhält erstmalig ein Verbindungselement). Wird dieses Verbindungselement später repariert, erfolgt die Berechnung nach der GOZ-Nr. 5090.

Die Erneuerung eines Außen-teleskops bei funktionstüchtigem Innenteleskop wird nach der GOZ-Nr. 5100 berechnet. Die Leistungsbeschreibung umfasst die erforderlichen Abformungen, Einproben und Bissnahmen. In der Regel wird dabei auch die Verbindung zwischen Primär- und Sekundärkrone erneuert. Damit ergibt sich die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 5080.

Die GOZ-Nr. 7030 umfasst alle Möglichkeiten der Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs als

hen die Berechnung der GOZ-Nrn. 7050 bzw. 7060 nach sich. Die zahn-technischen Leistungen werden nach § 9 GOZ zusätzlich berechnet.

Alle Möglichkeiten der Wiederherstellung der Funktion eines indirekten Langzeitprovisoriums werden nach der GOZ-Nr. 7100 berechnet. Das dazu gegebenenfalls notwendige Entfernen und Wiedereingliedern ist Leistungsbestandteil, lediglich das mit definitivem Zement eingesetzte Langzeitprovisorium oder eines anderenorts eingesetzten Langzeitprovisoriums kann im Wiederherstellungsfall zusätzlich mit der GOZ-Nr. 2290 berechnet werden. Die Position ist je Krone, Brückenspanne oder Freidendbrückenglied berechenbar.



Auch Aufbauelemente (Sekundärteile) bei Implantatversorgungen unterliegen in ihrer Gebrauchsperiode großen Verschleißbelastungen, so dass der Ersatz durch neue Teile notwendig werden kann. Der dabei erforderliche Austausch kann gegebenenfalls bei notwendigen Abformungen Anproben usw. in mehreren Sitzungen erfolgen. Die Leistung ist im Reparaturfall pro Sitzung einmal pro Implantat berechenbar. Sie ist also im Reparaturfall mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für die Berechnung ist das Auswechseln, also der Austausch alter Aufbauteile gegen neue Sekundärteile. Bei der GOZ-Nr. 9060 handelt es sich hier nicht um die rekonstruktive Phase, sondern das Implantat wurde bereits mit einem Sekundärteil und definitiver Prothetik ver-

sorgt. Mit der Beschreibung sind das Auswechseln und Wiedereinbringen eines Aufbauteils/Sekundärteils (Abutment), das während der Gebrauchsperiode vielfältigem Verschleiß unterliegt und brechen kann, gemeint. Dieser Wechsel dient der Wiederherstellung der Funktion in einem Reparaturfall und umfasst das Herausschrauben, Wiedereinsetzen und den ggf. notwendigen Austausch von Sekundärteilen.

Um das Implantatinnere (konische Verbindung oder das Implantatinnengebinde) nicht zu zerstören, kann im Extremfall durch Kaltverschweißungen bei einem gebrochenen Abutment das Entfernen sehr zeitaufwändig und materialintensiv sein. Das Entfernen eines intrainplantär faktu-

rierten und verbliebenen Anteils eines Aufbauteils erfolgt ggf. mit speziellem Instrumentarium. Die eigentliche Leistungsbeschreibung ändert sich dadurch nachhaltig und führt dazu, dass diese Leistung analog nach § 6 Abs. 1 berechnet werden kann. Dazu ist, um Erstattungsschwierigkeiten zu vermeiden, eine exakte Dokumentation des Reparaturfalls notwendig.

GOZ-Nr. 9060 kann auch nicht für die Abnahme und Wiederbefestigung im Fall einer Reinigung und Säuberung berechnet werden. Diese Leistung ist in der GOZ nicht beschrieben und wird nach § 6 Abs. 1 analog berechnet.

■ DR. ROLAND KADEN
Vorstand Gebührenrecht

Ausschreibung

Förderpreis der Konrad-Morgenroth-Fördergesellschaft e.V.

Die „Konrad Morgenroth-Förderergesellschaft“ (KMFG) vergibt für den Zeitraum 2015/2016 den mit 5.000 EUR dotierten „Förderpreis der KMFG“.

Der Förderpreis wird vergeben:

- für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Grundlagenforschung, Vorbeugung und Behandlung bösartiger Geschwülste im Mundhöhlen- und Kieferbereich und craniofaziale Fehlbildungen,
- für wissenschaftliche Arbeiten der zahnärztliche Prävention und Versorgung spastisch gelähmter und/oder geistig behinderter Menschen, auch im Hinblick auf anästhesiologische Belange.

Zugelassen sind:

- ▶ Zahnärzte in Praxis und Klinik sowie Universitäten,
- ▶ Wissenschaftler und Ärzte in Praxis und Klinik sowie Universitäten.

Umfang und Ausfertigung:

Die Arbeiten unterliegen keinen Einschränkungen. Der Beschluss wird nach Empfehlung des Wissenschaftsbeirates vom Vorstand mehrheitlich gefasst und ist unanfechtbar. Der Rechtsweg bleibt ausgeschlossen.

Die Arbeit ist in digitaler Ausfertigung (PDF-Datei auf CD oder E-Mail) einzureichen bei

anja.schlegel@zahnaerzte-wl.de,
oder postalisch an die Anschrift:
**Konrad Morgenroth
Förderergesellschaft e.V.,
Auf der Horst 29
48147 Münster**
Die Arbeiten sind bis zum
31. Dezember 2016 einzureichen.

