



54. Sylter Woche: „Implantate – in aller Munde?“

INHALT

Editorial	3
5. Institutstag der Zahnärztekammer	
Gernot Möhrig: So mache ich es!	4
Versorgungsstrukturgesetz: Kongress „Vernetzte Gesundheit“	6
Fachtagung Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein	7
Burnout bei Zahnärzten	8
Repräsentative Umfrage: Deutsche schätzen ihren Zahnarzt	10
GOZ 2012: Abrechnungstipps	11
Patientenrechtgesetz: Keine generelle Beweislastumkehr	12
KZV-Gutachtertagung: Rund um Mängelbegutachtung, Fest- zuschüsse, Kinderürpthesen und DVT	14
Schleswig-Holsteinischer Datenschützer geht gegen Facebook vor	16
„Datenhoheit in die Hand der Bürger“: ULD bietet Kooperation an	18
Vorschau: 19. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag	19
eGK Kartenlesegeräte	22
Rundschreiben der KZV SH	22
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	24
Meldungen & Meinungen	26

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Redaktion: Zahnärztekammer:
Dr. Joachim Hüttmann (verantwortl.), Dr. Thomas Ruff
Kassenzahnärztliche Vereinigung:
Dr. Peter Kriett (verantwortl.), www.kzv-sh.de
verantwortlich für diese Ausgabe:
Dr. Joachim Hüttmann
Verlag: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 496 · 24106 Kiel
Tel. 0431/260926-30, Fax 0431/260926-15
E-Mail: central@zaek-sh.de
www.zahnaerztekammer-sh.de
Layout, Herstellung:
form + text | herbert kämpfer · Kiel
Titel: ComLog Werbung + PR, Kiel
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

Einschreiben ist nicht gleich Einschreiben

Wer auf Nummer sicher gehen will, schickt wichtige Briefe per Einschreiben. Das kann aber auch schief gehen. Wird der Empfänger nämlich nicht angetroffen und holt die Sendung auch nicht ab, dann gilt bspw. eine Kündigung nicht als rechtswirksam zugegangen. Im konkreten Fall gab das Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz einer Pflegerin recht, die ihre Kündigung angefochten hatte (Az.: 10 Sa 156/11). Der Arbeitgeber wollte mit einem Übergabe-Einschreiben fristlos kündigen. Weil niemand aufmachte, steckte der Postbote eine Benachrichtigung in den Briefkasten. Die erkrankte Pflegerin holte das Schreiben aber nicht bei der Post ab. Das LAG urteilte, dass die Kündigung nicht zugegangen und daher unwirksam sei. Der Benachrichtigungszettel der Post könne den Zugang der Kündigung selbst nicht ersetzen. Es sei auch nicht anzunehmen, dass die Pflegerin den Zugang der Kündigung bewusst vereitelt hat, so das LAG. Davon sei nur dann auszugehen, wenn die Arbeitnehmerin mit einer Kündigung rechnen musste. Dies sei hier aber nicht der Fall gewesen.

Ärztezeitung online

GOZ: VuV will klagen

Die Vereinigung unabhängiger Vertragszahnärzte (VuV) in Niedersachsen will sich nicht mit der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abfinden, die seit dem 1. Januar 2012 in Kraft ist. Einstimmig beschloss die Mitgliederversammlung der VuV in Hannover, mit Hilfe von Verfassungsjuristen den Gang nach Karlsruhe zu wagen. Mit einer Verfassungsbeschwerde soll die neue GOZ zu Fall gebracht werden. Ein Grund für die Anrufung des höchsten deutschen Gerichtes ist, dass es seit 1988 keine Gebührenerhöhung für zahnärztliche Leistungen mehr gegeben hat. Dies sei eine Missachtung des § 15 des Zahnheilkundengesetzes.

VuV-Vorsitzender Dr. Karl Horst Schirbort warnte seine Kolleginnen und Kollegen davor, die GOZ-Frage nur gebührenorientiert zu sehen. Sie sei Mittel für eine politische Zielrichtung, die eine Einheitsversicherung für alle Patienten und eine Einheitsgebührenordnung für alle Zahnärzte vorsehe.

VuV

Ärzteblatt jetzt online

Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt bietet ein neues Internet-Portal. Unter www.aerzteblatt-sh.de finden Interessierte breite Informationen über das Gesundheitswesen im nördlichsten Bundesland. Schriftleiter Dirk Schnack weist darauf hin, dass es sich nicht um eine Eins-zu-Eins-Abbildung und keinen Ersatz für die Printausgabe handelt, die weiterhin monatlich erscheint. Ein Lesezeichen auf dieser Seite bietet sich für alle an, die regelmäßig auf Informationen aus dem schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen angewiesen sind.

Dirk Schnack

30 Jahre Heinrich-Hammer-Institut:

Ein Fels in der Brandung des Fortbildungsmarktes

Im Kurs ZA Nr. 1 referierte Dr. Peter Guldner, vielen von uns durch sein Taschenbuch der Endodontie bekannt. Auch einer der bekanntesten Namen in der Geschichte der Zahnheilkunde findet sich im ersten Programmheft vor dreißig Jahren: Gysi. Natürlich nicht der 1957 gestorbene Vater des Artikulators, sondern Dr. Bruno Gysi, übrigens mit dem auch heute noch aktuellen Thema Klebebrücken. Des weiteren Referenten, die noch heute aktiv und damit auch den jungen Kolleginnen und Kollegen bekannt sind, wie Dr. Axel Kirsch.

Schon lange Geschichte sind einige der Anzeigenkunden der ersten Stunde, wie die Dentaldepots Phönix, Siemens und Stolzenburg.

Vor 30 Jahren beschränkte sich die zahnärztliche Fortbildung auf wenige, meist kammereigene Fortbildungsinstitute. Heute sieht sich unser Institut einer Vielzahl von Anbietern gegenüber. Zu Körperschaften, Verbänden und Vereinen sind kommerzielle Anbieter hinzugekommen. Auch die Dentalbranche beschickt das Feld jetzt direkt und nicht nur via Anzeigen. Immer umfangreicher werden die Programme, die uns in die Praxis flattern.

Waren es zunächst Fachverlage, die ihr gedrucktes Wissen auch live und verbal an den Kunden bringen wollten, so dehnen jetzt vermehrt die großen Dentaldepots ihre Rundumbetreuung des Zahnartzkunden auf diesen Sektor aus.

Zusammen mit der Dentalindustrie, schaffen sie es, Dienstleistungen, die früher zum Service des Depots gehörten, als Fortbildungen zu verkaufen. Nach Hygiene und Röntgen hat man jetzt entdeckt, dass auch mit der Anwendungsschulung an Geräten Geld zu verdienen ist. Momentan sind GOZ-Fortbildungen allerdings der große Renner.

Auch muss man heute als Fortbildungsteilnehmer nicht mehr die Praxis verlassen. Was mit einer CD oder DVD für verregnete Mittwochnachmittage für den Zahnarzt begann, kommt jetzt als Onlineabonnement daher. Sogar Masterstudiengänge werden online gehandelt, der Referent direkt auf den Büro-PC. Prima, ein Häppchen Fortbildung, während die Spritze wirkt, da wird der Praxisbetrieb wenigstens nicht gestört. Demnächst werden diese Häppchen übrigens via Facebook und Twitter verteilt, sind Sie schon drin?

Fortbildung ist zum Markt geworden, wo Markt ist, da braucht man Marketing. Schon längst reicht es wohl nicht mehr aus, einen Kongress nur mit attraktiven Referenten zu bewerben. In den Marketing- und Werbeabteilungen der Fortbildungsindustrie sind Eventmanager aktiv, uns immer neue Highlights zu bieten. Da verkündet ein Implantathersteller: „Let's rock the Alps!“ und lädt zur Party auf den Gipfel.

Mit „Horizonte überschreiten“ kündigt ein Dentaldepot seinen Kongress in Budapest an. Ausgerechnet dieser Titel in der Stadt, in der bei einer Eventreise für „verdiente“ Männer eines großen Versicherungskonzerns wohl auch einiges Andere überschritten wurde! Oder spekuliert man



schon auf zahlungskräftige Teilnehmer zukünftiger Semestertreffen der deutschsprachigen Studiengänge an der Semmelweis Universität?