KMFG



Das Antikorruptionsgesetz

Am 4. Juni 2016 ist das Antikorruptionsgesetz – in der offiziellen Langfassung das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ – in Kraft getreten, nachdem der Bundestag es im April 2016 mit den Stimmen der großen Koalition beschlossen hatte. Damit ist nunmehr ausdrücklich korruptives Verhalten im Gesundheitswesen unter Strafe gestellt.

Hintergrund

Der Bundesgerichtshof hatte im Jahr 2012 entschieden, dass niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Ärzte bei der Wahrnehmung der ihnen in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben weder als Amtsträger noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen handeln würden mit der Konsequenz, dass die Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuchs grundsätzlich nicht auf diese anwendbar seien.

Folglich würde sich ein Vertragsarzt nicht strafbar machen, wenn er Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen würde. Der Entscheidung lag der Fall zugrunde, dass ein Arzneimittelhersteller ein Prämiensystem für die ärztliche Verordnung von Medikamenten etabliert hatte – der verschreibende Arzt erhielt für jede Verordnung eines Medikaments dieses Herstellers eine Prämie. Diese Zahlungen wurden als Honorare für tatsächlich nicht gehaltene wissenschaftliche Vorträge ausgewiesen.

Die Politik war seitdem bemüht, die aus ihrer Sicht bestehende Strafbarkeitslücke im Gesundheitswesen zu schließen; denn ihrer Auffassung nach beeinträchtigte die Korruption im Gesundheitswesen den Wettbewerb, verteuere medizinische Leistungen und untergrabe das Vertrauen von Patienten in die Integrität heilbe-

ruflicher Entscheidungen. Wegen der erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens sei korruptiven Praktiken in diesem Bereich auch mit den Mitteln des Strafrechts entgegenzutreten, was – wie dargelegt – nach der bisherigen Rechtslage nur unzureichend möglich gewesen sei.

Neue Korruptionstatbestände im Gesundheitswesen

Die nunmehr in Kraft getretenen Straftatbestände sind in den §§ 299a, 299b und 300 des Strafgesetzbuchs normiert. Sie sanktionieren die Bestechlichkeit und die Bestechung im Gesundheitswesen sowie deren besonders schwere Fälle.

Nach § 299a Strafgesetzbuch wird wegen Bestechlichkeit bestraft, wer als Angehöriger eines Heilberufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er einen anderen – den Vorteilsgeber –

- ▶ bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
- ▶ bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
- ▶ bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

in unlauterer Weise im Wettbewerb bevorzugt.

Spiegelbildlich wird gemäß § 299b des Strafgesetzbuchs wegen Bestechung bestraft, wer dem Angehörigen eines Heilberufs einen Vorteil für diesen oder einen Dritten anbietet, verspricht oder gewährt.

Als Strafraumen für Bestechlichkeit oder Bestechung sieht das Gesetz eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe, in besonders schweren Fällen (§ 300 Strafgesetzbuch) – beispielsweise wenn sich die Tat auf einen großen Vorteil bezieht oder der Täter gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt – eine Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren vor.



Beispiele

Es werden nicht nur die angesprochenen Zahlungen von Pharmaunternehmen an Ärzte für die bevorzugte Verschreibung bestimmter Medikamente unter Strafe gestellt, sondern beispielsweise auch die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt, also wenn der Arzt eine bestimmte Apotheke oder Klinik empfiehlt und hierfür von diesen eine Prämie erhält. Erfasst wird auch der Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die der Heilberufsangehörige nicht verordnet, sondern ohne Verordnung unmittelbar beim oder am Patienten anwendet, wie beispielsweise Implantate, Prothesen oder unmittelbar vom Heilberufsangehörigen anzuwendende Arzneimittel.

Vorteilsbegriff

Unter den Tatbestand der neuen Strafnormen fallen sämtliche materielle oder immaterielle Vorteile. Der Vorteilsbegriff deckt jede Zuwendung ab, auf die der Täter keinen Rechtsanspruch hat und die seine wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage objektiv verbessert.

Eine Geringwertigkeits- oder Bagatelgrenze sehen die Korruptionstatbestände nicht vor. Wo es aber an einer objektiven Eignung fehlt, konkrete heilberufliche Entscheidungen zu beeinflussen, ist laut Gesetzesbegründung von einer sozialadäquaten Zuwendung auszugehen, die den Tatbestand der neuen Vorschriften nicht erfüllt. Als Beispiele hierfür werden geringfügig und allgemein übliche Werbegeschenke oder kleinere Präsente von Patienten angeführt.

Laut Gesetzesbegründung ist weiterhin zu beachten, dass das bloße Anneh-

men eines Vorteils zur Tatbestandsverwirklichung nicht ausreichend ist. Der Täter müsse den Vorteil vielmehr als Gegenleistung für eine zumindest beabsichtigte unlautere Bevorzugung im Wettbewerb fordern, sich versprechen lassen oder annehmen. Die damit vorausgesetzte inhaltliche Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung – kurz „Unrechtsvereinbarung“ – begründe die besondere Strafwürdigkeit von Korruption.

Täterkreis

Alle Angehörigen eines Heilberufs, deren Berufsausübung oder Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, können sich wegen Bestechlichkeit im Gesundheitswesen strafbar machen. Neben den akademischen Heilberufen (u. a. Ärzte, Zahnärzte) werden auch die nicht-akademischen Heilberufe, die sogenannten Gesundheitsfachberufe wie beispielsweise die Zahnmedizinischen Fachangestellten, Krankenpfleger, Logopäden, Optiker, Physio- oder Ergotherapeuten erfasst.

Hingegen kommen als Täter für eine Bestechung im Gesundheitswesen nicht nur die genannten Heilberufsangehörigen, sondern alle Personen in Betracht, die als Vorteilsgeber agieren.

Offizialdelikte

Bei den neuen Strafvorschriften handelt es sich um sogenannte Offizialdelikte. Dies bedeutet, dass sie von Amts wegen und nicht nur auf Antrag – wie ursprünglich geplant – verfolgt werden. Begründet wird dies damit, dass mit der Einführung dieser Strafnormen nicht nur der faire Wettbewerb im Gesundheitswesen gesichert, sondern auch das Vertrauen der Patienten in die Integrität heilberuflicher Ent-

scheidungen geschützt werden soll. Die Begehung einer korruptiven Straftat im Gesundheitswesen berühre daher immer auch erhebliche Interessen der Allgemeinheit, was ein Einschreiten von Amts wegen erforderlich mache.

Berufsrecht

Der ursprünglich geplante Gesetzentwurf sah noch eine Strafbarkeit für den Fall vor, dass ein Heilberufsangehöriger beispielsweise einen Vorteil als Gegenleistung dafür fordert, dass er bei der Verordnung von Arzneimitteln „seine berufsrechtliche Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit“ verletzen würde. Dieser Verweis auf das Berufsrecht wurde jedoch aus Gründen des verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebots gestrichen. Gelegentlich sind noch Kommentierungen zu lesen, die auf einer inzwischen überholten Entwurfsfassung beruhen. Die Kopplung zwischen Berufs- und Strafrecht wurde als problematisch angesehen, da das Berufsrecht auf Landesebene geregelt ist und dies folglich dazu hätte führen können, dass die Strafwürdigkeit eines bestimmten Verhaltens von Bundesland zu Bundesland anders zu beurteilen gewesen wäre.

■ CHRISTOPHER KAMPS

Justitiar

Der Beitrag wird demnächst fortgesetzt. Die Fortsetzung wird zahnarzt-spezifische Fallkonstellationen vor dem Hintergrund des Antikorruptionsgesetzes beleuchten.

Quellen:

- Gesetzentwurf der Bundesregierung, Drucksache 18/6446
- Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz, Drucksache 18/8106
- Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 29. März 2012 – Az. GSSt 2/11

ZMP Kurs 2015/16

Erfolgreicher Abschluss

Am 10. Juni 2016 endete der diesjährige ZMP-Kurs und 30 neue, bestens ausgebildete, motivierte, aber auch erschöpfte ZMPs konnten glücklich ihre Zertifikate in Empfang nehmen.



Fotos: ZA Dagmar Frank

Zusätzlich hatten die Teilnehmerinnen ein Referat zu halten sowie eine Hospitation in einer autorisierten Praxis zu absolvieren nebst Supervision. In die Prüfungsmappe, die zur praktischen Prüfung eingereicht werden musste, gehörten drei sorgfältig dokumentierte Fallpräsentationen aus der eigenen Praxis. Nicht zu vergessen, die darauf folgende mehrstündige Abschlussklausur am 31. Mai.

Am 10. Juni mussten die Kandidatinnen abschließend ihr praktisches Können in einem eng bemessenen Zeitplan unter Beweis stellen. An eigenen Patienten, die sie für diesen Tag extra in die Klinik einbestellten, wurden Anamnese, Befund, Plaque- und Blutungsindices erhoben, danach gescalt, poliert, motiviert, aufgeklärt, fluoridiert und in einem anschließenden Prüfungsgespräch reflektiert und der weitere Behandlungsverlauf besprochen.

Alle frischgebackenen ZMPs haben sich ihr Zertifikat wirklich hart erarbeitet und kehren nun hochverdientermaßen mit einem zukunftssträchtigen Berufstitel in ihre Praxen zurück.

Ein großer Dank geht nicht zuletzt an das motivierte Team aus der Abteilung von Prof. Dr. Christof Dörfer der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie der CAU Kiel, an alle Hospitationspraxen und auch besonders an alle Patientinnen und Patienten, die sich für die Prüfung zur Verfügung gestellt haben.

Erfolgreiche Prophylaxe ist nicht das Werk eines einzelnen, sondern das Ergebnis von systematischer zielgerichteter Teamarbeit von Praxisleitung und Mitarbeitern.

In seinen Glückwünschen anlässlich der feierlichen Übergabe der Zertifikate an die erfolgreichen 30 ZMPs betonte Dr. Gunnar Schoepke, Vorstand Praxispersonal der Kammer, diesen wichtigen Aspekt. Ein letzter, für viele sicher überraschender Apell in seiner Ansprache lautete: „Sie sind nun sehr qualifiziert fortgebildete ZMPs und haben wirklich etwas geleistet – lassen Sie sich das ab jetzt auch angemessen bezahlen!“

■ DR. KATJA WOLF

Vorsitzende ZMP Prüfungsausschuss



Die Zeit des Lernens für den ZMP-Kurs ist vorbei. Dr. Katja Wolf (Foto rechts) konnte 30 erfolgreichen Teilnehmerinnen die Zertifikate übergeben.

Hinter ihnen lag eine lange Zeit des Lernens: Nach dem ZMP Kursteil I, in dem der Schwerpunkt auf der Kariesprophylaxe lag, folgte der Kursteil II mit dem Schwerpunkt Parodontalprophylaxe. Hierbei fanden die Theorieteile des Kurses an neun Tagen im Heinrich-Hammer-Institut statt, der praktische Teil in mehreren Blöcken in der Kieler Zahnklinik, Abteilung Parodontologie.