Ob die Dentalcruise einer Depotkette aus dem Westen der Republik nach dem Geschehen am Felsen vor Giglio noch eine Zukunft hat, wird sich zeigen.

Auch in der Zukunft wird Ihr HHI, die Fortbildungsakademie der schleswig-holsteinischen Zahnärzte, für fachliche fundierte Fortbildung stehen, eben als Fels in der Brandung des Fortbildungsmarktes, dafür steht

Dr. Michael Brandt

Vizepräsident

Vorstand Fortbildung der

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

5. Institutstag der Zahnärztekammer

Gernot Mörig: So mache ich es!

Praxisorientiert, auf den Punkt gebracht, unkonventionell: Dr. Gernot Mörig, Referent des 5. Institutstages der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein am Sonnabend, 4. Februar, ließ in der Fortbildung „Keramikrestauration als Teil eines Sanierungskonzepts“ keine Sekunde Langeweile aufkommen. Die 100 Zuhörer nahmen Anwendungstipps und überraschende Erkenntnisse mit.

„Einiges“, schickt Mörig voraus, „können Sie aber nicht gleich am Montag umsetzen. Dazu gehören noch ein paar mehr Kenntnisse“. Der in Düsseldorf praktizierende Experte für Ästhetische Zahnmedizin und Implantologie gilt als absoluter Fachmann, der bei den Größten der Zunft studiert und über Jahrzehnte Erfahrungen gesammelt hat. Keramik oder Komposit? Machen Goldinlays Sinn? Ist der Einsatz des Lasers verzichtbar? Solche Fragen beantwortet er zielsicher und demonstriert parallel auf der Leinwand das Warum und Wieso.

Ohne Umschweife taucht Mörig in die Materie. „Dabei zeige ich Ihnen nur, wie ich's mache, nicht mehr ...“ Von dem Umstand, dass er bei Abreise prompt sein Kofferchen samt Zahnbürste hat stehen lassen, kein Wort. Warum damit Zeit vergeu-

den – Hemd und Sakko von Vizepräsident Dr. Michael Brandt, der ihn für diesen Vortrag innerhalb der Reihe des Heinrich-Hammer-Instituts eingeladen hat, sitzen ja prima.

Kapitel eins behandelt ausführlich das Praxiskonzept, das sich aus Patientensicht fast wie ein Wellness-Programm anhört. Keine trennende „Tresenmauer“ und Gespräche auf Augenhöhe ohne Zeitdruck, ein individueller und doch sehr systematischer Behandlungsplan, Osteopathie zur Entspannung statt Schiene gegen Zähneknirschen. „Geben Sie den Leuten das glaubhafte Gefühl, dass Sie gemeinsam auf ein klar definiertes Ziel hinarbeiten. Üben Sie das mit den Praxiskräften ein, üben Sie alle untereinander einen höflichen, verbindlichen Umgang. Sagen Sie den Helferinnen mal in Pa-

tientengegenwart ‚Danke‘. Gibt es Disharmonien, spüren Patienten körperliches Unbehagen.“

Kapitel zwei ist die Ehrlichkeit sich selbst und Kollegen gegenüber. Bei den Professoren A. Motsch, J. P. Engelhardt, A. Gutowski ist er in die Schule gegangen, nachdem er seine Zahntechnikerausbildung und das zahnmedizinische Studium begonnen hatte. Seit 1984 praktiziert er, „und ich lerne jeden Tag mehr“. Dazu gehöre auch, Fehler einzuräumen. „Zahnheilkunde entwickelt sich. Was wir gestern für richtig hielten, ist teilweise überholt. Und denken Sie daran, dass der Beruf Spaß machen soll. Was ich nicht kann und keine Freude macht, muss ich anderen Experten überlassen. Also mache ich keine Kieferorthopädie, da braucht man andere Kenntnisse.“



Dr. Michael Brandt (rechts), Vizepräsident und Vorstand Fortbildung, traf mit der Einladung von Dr. Gernot Mörig aus Düsseldorf ins Schwarze.



Dr. Sonja Bock (links) und Sabine Bänisch: „Spannender Vortrag, praxisorientiert, ermutigend.“

Fotos: Cornelia Müller

Das trägt er mit einer Überzeugungskraft vor, die Aufmerksamkeit für alle weiteren Kapitel programmiert. Die ist auch nötig, um herab prasselnden Fachausführungen zu folgen. Die präzise Fotodokumentation, die in der Düsseldorfer Praxis ganz oben steht, hilft dem raschen Verständnis. „Natürlich ist Ziel, das niemand je eine Prothese bekommt und Zähne erhalten werden. Doch nur Zähne, von deren Erhalt wir langfristig überzeugt sind, bekommen die entsprechende Behandlung. Auch bei der Extraktion hat der Körper geniales Eigenpotential, das Sie ausschöpfen können. Kein Ersatz ist so gut wie das Original.“

Eine kleine Scheibe, aus der Zahnwurzel getrennt und in die Wunde gelegt, lässt er nach der Methode von Stefan Neumeyer einwachsen. Dass sich neuer Knochen in Richtung Wurzelscheibchen für das spätere Implantat bildet, „weil die beiden sich kennen und wieder zusammen sein wollen“, ist für etliche Kollegen heute brandneu und ermutigend. In der Brunchpause ist es das Gesprächsthema Nummer eins.



Angeregte Pausengespräche der Dithmarscher Kollegen über fachliche Einzelheiten: Dr. Wolfgang Teich, Dr. Roland Kaden, Dr. Rainer Kunze, Christoph Kaden, Heinrich Pohlmeier (von links).

Tipps von Dr. Gernot Mörig in Kürze:

- ▶ Versorgen Sie kleine Defekte gleich definitiv. Komposit bietet alle ästhetischen Möglichkeiten. Keramikinlays machen hier keinen Sinn.
- ▶ Gold-Kauflächen sind eine sinnvolle Lösung im nicht sichtbaren Bereich. (O-Ton Mörig: „Ich selbst habe meine seit 20 Jahren und nehme sie hoffentlich mit ins Grab.“)
- ▶ Bei Kompositfüllungen für jede Schicht nur das beste Material wählen. Hervorragende Erfahrungen habe ich mit Genial von GC, das nicht am Spatel klebt („... und so habe ich kein Problem, dass GC heute Sponsor ist“), und Empress direct.
- ▶ Für beste Polierbarkeit der obersten Schicht steht Estelite. Zum Polieren ein Bisonbürstchen einsetzen (Ziegenhaar ist zu aggressiv).
- ▶ Teflonband zum Verdrängen von Papillen ist insbesondere im Frontzahnbereich eine gute Alternative zu Kofferdam.
- ▶ Mein Tipp für große Kavitäten: Approximale Wand mit Komposit aufbauen, Großteil des Volumens mit SDR von DeTrey in einem Arbeitsgang auffüllen und occlusal mit hochwertigem Komposit ummanteln. Spart Zeit ohne Qualitätseinschränkung.
- ▶ Einsetzen von Keramikrestorationen: Für lichtdurchlässige Keramik lichthärtendes Komposit (Veneers/Frontzähne) verwenden, in anderen Fällen Dualkomposit, das sicher aushärtet, aber nicht farbstabil ist.
- ▶ Buchtip: Mauro Fradeani, „Ästhetische Analyse“ (ISBN 978-3-86867-050-9)

„Das ist ja genial. Ich habe dazu aber noch Fragen“, sagt etwa Christoph Kaden aus Berlin, der mit der „sehr spannenden Fortbildung“ den Besuch von Vater und Kammervorstand Dr. Roland Kaden verbunden hat. Das hat auch Heinrich Pohlmeier aus Burg nachhaltig beeindruckt. „Man sollte wirklich einen Praxiskurs bei Mörig machen“, findet er. Dr. Yves Ospiri aus Friedrichskoog und Joachim Rausch aus

Heide nehmen entscheidende Ratschläge in puncto Keramikaufbau mit. „Mir imponiert die Glaubwürdigkeit. Von solchen Referenten lernt man gern“, ergänzt Ospiri. „Mir gefällt der klare Praxisbezug. Und ich erkenne, dass wir in einigen Punkten sogar ganz gut aufgestellt sind“, sagt Sabine Bänsch aus Kiel. Ihre Rendsburger Kollegin Dr. Sonja Bock sieht sich bestätigt, dass dem Umgang „mit Patienten und untereinander Aufmerksamkeit gewidmet werden muss“.