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung

Tipps für die Zahnpflege bei YouTube

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) haben zwölf Kurzfilme erstellt, die vor allem Angehörige bei der Mundpflege von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung unterstützen sollen, und bei YouTube veröffentlicht.

Die Filme fassen die wichtigsten Hinweise zur Mund- und Zahnpflege zusammen, sie sind bewusst verständlich und kurz gehalten, um keine Barriere für Interessierte zu schaffen.

Alle Zahnarztpraxen und interessierte Einrichtungen dürfen die Filme auf ihren Homepages einbinden, sie verlinken oder teilen. Gerne können Praxen den Hinweis auf die Kurzfilme an ihre Patienten weitergeben (www.youtube.com,

Suchbegriff Bundeszahnärztekammer). Die zwölf Kurzfilme finden Sie auch auf der Homepage der Kammer unter: www.zaek-sh.de – Patientenservice – Patienteninformationen – Informationen zur Mundgesundheit im Alter und bei der Pflege.

Das Projekt wurde der Öffentlichkeit mit einer gemeinsamen Pressemitteilung von BZÄK und ZQP vorgestellt:

Griffverstärkung für die Zahnbürste, Dreikopfzahnbürste oder Mundschleimhaut befeuchten – es gibt zahlreiche wichtige Hinweise, die helfen, die Mundgesundheit von Hochbetagten, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung zu erhalten.

1,3 Millionen und damit etwa die Hälfte der pflegebedürftigen Menschen werden in Deutschland im eigenen Zuhause ausschließlich von Familienangehörigen oder nahestehenden Personen gepflegt – ohne professionelle Unterstützung.

Vor diesem Hintergrund haben die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) gemeinsam die wichtigsten Hinweise zur Mund-

und Zahnpflege in zwölf Kurzfilmen zusammengefasst, die ab sofort bei YouTube zur Verfügung stehen.

„Mundgesundheit ist wichtig für die Lebensqualität. Sprechen, Schmecken, Essen sind oft eingeschränkt, wenn zum Beispiel Druckstellen im Mund Schmerzen verursachen“ erklärte der Vizepräsident der BZÄK, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich. „Erkrankungen im Mund können außerdem negative Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit haben, so zum Beispiel Ernährungsmangel und Infektanfälligkeit, aber auch die Verschlechterung eines Diabetes oder die Erhöhung des Schlaganfallrisikos. Bestimmte Medikamente, wie zum Beispiel Blutdruckmittel, können an-

dererseits Probleme im Mund verstärken. Deshalb ist Prävention wichtig.“

„Die tägliche Zahnpflege ist ein zentraler Beitrag zur Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen. Doch gerade in der häuslichen Versorgung wäre dies ohne die familiäre Unterstützung nicht zu bewältigen. Unsere Erklärungsvideos ermöglichen pflegenden Angehörigen einen schnellen Zugriff auf die notwendigen Informationen, um Schritt für Schritt die richtige Zahn- und Prothesenreinigung durchführen zu können“, sagt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP.

BZÄK/ZQP



Wir gratulieren!

Die Kollegen Dr. Ralph Swat und ...



Am 30. Juni 1956 in Mölln geboren, ist er in Essen aufgewachsen, weil sein Vater dort Arbeit gefunden hatte. Dieser hat ihm auch früh das Leistungsprinzip nahe gebracht: *Wenn Du Dich anstrengst, kannst Du alles werden!*

Von seinem Vater wurde dem Kollegen Swat auch ein großes Interesse an der historischen und politischen Entwicklung weltweit mit auf den Weg gegeben.

Nach dem Abitur in Essen folgten 15 Monate Bundeswehr, danach ein Jahr Zahntechnik, denn der Wunsch, Zahnmedizin zu studieren stand schon fest. Im vierten Nachrückverfahren dann, kurz vor dem Ende des SS 1977, der Studienplatz an der FU Berlin und nach vier vollständigen Semestern das Physikum, Wechsel wegen eines drohenden Wartesemesters nach Kiel und dort Examen 1982. Assistenzzeit wieder in Berlin bei Armin Jäger und danach in die „alte Hei-

mat“ zu Gerald Hartmann nach Ratzeburg. Niederlassung 1985 in Lübeck mit einer Neugründung und seitdem auch Mitglied im Verein Lübecker Zahnärzte. Schnell wurde er in den Vorstand gewählt, dem er für 19 Jahre angehört hat. Er hat sich unter anderem um Notdienstprobleme gekümmert, seine Liebe galt der Jugendzahnpflege in der Kreisarbeitsgemeinschaft, er organisierte Informationsveranstaltungen für Eltern und Kinder und die Betreuung der Kindergärten durch niedergelassene Zahnärzte/-innen, bis 2001 war er Kammerdelegierter und hat im Prophylaxeausschuss den Zahnärztlichen Kinderpass mit entworfen. Die Arbeit unter engagierten, gleichgesinnten Kollegen hat ihn begeistert. Heute ist ein großer Teil der Aufgaben weggefallen, weil das Gesundheitsamt sich darum kümmert.

Ralph Swat ist gerne Generalist und hat neben vielen anderen Fortbildungen auch zwei Serien der APW über jeweils zwei Jahre absolviert (allgemeine ZMK und Geriatrie), früher hat er auch Altenheime betreut, aber das Arbeiten in der Praxis mit den unterschiedlichsten Patienten von jung bis alt macht ihm am meisten Spaß. So ist auch das Praxispersonal „multikulturell“ zusammengestellt, was bei dem derzeitigen Flüchtlingsansturm bei der Verständigung so manches Mal hilfreich ist.