Danach geht's in technisch Eingemachtes. Mit neuen Anregungen ausgestattet, entlassen Mörig und Brandt das bis zur letzten Minute gespannt lauschende Auditorium pünktlich um 14 Uhr ins Wochenende. Der Zug nach Düsseldorf wartet nicht. Aber der Experte wird wiederkommen – mit einem Praxiskurs im Gepäck. Auch der dürfte wie der 5. Institutstag schnell ausgebucht werden. Ein Dankesbrief eines Teilnehmers für den interessanten Vormittag erreicht den Vorstand Fortbildung noch am selben Tag.

■ CORNELIA MÜLLER

Versorgungsstrukturgesetz

Kongress „Vernetzte Gesundheit“

Das Versorgungsstrukturgesetz stand im Mittelpunkt der Diskussionen beim diesjährigen Kongress „Vernetzte Gesundheit“. Vorherrschende Meinung: das Gesetz ist ein Fortschritt.

Kiel, Halle 400, zum Dritten: Der von der Landesregierung ausgerichtete Kongress hat sich spätestens mit der dritten Auflage etabliert. Ausgebuchte Ausstellungsplätze, rund 500 Besucher, über 50 Referenten, darunter der Bundesgesundheitsminister und der Präsident der Bundesärztekammer kamen an die Förde. Das Thema, das seit Monaten in der Gesundheitsszene bis ins kleinste Detail ausgeleuchtet wird, stand auch hier im Fokus: das Versorgungsstrukturgesetz.

Vielleicht lag es an der wiederkehrenden Thematik, dass der am zweiten Tag angereiste Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) bei der Darstellung seines Gesetzes überraschend blass blieb. Bahr machte deutlich, dass er nach Inkrafttreten des Gesetzes, das wieder mehr Kompetenzen in die Länder verlagert, nun die Akteure am Zug sieht. Er erwartet einen Wettbewerb der Länder um die besten Lösungen in der Gesundheitsversorgung. „Nutzen Sie die Möglichkeiten“, forderte Bahr die Akteure auf. Die einzelnen Regionen könnten im Bestreben um gute Versorgungslösungen voneinander lernen und geeignete Modelle kopieren. Zugleich erwartet er aber wegen unterschiedlicher Bedingungen auch mehr Vielfalt in der Versorgungslandschaft – und damit gute Voraussetzungen für Wettbewerb. Die Landes- und Kommunalpolitik forderte Bahr auf, entsprechende Anreize zu setzen. Von den Krankenkassen erwartet er, dass sie die derzeit gute Finanzausstattung in der GKV für die Versorgung nutzen:



Foto: Dirk Schnack

Das Versorgungsstrukturgesetz ist ein Fortschritt, meinten nicht nur Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg (links) und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr.

„Die Krankenkassen sind nicht nur Verwalter der Versichertenbeiträge, sondern auch Gestalter der Versorgung“, so Bahr in Kiel. Dabei hält er ein Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen für sinnvoll: „Wenn wir nur auf den Kollektivvertrag setzen, ist er träge.“

An die Leistungserbringer appellierte Bahr erneut, sich besser zu vernetzen.

Garg:
Schleswig-Holstein hat die Weichen gestellt

Fast ständig präsent war Gastgeber Heiner Garg auf dem Kongress. Der Landesgesundheitsminister hält die von Bahr ausgerufenen Ziele in seinem Bundesland für realisierbar. Er verwies auf die bereits seit Jahren be-

stehende Vernetzung unter den Ärzten, mit der bereits die Weichen gestellt worden seien. Vom Bund erwartet der FDP-Politiker aber noch weitere Zuarbeit durch gesetzliche Rahmenbedingungen. Notwendig sei nun ein „Entbürokratisierungsgesetz“. Damit ging Garg auf eines der auf dem Kongress am häufigsten genannten Hindernisse für die Versorgung ein. „Der Arzt gehört ins Behandlungszimmer, nicht in die Schreibstube“, sagte Garg.

Überraschend einzig zeigten sich die Experten bei der Bewertung des Versorgungsstrukturgesetzes. Was zuvor von der politischen Opposition als „Ärztebeglückungsgesetz“ kritisiert wurde, stieß bei den meisten Fachleuten auf positive Resonanz – nicht nur bei Ärzten. Stefan Etgeton

Fachtagung Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein

(Bertelsmann Stiftung), Norbert Klusen (Techniker Krankenkasse) und Rudolf Kösters (früher Deutsche Krankenhausgesellschaft) zogen unter dem Strich ein positives Fazit zum Versorgungsstrukturgesetz. Zugleich wurde vor zu viel Euphorie gewarnt. „Es wäre vermessen, eine Lösung aller Probleme zu erwarten“, betonte Garg. Für die breite Zustimmung nannte er drei wesentliche Gründe:

- ▶ Das Gesetz beendet eine in vergangenen Jahren zunehmende zentralistische Tendenz im deutschen Gesundheitswesen.
- ▶ Es erkennt erstmals die Probleme an, Landärzte zu finden.
- ▶ Es beschäftigt sich nicht – wie viele Vorgängergesetze – einseitig mit der Kostendämpfung.

Montgomery:
Nicht alle Länder haben die erforderliche Kompetenz

Auch nach Ansicht von Frank Ulrich Montgomery wird das Gesetz deutlich mehr Auswirkungen zeigen, als viele bislang annehmen: „Es wird unterschätzt“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer. Die immer wieder gelobte – und zuvor von fast allen Ärzteorganisationen geforderte – Dezentralisierung beobachtet er durchaus mit gemischten Gefühlen. Die Forderung der Länder sei zwar verständlich, er glaubt aber nicht an die dafür erforderliche Kompetenz in allen Bundesländern: „Ich bin mir nicht sicher, ob wir uns damit einen Gefallen getan haben.“

■ DIRK SCHNACK

Zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik ist die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kann diese Herausforderung nur gemeinsam mit allen Akteuren bewältigt werden. Auch in Schleswig-Holstein sinkt die Bevölkerungszahl. Die Generation derjenigen, die das Bruttosozialprodukt erarbeiten, reduziert sich, während die ältere Generation mit einem gesteigerten Versorgungsbedarf in Gesundheit und Pflege zunimmt. Gleichzeitig gehen die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zurück. Der Mangel an Fachkräften und dabei besonders an Ärzten und Pflegekräften nimmt zu.

Auf Initiative des schleswig-holsteinischen Ministers für Arbeit, Soziales und Gesundheit Dr. Heiner Garg hat das Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF) mit einem Beirat aus 19 Verbän-

den, die in Schleswig-Holstein in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger tätig sind, die Versorgung und ihre Defizite analysiert.

Auf dieser Grundlage hat das Institut Handlungsempfehlungen erarbeitet, die auf einer gesundheitspolitischen Fachtagung der Öffentlichkeit vorgestellt und zur Diskussion gestellt werden sollen.

Die Fachtagung „Gesundheit und Pflege“ findet am **Samstag, den 3. März 2012** von 10.00 bis 14.30 Uhr in Kiel in der Halle 400 statt.

■ IGSF/MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND GESUNDHEIT



Programm

- | | |
|---------|---|
| 9.30 h | Begrüßungskaffee |
| 10.00 h | Begrüßung: Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit, <i>Dr. Heiner Garg, MdL</i> |
| 10.15 h | Demografischer Wandel – Projektstruktur und Projektziel: <i>Prof. Fritz Beske</i> |
| 10.45 h | Vorstellung der Arbeitsergebnisse des Projekts „Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein: Stand und Zukunft“
Im Anschluss Diskussion mit dem Auditorium |
| 12.15 h | Zusammenfassung: <i>Prof. Fritz Beske</i> |
| 12.30 h | Imbiss |
| 13.30 h | Stellungnahme der im Landtag vertretenen Fraktionen |
| 14.20 h | Schlusswort: <i>Minister Dr. Heiner Garg</i> |
- Moderation: *Helmut Hildebrandt*, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal

Anmeldung Fachbesucher:

per Fax an: 0431 / 988 53 44 oder
per E-Mail an: petra.pohl@sozmi.landsh.de

Unser Berufsstand sollte die Prävention fokussieren

Burnout bei Zahnärzten

Die große Untersuchung zum Thema „Burnout bei Zahnärzten“ des Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Universität Witten/Herdecke zeigt, dass die deutschen Zahnmediziner von dem Phänomen Burnout mehr als überdurchschnittlich betroffen sind.