Er wollte nicht Einzelkämpfer sein und hat bald mit Assistenten gearbeitet, bis Stephanie Mauritz im Jahr 2000 zu ihm kam, er freut sich über die bis heute ausgezeichnete und harmonische Zusammenarbeit.

Seine Frau war ihm von Essen nach Berlin gefolgt, sie ist dann wegen ihrer Arbeit in Berlin geblieben, als Kollege Swat in Kiel weiter studierte, aber zur Niederlassung kam sie nach Lübeck und es folgte durch die Geburt von Birte 1987 und Eike 1989 die Familiengründung mit Hausbau in Groß Grönau.

Seit 1988 engagiert er sich im Kiwanisclub Lübeck-Hanse. 2003 hat er mit Freunden eine große Reise nach China unternommen, seine Begeisterung darüber ist nicht zu übersehen, weil sich ihm eine ganz andere Welt öffnete, er fühlte sich in Shanghai wie „in der Zukunft angekommen“. Privat hat diese Reise einen Wandel eingeleitet, der einen glücklichen Verlauf nimmt durch die Heirat mit seiner zweiten Frau 2006 und der Geburt seiner Tochter Nina 2014. Die neue Lebendigkeit zu Hause entspricht seiner unermüdlichen Neugier auf Neues, unterwegs zu sein, Ausflüge zu machen und in der Natur zu sein. Er hat ein Faible für alte Gutshäuser und Oldtimer und genießt sein Familienleben mit der gleichzeitigen Herausforderung, fit zu bleiben.

So ist er: Unternehmungslustig und genau, familienbewusst und begeisterungsfähig.

Ich danke ihm herzlich im Namen des Vereins Lübecker Zahnärzte für die vielen Jahre zuverlässiger und harmonischer Vorstandsarbeit und seine ausdauernden Verdienste um die Jugendzahnpflege.

■ DR. MARIANNE STAHL

... Dr. Jörg-Peter Rosemann wurden 60 Jahre alt



Jörg-Peter Rosemann ist am 3. Juli 1956 in Eschwege, Nordhessen, geboren. Dort ist er aufgewachsen, zur Schule gegangen und hat mit seinem Abitur 1975 sofort einen Studienplatz in Marburg erhalten, Examen dann 1981 und zwei Assistentenstellen – in Olpe und in Soltau – mit parallel laufender Dissertation in Marburg.

Die Praxisübernahme in Lübeck-Kücknitz wurde von Soltau aus vorbereitet, seit 1985 ist er in Lübeck niedergelassen und seitdem auch Mitglied im Verein Lübecker Zahnärzte.

Seine Familie gründete er mit der Hochzeit 1990, seine Frau Cathrin ist Internistin, 1991 wurde Tochter Ricarda geboren und Sohn Julian Tobias 1994.

Beide Kinder studieren inzwischen, aber sie haben sich nicht für die Zahnmedizin entschieden.

Seit 31 Jahren arbeitet Kollege Rosemann mit Leib und Seele als zahnärztlicher Generalist, die Freude und Begeisterung über das große Behandlungsspektrum strahlt aus seinen Augen, wenn er darüber erzählt.

Von 1999 bis 2011 hat er im Vorstand des Vereins Lübecker Zahnärzte als Fortbildungsreferent gewirkt, durch seine guten Kontakte zur Humanmedizin hat er uns quartalsweise interessante und außergewöhnliche Themen und Referenten geboten.

Bereits seit 2009 vertritt Rosemann die Interessen der Lübecker Kolleginnen und Kollegen als Delegierter in der Kammerversammlung.

Er ist nicht nur begeisterter Zahnmediziner (wenn nicht die wachsende Bürokratie wäre ...), sondern ist auch seit der Schulzeit „irgendwie immer“ ein Chormitglied gewesen.

Anfang 2015 hat er auch den Vorsitz des Förderkreises seines Chores übernommen, der die Finanzierung der mitunter sehr kostspieligen Konzerte ermöglicht.

Aber er liebt nicht nur die Musik, sondern auch das Fahrradfahren in der Natur und hat mit der Familie weite Touren zum Beispiel an die Müritz und von dort weiter bis nach Usedom und vom Werratal aus quer durch Thüringen und an der Saale abwärts bis Magdeburg unternommen. Außerdem wandert er gerne in den Bergen und hat auch mit seinen Kindern zusammen immer wieder gemeinsame Ziele in ganz Europa aufgesucht – zuletzt auf La Palma.

Kollege Rosemann hat ein Lebensmotto: *Wenn man eine Aufgabe hat, dann soll sie auch ordentlich ausgeführt und gut zum Ende gebracht werden.*

Ich möchte den Kollegen Rosemann ehren als jemanden, der Treue an den Tag legt, sowohl seinen Mitarbeitern als auch seinen Zahn Technikern und besonders dem Verein Lübecker Zahnärzte gegenüber, das hat diese Arbeitsbereiche auch immer problemlos ihren Gang gehen lassen.

Sein berufliches, soziales und familiäres Engagement findet eher ruhig, aber sehr herzlich und zuverlässig statt.

■ DR. MARIANNE STAHL



Big Data im Gesundheitswesen:

„GPS-System für die medizinische Versorgung“

Elektronische Krankenakte, eGK, Abrechnungsdaten oder Gesundheits-Apps:

Längst hat die digitale Welt auch die Medizinbranche durchdrungen.

Die dergestalt erzeugten Daten sind ein Rohstoff, der Begehrlichkeiten weckt – nicht nur bei Krankenkassen und -versicherungen: Auch Wissenschaft und Forschung melden Bedarf an.