Die besondere Chance der vorliegenden Burnout-Analyse besteht darin, dass spezifische Präventionsprogramme für die Zahnärzteschaft gezielt entwickelt und angeboten werden können.

Praxis heute – eine belastende Aufgabe

Der zahnärztliche Arbeitsalltag ist von vielen Belastungen geprägt, die Stress auslösen können. Bekannte Stressoren sind beispielsweise die unphysiologische Körperhaltung, die Hochkonzentration auf das kleine Arbeitsfeld und der wirtschaftliche Druck. Besonders die veränderten Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems

bringen neue Stressoren in das Leben des Zahnarztes.

Der physische und psychische Disstress kann häufig nur über einen kurzen Zeitraum vom Organismus toleriert werden. Wenn die Work-Life-Balance ins Wanken gerät und schließlich durch normale Erholungszeiten nicht mehr kompensiert werden kann, folgt der Circulus vitiosus des Burnouts.

Burnout muss genau diagnostiziert werden

Burnout zeichnet sich nach der Definition von Maslach et al[1] durch drei spezifische Dimensionen aus, die emotionale Erschöpfung (EE), die Depersonalisierung (DP) und das reduzierte Leistungsempfinden (PA).

Mit Hilfe des Maslach-Burnout-Inventary lassen sich Tendenzen des allgemeinen Burnout-Risikos ermitteln. Das zur empirischen Untersuchung entwickelte Inventar ist allerdings nicht zur individuellen Diagnostik einsetzbar. Das heißt die definitive Diagnosestellung kann und darf ausschließlich durch Psychotherapeuten oder Psychologen erfolgen.

Disstress muss nicht zu Burnout führen

Um der Burnout-Entstehung entgegen zu wirken, muss

mit Hilfe effektiver Präventionsstrategien die Weiche in Richtung der Work-Life-Balance gestellt werden. Das Coping zahlt sich nicht nur in einem geringeren Burnout-Risiko, sondern auch in einer höheren Behandlungsqualität und einer höheren Arbeitszufriedenheit aus (siehe Abb.).

Burnout-Forschung gewinnt zunehmend an Bedeutung

Burnout birgt für die Betroffenen außerordentlich bedrohliche Folgen und unterstreicht damit die Bedeutung der Forschung im eigenen Berufsstand. Dennoch ist das Phänomen in Deutschland kaum erforscht. Die Burnout-Belastung im zahnmedizinischen Arbeitsfeld ist bisher fast nur im Ausland untersucht. Aufgrund der interkulturellen Unterschiede lassen sich diese Daten nicht ohne weiteres übertragen.

Darum hat der Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik der DGZMK in Zusammenarbeit mit der Universität Witten/Herdecke die Initiative ergriffen und eine Burnout-Studie konzipiert. Dank gilt dem Vorstand und den Mitarbeitern der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, die im Jahr 2010 den Beginn der Pilot-Studie ermöglichten. Die anfangs nur lokalisierte erste Umfrage wurde aufgrund der überwältigenden Rückmeldungen mit Hilfe der Bundeszahnärztekammer in eine bundesweite Untersuchung ausgedehnt.



Studienresultate

Zahlreiche Presseaufrufe sollten die Zahnärzteschaft zur Studienteilnahme motivieren. Es beteiligten sich insgesamt 1231 Kollegen an der computer-vermittelten Befragung.

Als Messinstrumente dienten unter anderem Fragen zu demographischen Merkmalen, dem individuellen Grad des Stressempfindens und stressbedingten Symptomen. Nahezu zwei Drittel der Probanden bezeichneten die zahnärztliche Tätigkeit als „überdurchschnittlich stressig“.

Stressbedingte Symptome wie Antriebsmangel, Gereiztheit, Ängste und Schlafstörungen gaben jeweils mehr als die Hälfte der Kollegen an. Alarmierende 44 % der Zahnärzte leiden nach eigenen Angaben an Depressionen, rund 13 % der Zahnmediziner hatten bereits Suizidgedanken.

Das Stressoreninventar ermittelte Faktoren, die ein mögliches Burnout begünstigen. Beispielsweise können Misserfolge, eigener Perfektionismus sowie die Fülle der Verwaltungstätigkeiten und staatlichen Reglementierungen dazu beitragen.

Burnout – weiter verbreitet als angenommen

Die **Burnout-Analyse** basierte auf dem Maslach-Burnout-Inventory[1], welches sich in die drei Dimensionen (EE, DP und PA) gliedert. Die Studie erbrachte für die Kernskala Emotionale Erschöpfung einen deutlich höheren Mittelwert im Vergleich zu internationalen Forschungsergebnissen. Die Mittelwerte der Subskalen Depersonalisierung und reduziertes Leistungsempfinden zeigten in Bezug zum internationalen Kontext durchschnittliche Ausprägungen.

Die Burnout-Prävalenzberechnungen ermittelten einen Anteil von



Entwicklung und Prävention des zahnärztlichen Burnouts

rund 14 % Burnout-betroffener deutscher Zahnärzte. Einem Burnout-Risiko unterliegen rund 32 % der studienteilnehmenden Zahnmediziner.

Zukunft liegt in der Burnout-Prophylaxe

Auf Grundlage dieser bundesweiten Ergebnisse sollen zukünftig konkrete Prophylaxe-Maßnahmen für die Zahnärzteschaft entwickelt werden. Es muss eruiert werden, in welcher Weise den berufstätigen Zahnärzten Hilfestellung angeboten werden kann.

Weitere Informationen zu den Studienergebnissen, den Publikationen zur Untersuchung und den geplanten weiterführenden Präventionsprogrammen erhalten Sie jeweils aktuell auf der Homepage der Zahnärztekammer unter www.zaek-sh.de, Rubrik Praxisservice – Aktionen.

■ DR. C. I. WISSEL

Korrespondenzadresse

Dr. Carolin Isabell Wessel
Akademie für
Zahnärztliche Fortbildung
Sophienstraße 39a
76133 Karlsruhe

Prof. Dr. Hans-Peter Jöhren
Universität Witten/Herdecke,
Abt. für Zahnärztliche Chirurgie
Department Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Fakultät für Gesundheit
c/o Zahnklinik Bochum
Bergstraße 26
44791 Bochum

Literaturangabe

[1] – Maslach C, Jackson SE:
Maslach Burnout Inventory 2.ed.
Consulting Psychologists Press,
Palo Alto 1986

Hohe Zufriedenheitswerte in repräsentativer Umfrage

Deutsche schätzen ihren Zahnarzt

Die Deutschen schätzen die Kompetenz ihres Zahnarztes und bleiben ihm langfristig treu: Rund 91 Prozent sind mit ihrem Zahnarzt „zufrieden“ bzw. „sehr zufrieden“. Das ist die zentrale Aussage einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach (IfD), die in Zusammenarbeit mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) erstellt wurde.

„Die Zahnarztbindung in der Bevölkerung ist außerordentlich hoch, 90 Prozent der Patienten gehen immer zu dem selben Zahnarzt“, zitiert der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, die Studie. „In Bezug zu früheren Studien (2002 und 1995) ist die Bindung damit sogar noch etwas stärker geworden, dies ist eine Bestätigung für die solide Arbeit der Kollegen“, so Engel.

Für den Vorstandsvorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, sind die Umfragewerte ein Indikator für die tatsächliche zahnmedizinische Versorgungssituation: „Die Ergebnisse sind ein Indiz dafür, dass die Qualität der Behandlung und der Service in den Praxen stimmen. Schließlich können Versicherte eine ganze Reihe von Versorgungsparametern gut einschätzen, z. B. schnelle Terminvergabe und geringe Wartezeit, freundliches Personal, ausführliche Beratung, schmerzfreie Behandlung und eine dauerhafte Beschwerdefreiheit danach.“

Von den knapp 1800 repräsentativ ausgewählten Befragten haben 90 Prozent die Qualität der Behandlung positiv bewertet. 87 Prozent haben an-

gegeben, „großes Vertrauen“ in ihren Zahnarzt zu haben. 84 Prozent haben die zahnärztliche Versorgung in Deutschland generell als „gut“ eingestuft. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Zahnärzteschaft in der Bevölkerung insgesamt über ein sehr positives Ansehen verfügt.

Hintergrund:

Die Studienergebnisse über „Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland“ stützen sich auf die Befragung von 1.788 Personen, die einen repräsentativen Querschnitt der erwachsenen deutschen Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik bilden. Die Erhebung wurde im April/Mai

2011 vom Institut für Demoskopie Allensbach in Zusammenarbeit mit dem IDZ durchgeführt.

BZÄK/KZBV



Die detaillierten Ergebnisse der Studie „Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011“ finden Sie auf der Homepage des IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte unter www.idz-koeln.de

Abrechnungstipps



Der Abschnitt C. ist mit ca. 42 Prozent Honorarvolumen einer der wichtigsten Abschnitte in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Deshalb stellen wir Ihnen in dieser Ausgabe weitere durch die Novellierung der GOZ veränderte Leistungen aus diesem Abschnitt vor.

Die Endodontie hat durch die Entwicklung neuer Techniken, Instrumente und Materialien in den letzten 24 Jahren eine Renaissance erlebt. Dementsprechend wurden in diesem Bereich Anpassungen in der Leistungsbeschreibung und Honorierung vorgenommen, die aber die wirtschaftliche Entwicklung nicht auffangen und es auch in diesem Bereich nötig machen, alle Gestaltungsmöglichkeiten der GOZ zu nutzen.

Die Position 2390, die die Trepanation eines Zahnes beschreibt, ist nur als selbstständige Leistung möglich. Das bedeutet nicht, dass sich die Trepanation nur noch als einzige endodontische Maßnahme und damit nur noch als Notbehandlung berechnen lässt. Die selbstständige Leistung „Trepanation“ ist mit der Eröffnung des koronalen Pulpenkavums abgeschlossen.

Nach unserer Auffassung wurde damit nicht dem Drängen der Kostenerstatter nachgegeben, die die gleichzeitige Berechnung der Trepanation des Pulpenkavums neben anderen endodontischen Maßnahmen ausschließen wollten. Die GOZ 2012 lässt jedenfalls offen, ob es sich um eine alleinige Leistung handeln muss.

Werden also nach der Eröffnung des koronalen Pulpenkavums nach GOZ 2390 weitere endodontische Maßnahmen im unmittelbaren Anschluss an die Trepanation durchgeführt, sind diese auch berechnungsfähig, weil es sich hierbei um andere eigenständige Leistungen handelt.

Rechtssicherheit haben Sie nur bei Abrechnung nach einer abwei-

chenden Vereinbarung nach § 2 Abs.1 und 2 oder nach § 5 Abs. 2 GOZ, indem Sie die Leistung 2410 (Aufbereiten eines Wurzelkanals) mit der Begründung steigern, dass ein erhöhter Aufwand notwendig ist, um einen regelrechten Zugang zum Wurzelkanal zu erhalten.

Zusätzlich zur Trepanation lässt sich der speicheldichte Verschluss, die Position 2020, abrechnen. Sie entspricht bei veränderter Leistungsbeschreibung der ehemaligen Position 202, dem Exkavieren und temporären Verschluss einer Kavität als selbstständiger Leistung. Sie wird jetzt als temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität beschrieben und beinhaltet damit den zeitweiligen Verschluss einer vorhandenen Kavität mit einem speicheldichten Material. Sie kann damit im Notdienst nach Exkavation als provisorischer Verschluss, zusätzlich bei direkter oder indirekter Überkappung der Pulpa oder im Zusammenhang mit allen endodontischen Leistungen gesondert berechnet werden. Falls ein speicheldichter Verschluss adhäsiv befestigt werden muss, kann zusätzlich die Position 2197 (vgl. dazu ZB SH 01-2012) für die adhäsive Befestigung berechnet werden.

Die endodontischen Leistungen 2410 (Aufbereitung eines Wurzelkanals), 2430 (medikamentöse Einlage) und 2440 (Füllen eines Wurzelkanals) wurden in der Punktzahl deutlich aufgewertet. Dabei wird für die 2410 klargestellt, dass diese Leistung nur in Ausnahmefällen ein zweites Mal berechnet werden kann. Sie ist nur bei einer

endodontischen Revision oder wenn wegen anatomischer Gegebenheiten eine Aufbereitung bis zum Apex in einer Sitzung nicht möglich ist, erneut berechnungsfähig. Die Wurzelkanalaufbereitung kann allerdings auch nach erneuter Trepanation im Notdienst oder bei Reinfektion nach Füllungsverlust erneut notwendig werden. Die erneute Abrechnung ist in jedem Fall auf der Rechnung zu begründen! Als Materialkosten sind Einmal-Nickel-Titan-Feilen zusätzlich berechenbar.

Bei Verwendung eines dentinadhäsiven Sealers für die Wurzelkanalfüllung (2440) ist ebenfalls die Position 2197 für die adhäsive Befestigung als zusätzlicher Aufwand ansetzbar.

Für die elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (2400) wird klargestellt, dass diese Leistung nur noch zweimal je Kanal und Sitzung berechnet werden kann.

Für die Anwendung eines Operationsmikroskops wurde die Zuschlagposition 0110 in die GOZ eingeführt. Als Zuschlagposition ist sie nur einmal pro Behandlungstag mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie kann nur im Zusammenhang mit dem Abschnitt C. nur mit folgenden Leistungen berechnet werden: 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440. Als weitere Zuschlagposition im Abschnitt C. wäre bei der Position 2410 die Nummer 0120 für den Einsatz eines Lasers mit dem Einfachsatz der entsprechenden Leistung, in diesem Fall mit 22,05 EUR zu berechnen.

■ DR. ROLAND KADEN

Patientenrechtegesetz

Keine generelle Beweislastumkehr

Mehrere Bundesregierungen hatten in der Vergangenheit bereits ergebnislos über ein Patientenrechtegesetz debattiert. Und auch die schwarz-gelbe Koalition tat sich offensichtlich schwer: Nach der Vorstellung von „Eckpunkten“ zu einem Patientenrechtegesetz im März 2011 hatte sie detailliertere Ausführungen immer wieder verschoben. Nun aber haben Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr tatsächlich einen Gesetzentwurf vorgelegt.

Bisher waren viele Patientenrechte zwar nicht explizit in ein Gesetz gefasst, von einem rechtlosen Zustand kann dennoch nicht gesprochen werden. Vor allem waren die Patientenrechte auch durch „Richterrecht“, also durch eine ausdifferenzierte Rechtsprechung, etabliert. Mit dem Gesetzentwurf wird das Richterrecht nun kodifiziert – und zum Teil ergänzt. Regelungen zum Behandlungsvertrag sollen dazu in das Bürgerliche Gesetzbuch, Kapitel „Dienstvertrag und ähnliche Verträge“, aufgenommen werden. Hinzu kommen Bestimmungen u. a. im Sozialgesetzbuch V.

Patienten müssen demnach zukünftig nach Vorstellung der beiden Bundesminister „verständlich und umfassend“ über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien informiert werden. Auf Nachfrage hat der (Zahn-)Arzt den Patienten über „erkennbare Behandlungsfehler“ zu informieren. Eine solche Informationspflicht besteht auch, wenn dies zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren vom Patienten erforderlich ist. In einem Strafverfahren dürfen diese Informationen zu Beweis Zwecken indes nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden. Die Patienten sind zudem gesondert auf Kosten für Leistungen hinzuweisen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Auch die Aufklärungspflichten der Heilberufler werden ausdrücklich gesetzlich geregelt. Vor jedem Eingriff

müssen Patienten künftig umfassend über die konkrete Behandlung und die sich daraus ergebenden Risiken aufgeklärt werden. Dazu soll „rechtzeitig“ ein persönliches Gespräch stattfinden, damit sich der Patient in Ruhe entscheiden kann. Ebenfalls im Gesetz festgelegt werden die Dokumentationspflichten bei der Behandlung: Patientenakten sind „vollständig und sorgfältig“ zu führen; Patienten erhalten ein gesetzlich verbrieftes Recht auf Akteneinsicht. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Falle eines Prozesses zu Lasten des Heilberuflers vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.