Möglichkeiten, Datenbestände zu verzahnen und so überhaupt erst nutzen zu können, diskutierten auf einer Tagung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) in Berlin rund 100 Wissenschaftler aus Medizin und IT sowie Praxisvertreter.

Die **einhellige Forderung**: Benötigt werde ein rechtliches Fundament für den Datenaustausch. „Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeheime – bislang erfassen alle getrennt voneinander zahlreiche Daten. Sie wissen kaum voneinander und tauschen sich nicht aus. Was wir dringend bräuchten, wäre eine Art Forschungsdatenportal“, meinte der zuständige Zi-Fachbereichsleiter Prof. Dr. Jürgen Stausberg. So könnten relevante Schlüsse für Prävention, Diagnostik und Therapie gezogen werden. Außerdem würden Parallelarbeiten vermieden. Voraussetzungen seien eine entsprechende Infrastruktur und gesetzliche Regelungen, um Daten und Persönlichkeitsrechte zu schützen.

Versorgungsforschung in Deutschland finde bislang lediglich auf der Grundlage von Routinedaten aus Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern etc. (Abrechnungsdaten, Ausgabe von Medikamenten, Qualitätssicherung) statt, beklagt das Zi. Dabei gebe es umfangreiche Datenbestände mit gesundheitsrelevanten Informationen auch in anderen Bereichen: Praxen, Krankenhäuser und Pflegeheime erfassten zunehmend „strukturiert patientenbezogene, medizinische oder pflegerische Informationen in elektroni-

schen Akten“. Register und Kohorten erhöhen zur Beantwortung populations- bzw. bevölkerungsbezogener Fragestellungen detaillierte Daten zu ihren Probanden. IT-Konzerne, Softwareunternehmen und Versicherungsunternehmen bauten „Geschäftsmodelle“ mit Sammlung und Verwertung gesundheitsrelevanter Daten auf.

Die Daten all dieser Bereiche verfügten über ein großes Potenzial zur „Bearbeitung wichtiger Fragen der Prävention, der Wirksamkeit von Diagnostik und Therapie unter Alltagsbedingungen und der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“, so das Zi. Das Problem: Sie würden in den verschiedenen Sektoren und von verschiedenen Trägern dezentral gesammelt. Eine (pseudonymisierte) Zusammenführung der Daten für die Versorgungsforschung würde diese Potenziale erschließen, glaubt das Institut.

In diesem Sinne forderte auch der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Gassen den Gesetzgeber auf, rechtliche Grundlagen für eine effiziente Datennutzung zu schaffen. „Ohne eine moderne Infrastruktur bleibt die Versorgungsforschung in Deutschland hinter ihren Möglichkeiten weit zurück. Und dies würde bedeuten, dass Deutschland im Bereich dieser Forschung mittelfristig zum Importland würde“, warnte er. Ziel sei eine Art „GPS-System für die medizinische Regelversorgung“.

In anderen Ländern scheint die Verwertung von Gesundheitsdaten tatsächlich bereits weiter fortgeschritten. Experten

aus Dänemark, den USA und Australien stellten auf dem Zi-Forum entsprechende Big-Data-Modelle vor.

In Dänemark etwa werden Daten über eine unverwechselbare Steuernummer verknüpft; zentrale Anwendungen und Sicherheitsstandards steuern den Austausch zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Allerdings unterscheidet sich der Umgang mit persönlichen Daten in skandinavischen Ländern zum Teil deutlich von der deutschen Praxis. So werden hier etwa auch Daten zu Einkommen oder Besitz erfasst und „transparent“ gemacht.

Wissenschaftler in den USA konzentrieren sich derzeit auf eine bessere Zusammenarbeit mit Unternehmen zur Nutzung von Daten, die außerhalb von Gesundheitseinrichtungen entstehen. Mit dem Projekt DELPHI erstellen sie eine Plattform, um Daten verschiedener Herkunft anlass- und krankheitsbezogen zusammenzuführen und auszuwerten.

In **Australien** baut das vom Staat unterstützte und universitär geführte „Population Health Research Network“ eine Infrastruktur auf, um unterschiedliche öffentliche Datenbanken über Sektoren, Regionen und Forschungsprojekte hinweg miteinander zu verknüpfen. Dazu gehören unter anderem Daten aus Geburts-, Todes-, Krebs- und Infektionsregistern. Über die Auswertung der verknüpften Datenbestände gewinnt Australien neue Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und zur Gesundheitsversorgung. Kernelement

der Infrastruktur ist ein Verfahren zur Zusammenführung von Informationen über eine Person aus mehreren Quellen – ohne Verletzung von Vertraulichkeit und Sicherheit.

In diesem australischen Modell sieht das Zi am ehesten Anknüpfungspunkte auch für Deutschland. Um Effektivität und Effizienz der Versorgung besser verstehen zu können, müsse eine Zusammenführung von Routinedaten, kli-

nischen und „unstrukturierten Alltagsdaten“ – also beispielsweise Daten aus Fitness-Apps, die über mobile Geräte gesammelt werden – erfolgen, erklärte Zi-Geschäftsführer Dr. Dominik von Stillfried. Notwendig seien „populationsvollständige Daten aus diversen Quellen“ (Big Data) und eine „zwingend sektorenübergreifende Analyse der Versorgungsvorgänge“.

Klar ist: Big Data birgt viele Chancen – aber auch ebenso viele Risiken für die Persönlichkeitsrechte von Versicherten und Patienten. Bei der Frage, wie mit digitalen Gesundheitsdaten verfahren werden kann, geht es Wissenschaftlern vorrangig um technische Lösungen der Vernetzung. Nicht außer Acht gelassen werden darf dabei jedoch auch die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen.