Von einer generellen Beweislastumkehr bei angenommenen Behandlungsfehlern und einer verschuldensunabhängigen Haftung haben Bahr und Leutheusser-Schnarrenberger in ihrem Entwurf abgesehen. Wenn sich allerdings ein „voll beherrschbares Behandlungsrisiko verwirklicht“, beispielsweise beim Einsatz medizinisch-technischer Geräte oder der Beachtung hygienischer Standards, wird – wie auch bereits bisher – zugunsten des Patienten angenommen, dass die medizinischen Behandlungspflichten verletzt wurden. Kranken- und Pflegekassen sind in Zukunft verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen.

Auf der Kostenträgerseite werden Sanktionen bei der Verletzung von Verfahrensvorschriften eingeführt. Die

Versicherten können sich entsprechende Leistungen selbst beschaffen und erhalten die entstandenen Kosten erstattet, wenn die Krankenkassen „ohne hinreichenden Grund“ über einen Antrag auf eine Leistung nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang entscheiden. Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn von der Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des MDK eingeholt wird.

Dem Bundesvorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, reichen diese Regelungen nicht: Die Kassen, so findet er, müssten stärker in die Pflicht genommen werden. Schließlich bestünden Patientenrechte nicht nur gegenüber den Heilberuflern, sondern auch gegenüber den Kassen. In der Konsequenz müsse auch für die Kassen im Fall eines Rechtsstreits die Beweislastumkehr gelten: „Die Kassen müssen nachweisen, dass sie richtig informiert und beraten haben.“ Viel zu oft würden Leistungen leichtfertig zugesichert und so die Verantwortung auf die Ärzte abgeschoben, schildert Heinrich.

Bescheiden nimmt sich gegen den Pflichtenkatalog der Heilberufler jedoch vor allem die Mitverantwortung des Patienten am Behandlungserfolg aus: „Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der versprochenen Behandlung im Rahmen des Behandlungsvertrages einvernehmlich zusammenwirken“, heißt es dazu im Entwurf. „In dem Behandlungsverhältnis

trifft den Patienten die Obliegenheit, für die Behandlung bedeutsame Umstände zeitnah offen zu legen und dem Behandelnden auf diese Weise ein umfassendes Bild von seiner Person und seiner körperlichen Verfassung zu vermitteln.“

Dass es in einem „Patientenrechtegesetz“ weniger um die Pflichten als vielmehr um die Rechte des Patienten geht, liegt wohl in der Natur der Sache. Medienwirksamer ist es so ja auch allemal. So verkünden Bahr und Leutheusser-Schnarrenberger denn ihr hehres Ziel, Patienten und Heilberufler angesichts der „Komplexität der Medizin“ und der „Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten“ auf „Augenhöhe“ zu bringen. „Sechs von zehn Patienten kennen laut einer Studie ihre Rechte gar nicht oder unvollständig“, erläutert Leutheusser-Schnarrenberger in einer gemeinsamen Pressemitteilung der beiden beteiligten Bundesministerien. „Bald können die wichtigsten Rechte und Pflichten im Gesetz selbst nachgelesen werden.“ Damit nun aber der Patient mit dem Lesen bloß nicht überfordert wird, soll der Patientenbeauftragte der Bundesregierung künftig eine „umfassende Übersicht“ der Patientenrechte erstellen und sie zur Information der Bevölkerung bereithalten.

„Der vorgelegte Referentenentwurf stärkt die Patienten. Das gegenseitige Vertrauen der Patienten, Krankenkassen und Ärzte erhält damit ein neues und zeitgemäßes Fundament. ... Er stellt keine Gruppen gegenüber und lässt niemanden außen vor“, kommentiert der derzeitige Patientenbeauftragte Wolfgang Zöllner. Mag sein, dass es sich beim vorgelegten Referentenentwurf in weiten Teilen lediglich um die Kodifizierung von durch die Rechtsprechung etablierten Regelungen handelt. Der Verdacht, dass ein Patientenrechtegesetz dennoch das Misstrauen zwi-

schen Heilberuflern und Patienten befördern könnte, liegt trotzdem nahe.

Der Patient müsse nicht vor dem Arzt geschützt werden, unterstrich der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz. Die Verletzung der Patientenrechte finde nicht primär auf der Arzt-Patienten-Ebene statt. Vielmehr müssten im Gesundheitswesen Voraussetzungen geschaffen werden, die es Ärzten ermöglichen, die Rechte ihrer Patienten zu gewährleisten: „Ausreichend qualifiziertes Personal, humane Arbeitsbedingungen und ein mitarbeiterorientierter Führungsstil fehlen häufig gerade in Universitätskliniken und kommunalen Krankenhäusern“, moniert Jonitz. Dort seien Bund, Länder und Kommunen direkt für die Patientenversorgung zuständig, ohne dass die Missstände abgestellt würden. „Wer von anderen besseres Verhalten per Gesetz einfordert, ist aufgefordert, mit eigenem, besten Beispiel voranzugehen.“ Dem ist im Grunde nichts hinzuzufügen.

Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf ist nichts weiter als ein erstes Konzept, dass das Gesetzgebungsverfahren in Gang setzt. Bis das Patientenrechtegesetz in Kraft tritt – avisiert ist der 1. Januar 2013 – werden sicherlich noch zahlreiche Änderungen und Ergänzungen vorgenommen. Bereits jetzt ist abzusehen, dass vielen der Gesetzentwurf nicht weit genug geht – wobei das Patientenrechtegesetz sich nebenbei selbstverständlich auch hervorragend für einen weiteren Schlagabtausch zwischen schwarz-gelber Koalition und Opposition eignet. Prof. Karl Lauterbach, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, brandmarkte den Entwurf als „klassische Mogelpackung der FDP“ und kritisierte, dass die Beweislast nur bei groben Behandlungsfehlern beim Arzt liegen

solle. Ähnlich äußerte sich auch die Bundestagsfraktion der Grünen. Die Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung hätte sich ebenfalls „weitreichendere“ Regelungen gewünscht, und die Gesundheitsexpertin des Verbands der Verbraucherzentralen, Ilona Köster-Steinebach, kommentierte: „Es kreiße der Berg und gebe eine Laus.“

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) fordert, in das Patientenrechtegesetz eine strikte Begrenzung von sogenannten IGeL-Leistungen aufzunehmen. Die Techniker Krankenkasse will ein „geregeltes Zweitmeinungsverfahren bei schweren Erkrankungen oder vor komplizierten medizinischen Eingriffen“ als Patientenrecht gesetzlich verankert wissen.

Ob es also letztendlich bei der Absage an Beweislastumkehr und die verschuldensunabhängige Haftung bleiben wird, ist noch keineswegs sicher. Und ob auch die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung, die, wie Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, monierte, bisher kaum berücksichtigt sind, noch Eingang in das Gesetz finden, bleibt abzuwarten, auch, ob es gelingen wird, überflüssige Bürokratie zu vermeiden. Wichtig sei, dass die Patienten-Zahnarzt-Beziehung nicht durch „zusätzliche, unnötige Bürokratie überfrachtet“ werde, erklärte der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. Die geplanten Verschärfungen für Zahnärzte im Bereich der Einwilligung, Aufklärung und Dokumentation seien jedenfalls als kritisch zu bewerten.

■ KIRSTEN BEHRENDT

KZV-Gutachtertagung:

Rund um Mängelbegutachtung, Festzuschüsse, Kinder

Nach einer Unterbrechung 2011 hat die KZV ihre wie immer gut besuchte jährliche Gutachtertagung im Januar 2012 wieder ins Programm genommen. Auf der Tagesordnung: erstens ein Fachvortrag von Dr. med. dent. Dr. med. Reinhard Münstermann, erfahrener Gutachter und niedergelassener Zahnarzt in Berlin zum Thema Mängelgutachten und zweitens die bewährte Zusammenstellung aktueller Fragen und Probleme aus der täglichen KZV-Gutachtenpraxis, präsentiert vom stellvertretenden KZV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Michael Diercks.