■ KIRSTEN BEHRENDT

RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

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

**Samstag, den 12. November 2016, 9.00 Uhr
im Steigenberger Conti Hansa Kiel, Schloßgarten 7, 24103 Kiel.**

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

Vorläufige Tagesordnung:

- | | |
|---|--|
| 1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit durch den Vorsitzenden der VV | 6. Bericht der Ausschüsse (soweit tätig gewesen) |
| 2. Bericht des VV-Vorsitzenden | 7. Beschlussfassung über Anträge (soweit nicht unter TOP 4 behandelt) |
| 3. Beantwortung schriftlich gestellter Fragen (ohne Aussprache) | 8. Genehmigung des Etats 2017 und Festsetzung von Verwaltungskostenbeiträgen |
| 4. Bericht des Vorstandes | 9. Verschiedenes |
| 5. Bericht des Kassenprüfungsausschusses und Entlastung des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2015 | |

Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

September-Sitzung 2016
Anträge für die September-Sitzung 2016 müssen bis zum **31. 8. 2016** vollständig vorliegen.

Dezember-Sitzung 2016
Anträge für die Dezember-Sitzung 2016 müssen bis zum **23. 11. 2016** vollständig vorliegen.

Verzicht zum 31. 12. 2016
einreichen bis zum **30. 9. 2016**

Verzicht zum 31. 3. 2017
einreichen bis zum **31. 12. 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.: 16-02-016 **Fachkunde im Strahlenschutz**

Dr. Kai Voss, Kirchbarkau,
Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang,
Kiel, et al.
1. Kursteil:
Samstag, 3. 9. 2016
10 – 18 Uhr
ZMK, Casino, 9. Stock
2. Kursteil:
Samstag, 17. 12. 2016
10 – 17 Uhr
Heinrich-Hammer-Institut
690 EUR für ZÄ
Punktebewertung: 18

Spezialkurs Dentale Volumentomographie (DVT)

Dieser Kurs ist für Zahnärzte gedacht, die ein DVT-Gerät betreiben wollen. Er ist erforderlich, wenn die rechtfertigende Indikation für ein DVT gestellt oder ein DVT befundet werden soll, das in einer anderen Praxis angefertigt wird. Dieser Kurs schließt die Aktualisierung der allgemeinen Fachkunde mit ein. Die Aktualisierungsfrist verschiebt sich damit auf den Zeitpunkt fünf Jahre nach Erwerb dieser Spezialfachkunde.

1. Kursteil:

- Einführung
- Strahlenexposition durch die DVT/ Strahlenschutz
- Strahlenschutzeinrichtung, Strahlenschutz von Personal und Patienten
- Möglichkeiten der DVT-Diagnostik bei Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparats
- Aufnahmetechnik, Aufnahmeparameter, Gerätetechnologie (in Gruppen)
- Hands-on-Workshop: Durchführung von DVT-Aufnahmen mit Primärrekonstruktion, Software Demonstration und Einführung in die DVT Diagnostik (in Gruppen)
- Falldemonstrationen, Möglichkeiten und Grenzen der DVT-Diagnostik
- Abschlussbesprechung Teil 1, Aushändigung einer CD mit 25 Übungsfällen zum Sachkundeerwerb (Diagnostik und Befundung bis zum 2. Kurstag)

2. Kursteil:

- Qualitätssicherung, Archivierung, Datenweitergabe
 - Möglichkeiten der DVT Diagnostik und schablonengeführten Planung in der Implantologie
 - Lernzielkontrolle Multiple-Choice
 - Hands-on-Workshop: Durchführung und Demonstration von Messungen
 - Präsentation der Fallbeispiele durch die Teilnehmer, Besprechung und Auswertung der mitgebrachten Befundbögen
 - Besprechung und Auswertung der Fallbeispiele
- Bei erfolgreicher Kursteilnahme wird das Zertifikat Fachkunde DVT Digitale dentale Volumentomographie nach der Richtlinie Fachkunde für die Mitglieder der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ausgestellt. Nichtmitglieder erhalten eine Teilnahmebescheinigung.

Bitte bringen Sie zu beiden Kursteilen ein Notebook mit Windows-Betriebssystem und eine Scrollmaus mit.

Kurs-Nr.: 16-02-058 **Mythos Motivationsgespräche**

Karin Namianowski,
Wasserburg (Bodensee)
Samstag, 10. 9. 2016
9 – 16 Uhr
Heinrich-Hammer-Institut
255 EUR pro Teilnehmer
für ZÄ, ZFA
Punktebewertung: 7

Coaching statt Beratung für PZR- und PAR-Patienten Kommunikationstraining für Prophylaxe-Profis!

Schluss mit langweiligen Motivations- und Beratungsgesprächen. Mit modernen und sinnvollen Kommunikationsstrategien kommen Sie auch mit schwierigen Patienten klar. Nutzen Sie Ihre natürlichen Fähigkeiten zu überzeugen. Individualisieren Sie Ihre Beratungs- und Motivationsgespräche, durch eine sicherere Persönlichkeitseinschätzung Ihres Patienten, seiner Handlungs- und Entscheidungsmotive, durch klarere Verständlichkeit, Entscheidungssicherheit und Begeisterung für Ihre medizinische Leistung.

Sparen Sie sich 75 Prozent Text und verdoppeln Sie Ihre Überzeugungskraft. Ein ideales Seminar für Faulenzer, Besserwisser, Quasselstripfen, Beratungs-Phobiker und auch ganz einfach für Prophylaxeprofis, die mal wieder neuen Elan schöpfen, wirkungsvollere Formulierungen anwenden und nicht immer nur ein und dasselbe erzählen möchten.