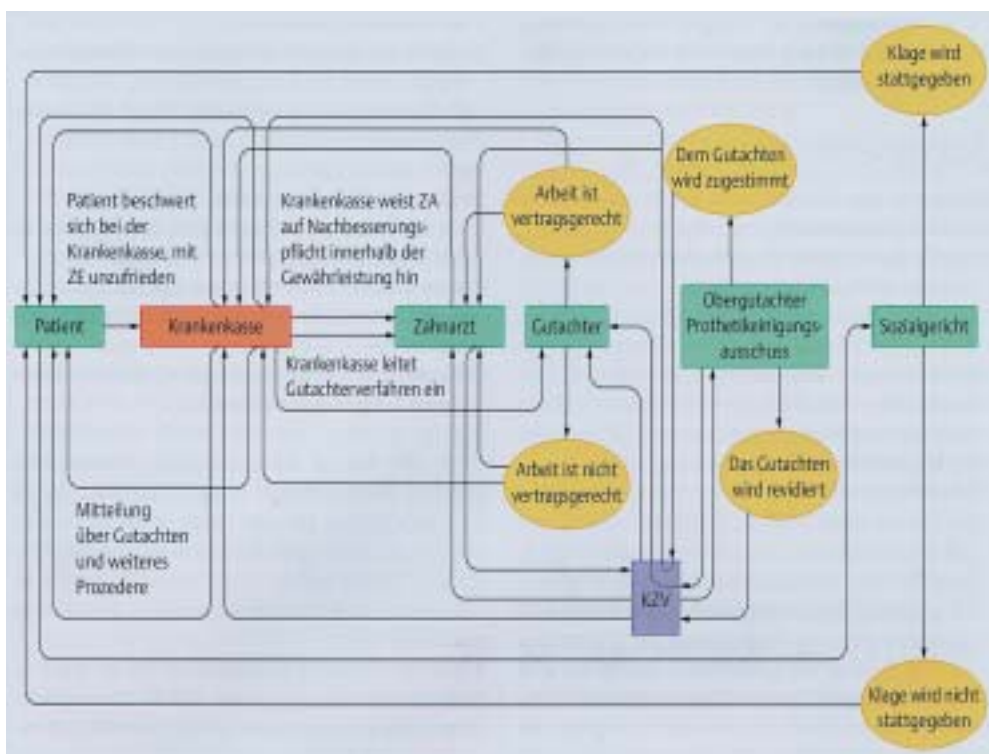
Die Tätigkeit der Gutachter werde immer wichtiger, konstatierte Münstermann einleitend. Und warum? „Weil Begutachtung, Sozialrecht und Arzthaftungsrecht im Studium leider immer noch kein Thema sind.“ Das Instrumentarium zur Untersuchung und Entscheidungsfindung bei Mängelgutachten im vertragszahnärztlichen Bereich müsse weitgehend im Selbststudium und auf Fortbildungen erworben werden. Mit wichtigen Definitionen stieg Münstermann in sein

Thema ein: Ein (einfacher) „Behandlungsfehler ist eine Abweichung vom zahnärztlichen Standard. Die Abweichung setzt Verschulden bzw. Pflichtverletzung voraus.“ Ein „grober Behandlungsfehler“ liege dagegen dann vor, „wenn ein Zahnarzt zweifelsfrei und eindeutig gegen gesicherte zahnmedizinische Erkenntnisse und bewährte Behandlungsregeln verstößt und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr nachvollziehbar oder begründbar ist, da er

dem Zahnarzt schlechthin nicht unterlaufen darf. Grobe Fehler führen zu einer gewissen Beweislastumkehr zu Lasten des Zahnarztes: Für viele Prozesse ist deshalb die Bejahung oder Verneinung eines groben Behandlungsfehlers von ausschlaggebender Bedeutung.“ Ein in einem Mängelgutachten vom Sachverständigen ggf. festgestellter Mangel kläre jedoch keineswegs automatisch die Frage einer Pflichtverletzung; aus der Feststellung eines Mangels lasse sich keinesfalls ein daraus resultierender Behandlungsfehler zwingend ableiten.

Daraus ergeben sich hohe Anforderungen an die Qualifikation des Gutachters. Münstermann nannte folgende Kriterien: Fachkunde („keine eigenen Methoden und Versorgungskonzepte als Maß der Dinge ansetzen“); langjährige berufliche Erfahrung; strikte Objektivität („geht vor Kollegialität“); Neutralität („keine persönlichen Äußerungen, kein Patientenwerben, keine Vertragsverhandlungen“); Kritik- und Kommunikationsfähigkeit; keine Stellungnahme zu Rechtsfragen. Denn Gutachten über – mögliche – Behandlungsfehler müssen „gerichtsfähig“ sein, müssen die Qualität eines Beweismittels haben.

Bei den „nicht tolerierbaren Mängeln“ ging der Referent ausführlich auf den



Grafik: Dr. Dr. Reinhard Münstermann

prothesen und DVT

Punkt „nicht ordnungsgemäß vorausgegangene Vorbehandlungen gemäß dem zum Zeitpunkt der Eingliederung geltenden ZE-Richtlinien“ (ZE-Richtlinie C 11) ein: die Vorbehandlung muss abgeschlossen sein, der ZE-Versorgung muss die notwendige kons.-chir. und parodontale Behandlung des Restgebisses vorangegangen sein.

Tolerierbare Mängel

Biologie ist keine Mechanik, und darum löst auch nicht jede minimale Abweichung vom Ideal einer ZE-Versorgung eine Mängelrüge aus. Es gibt „tolerierbare Mängel“, und Münstermann zählte eine ganze Liste auf: „korrigierbare Frühkontakte bei statischer Okklusion; korrigierbare Störkontakte bei dynamischer Okklusion; eine skelettierte oder nach dorsal reduzierte Gaumenplatte (z.B. bei Würgerereflex); gering zu niedrig gewählte vertikale Dimension; diskrete Gingivaretraktionen am restaurierten Zahn (2 bis allerhöchstens 4 Millimeter); Sensibilitätsstörungen aufgrund zunächst provisorischer Befestigung von Kronen; Farbabweichungen bis zu einer Nuance; für den Patienten zu voluminös erscheinende Teleskopkronen (Gestaltungsprinzip); mangelnde Saughaftung von optimal angepassten Totalprothesen bei stark atrophiertem Kieferkamm und Defiziten im Bereich der Hart- und Weichgewebe; Interimsprothesen/Provisorien in Bezug auf Form und Farbgebung.“ Diese Aufzählung stieß auf Zustimmung – bei nicht optimalen Bedingungen könnten eben auch die Ergebnisse nicht immer optimal sein.

Eindeutigkeit bei den fachlichen Feststellungen, Vermeidung schwer interpretierbarer oder widersprüchlicher Aussagen in Gutachtentexten sind im-

mer wieder Forderungen, an die Dr. Michael Diercks anhand von Beispielen aus Mängelgutachten erinnerte. Klare Aussagen: Was ist mangelhaft? Kann eine Nachbesserung erfolgen oder ist eine Neuanfertigung notwendig, und wenn ja, warum? Gibt es eine Korrelation zwischen den Beschwerden, über die der Patient klagt, und dem Untersuchungsbefund? Der Zahnarzt schuldet nicht den Behandlungserfolg, sondern eine Behandlung nach anerkannten Regeln.

Spekulationen gehören genauso wenig ins Gutachten wie Aussagen zu Einigungsmöglichkeiten, zur Zumutbarkeit und zum Schadenersatz. Auch Vermittlungen zwischen Krankenkasse, Zahnarzt und Patient haben zu unterbleiben.

Die Frage des „Verschuldens“ ist ein juristischer Begriff. Der Gutachter ist jedoch Sachverständiger für Zahnmedizin und stellt fest, ob nach den Regeln der ärztlichen Kunst gearbeitet und die Richtlinien eingehalten wurden.