Aus dem Inhalt:

- Die Magie der Sprache
- Warum Sie mit einigen Patienten nicht gut klar kommen
- Imagewechsel: Von der Beraterin zum Coach
- Die Sprache der Sinne: mit allen Sinnen wahrnehmen und beraten
- Motive des Patienten erkennen
- SMART: klare Zielvereinbarungen treffen
- Der „Chunk-Size-Regulator“
- Einwände meistern
- Überzeugen statt überreden
- Die Körpersprache hat mehr zu sagen als wir denken
- Gesprächskiller vermeiden
- Von der Quasselstrippe zur Zuhörerin
- ...und was Sie schon immer zum Thema Beratung wissen wollten!



Anmeldung:

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein · Heinrich-Hammer-Institut · Westring 496 · 24106 Kiel
Tel. 0431/260926-80 · Fax 0431/260926-15 · E-Mail: hhi@zaek-sh.de · www.zaek-sh.de – Rubrik Fortbildung



Fortbildung in Kreisvereinen

Vereinigung der Zahnärzte des Kreises Stormarn

am: 29.09.2016, 19.30 Uhr

Ort: THC Ahrensburg, Fannyhöh 9f

Referent: Dr. Rüdiger Lemcke, UKE

Thema: Aktuelle Therapien im Milchgebiss und Endodontie im frühen bleibenden Gebiss

Kreisverein der Zahnärzte Neumünsters

am: 06.10.2016, 20.00 Uhr

Ort: Alfreds, Neumünster

Referent: Martin Ulbrich, Oberfeldarzt,

Sanitätsversorgungszentrum Husum

Thema: Zahnmedizinische/oralchirurgische Besonderheiten einer Einsatzarmee: Fit für den Einsatz?

Anzeigen

Kreisstadt Pinneberg

Alterspraxis ab sofort abzugeben. Top Lage/Fußgängerzone,

7 Busse/S-Bahn 4 Min. 2 BHZ, Labor, erweiterbar auf 4 BHZ,

Preis 5 T EUR

Tel. 04101/22251

Beachten Sie auch die „Praxisbörse“ unter www.zaek-sh.de.

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.shgzm.de, Rubrik Jahrestagung

14. Institutstag der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein



Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

Zahnärztliche Implantologie aus der Schwerpunktpraxis Was ist wichtig zu wissen, was hat sich verändert?

Samstag, 3. Dezember 2016

9.30 Uhr – 14.00 Uhr

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Heinrich-Hammer-Institut

Westring 496, 24106 Kiel

Die zahnärztliche Implantologie verändert sich immer noch rasend schnell. Sei es auf dem Gebiet der Implantathardware, chirurgische Techniken oder der zahntechnischen Materialien. Erfahren Sie mehr über Entwicklungen und Tendenzen moderner implantatchirurgischer – und prothetischer Therapie aus der implantologischen Schwerpunktpraxis. Die Themenbereiche Implantatchirurgie (Hart- und Weichgewebe), sowie prothetische Rekonstruktionsprinzipien werden erläutert.

Themenbereiche:

- ▶ Implantologie im Frontzahnbereich – was hat sich verändert?
- ▶ Chirurgie der Hart- und Weichgewebe
- ▶ Augmentationstechniken: von lateral bis 3-dimensional
- ▶ Ersatzmaterialien für Hart- und Weichgewebe
- ▶ Wie gehen wir mit der Zahnextraktion im ästhetisch kritischen Bereich um?
- ▶ Was ist zu tun, wenn nach der Zahnextraktion im Frontzahnbereich kein Knochen vorhanden ist?
- ▶ Wie gehen wir mit der „Socketpreservation“ um?
- ▶ Welche Rolle spielen individuelle Abutments?
- ▶ Welche Materialien sind für individuelle Abutments geeignet?
- ▶ Welche Implantathardware ist die Bessere?
- ▶ Konische Implantat-Abutment-Verbindung vs. flache Implantat-Abutmentverbindung, welche ist die Bessere?
- ▶ Welche Rolle spielt das Platformswitching?
- ▶ Kann Implantathardware die periimplantäre Knochenstabilität beeinflussen?
- ▶ Welche Möglichkeiten haben wir heute, um Keramik-Chipping zu vermeiden?

Programm

9.30 Uhr Teil 1

Zahnärztliche Implantologie aus der Schwerpunktpraxis
Was ist wichtig zu wissen, was hat sich verändert?

Dr. Claudio Cacaci, München

11.30 Uhr Brunch and Work

12.15 Uhr Teil 2

Zahnärztliche Implantologie aus der Schwerpunktpraxis
Was ist wichtig zu wissen, was hat sich verändert?

Dr. Claudio Cacaci, München

13.45 Uhr Diskussion

14.00 Uhr Voraussichtliches Ende des 14. Institutstages

Teilnehmergebühr: 95 Euro für Zahnärztinnen und Zahnärzte
Punktebewertung entsprechend der Empfehlung der BZÄK/DGZMK: 5

Anmeldung unter

Kurs-Nr. 16-02-047 | www.zaek-sh.de, Rubrik Fortbildung

Tel.: 0431/26 09 26-82 | Fax: 0431/26 09 26-15 | E-Mail: hhi@zaek-sh.de

Der 14. Institutstag findet mit der freundlichen Unterstützung
der CAMLOG Vertriebs GmbH statt.

camlog