Gutachter sollten auch immer die Festzuschüsse sorgfältig prüfen, denn, so Diercks: „HKPs mit falschen Festzuschüssen dürfen durch die KZV nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden und werden an die Praxis zurückgesandt.“

Probleme gibt es immer wieder bei dem Befund „uR“ (unzureichende Retention). Hier erläuterte Diercks, dass dieser Befund sowohl bei herausnehmbarem Zahnersatz für die unzureichende Retention von Halteelementen bei Klammerprothesen, als bei auch bei festsitzendem Zahnersatz für die zusätzliche Einbeziehung eines weiteren Brückenpfeilers aus retentiven oder statischen Gründen angegeben werden kann.

Kinderprothesen, so Diercks, seien auch bei vorzeitigem Verlust der Milchschnidezähne nur im Einzelfall zu befürworten, da in der Funktionsperiode des Milchgebisses keine wesentlichen Wachstumsvorgänge stattfinden und daher eine Platzsicherung nicht erforderlich sei.

Nur wenn die Phonetik, die Kaufunktion oder das muskuläre Gleichgewicht sowie aufgrund der mangelnden Ästhetik eine gestörte Persönlichkeitsentwicklung des Kindes zu befürchten ist, seien diese bei guter Mundhygiene und nach KFO-Screening indiziert.

Beim Thema DVT-Einsatz konnte Diercks sich auf Folien von Dr. Kai Voss (Vorstand Praxisführung und Gutachter der ZÄK Schleswig-Holstein) stützen: Zahnärzte mit DVT-Fachkundenachweis dürfen die rechtfertigende Indikation stellen und die DVT-Aufnahme befunden; liquidieren dürfen sie nur, wenn sie über ein eigenes DVT-Gerät verfügen. Zahnärzte ohne DVT-Fachkundenachweis dürfen zur DVT-Aufnahme überweisen, die Aufnahme „betrachten“ und Schlüsse aus dem schriftlichen Befundbericht ziehen (wie bei Labor- oder Pathologie-Daten); das gleiche gilt für Gutachter – für die besteht also zur Zeit keine Notwendigkeit zum Erwerb des DVT-Nachweises.

■ DR. JÖRG FELDNER

Schleswig-Holsteinischer Datenschützer geht gegen Facebook vor

David gegen Goliath?

Dass sich Unternehmen wie der US-Konzern Facebook mit seinen Hauptniederlassungen in Kalifornien und – zuständig für Europa – in Irland bislang deutschen Datenschutzbestimmungen weitgehend entziehen können, ist Dr. Thilo Weichert, Leiter des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD), schon seit langem ein Dorn im Auge. Die Ergebnisse einer im August 2011 vom ULD veröffentlichten technischen Analyse der Usertracking-Möglichkeiten, die Facebook sich selbst einräumt, ließen ihn zum Angriff blasen.

Binden Website-Betreiber auf ihrer Seite den „Gefällt mir“-Button von Facebook ein, kann Facebook nach Recherchen des ULD anhand von Cookies die Nutzer erkennen und ihre Aktivitäten im Netz verfolgen. Bei Nutzung der Facebook-Dienste erfolge eine Weitergabe von Verkehrs- und Inhaltsdaten in die USA und eine qualifizierte Rückmeldung an den Website-Betreiber.

Wer einmal bei Facebook war oder ein Plugin genutzt habe, müsse davon ausgehen, dass er von dem US-Unternehmen zwei Jahre lang „getrackt“ werde. Bei Facebook werde eine umfassende persönliche, bei Mitgliedern sogar eine personalisierte Profilbildung vorgenommen.

Für problematisch am „Gefällt mir“-Button hält Weichert vor allem, dass über ihn auch Daten von Internetnutzern übermittelt und gespeichert würden, die gar keine Facebook-Mitglieder seien. Das ULD empfiehlt, das Anklicken von Social-Plugins wie dem „Gefällt mir“-Button zu unterlassen und keinen Facebook-Account anzulegen, wenn man die Profilbildung durch das Unternehmen vermeiden wolle.

Mehr noch: Weichert forderte alle Website-Betreiber in Schleswig-Holstein auf, ihre Fanpages bei Facebook und Social-Plug-Ins wie den „Gefällt mir“-Button bis Ende September 2011 von ihren Internetseiten zu ent-

fernen. Dabei drohte er mit Beanstandungen, Untersagungsverfügungen und Bußgeldern wegen Verstößen gegen geltendes Datenschutzrecht. Damit sorgte das ULD über die Landesgrenzen hinaus für Wirbel.

Denn betroffen von Weicherts Untersagungsverfügung war unter anderem auch die schleswig-holsteinische Landesregierung – und die ging auf Distanz zum ULD. Aus dem Kieler Landtag hagelte es heftige Kritik an Weicherts Vorgehen, die Staatskanzlei – sie hat inzwischen eine schriftliche Abmahnung des ULD erhalten – ließ verlauten, sie beabsichtige nicht, ihre Facebook-Fanseite abzuschalten.

Drohgebärden seien nicht nur kontraproduktiv, sie seien auch rechtlich fragwürdig, erklärte Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Peter Harry Carstensen. Die Landesregierung zweifle auf der Basis zweier unabhängiger Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages und des Schleswig-Holsteinischen Landtages an der Rechtsauffassung des Datenschutzbeauftragten. Doch auch durch diese Bewertungen sieht Weichert die technischen und rechtlichen Feststellungen des ULD nicht als widerlegt an.

Die Industrie- und Handelskammer Schleswig-Holstein will Facebook ebenfalls weiter nutzen. Gegen die Unterlassungsverfügung der Datenschützer hat das Bildungswerk der

IHK inzwischen Klage beim Verwaltungsgericht Schleswig eingereicht.

Facebook selbst hatte in mehreren Anläufen versucht, Weicherts Bedenken zu zerstreuen – ohne Erfolg. Facebook Irland sei die verantwortliche Stelle in Bezug auf personenbezogene Daten der europäischen Facebook-Nutzer. Öffentliche und private Website-Betreiber in Schleswig-Holstein hätten auf die über ihre Fanpages erhobenen Nutzungsdaten weder Kontrolle noch Einfluss. Über Nicht-Mitglieder von Facebook würden keine „pseudonymen Profile“ erstellt, weder mit Hilfe des „Gefällt mir“-Buttons noch über Cookies. Mitglieder hätten gegenüber Facebook mittels der „Rechte und Pflichten“ sowie der „Datenschutzrichtlinien“ des Unternehmens ihre Einwilligung zur Nutzung ihrer Daten erteilt, fasst Weichert die Kernaussagen eines Schreibens zusammen, durch das Facebook seine Position erläutert.

Diese Aussagen widersprechen jedoch den Datenschutzstandards der europäischen Union, die festlegten, dass deutsche Seitenbetreiber eine rechtliche Mitverantwortung für die Verarbeitung von Nutzungsdaten durch Facebook tragen, zeigte Weichert auf. Und solange Facebook nicht nachweisen könne, für welche Zwecke es welche Nutzungsdaten in den USA verarbeite, könnten Seitenanbieter in Deutschland die

Weitergabe dieser Daten rechtlich nicht verantworten. Die von Facebook behauptete Einwilligung seiner Mitglieder in die Erstellung von Profilen genügen dem deutschen und europäischen Recht Weicherts Ansicht nach nicht.

Unterstützung erhält Weichert durch die Datenschützer von Bund und Ländern. Sie forderten zwischenzeitlich alle öffentlichen Stellen wie Behörden und Krankenkassen zur Zurückhaltung bei der Nutzung sozialer Netzwerke wie Facebook auf. Im Gegensatz zu ihrem schleswig-holsteinischen Kollegen beließen sie es allerdings bei einer Empfehlung und drohten nicht mit Sanktionen.

Auch Prof. Dr. Thomas Hoeren, Professor für Informations-, Telekommunikations- und Medienrecht in Münster, urteilte im *Spiegel*: „Das ULD hat recht, viele Funktionen von Facebook sind nicht mit dem Telemedien- und dem Bundesdatenschutzgesetz vereinbar.“ Zu denken gibt auch, dass der Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Andreas Voßkuhle, im Magazin *Focus* vor den Risiken bei der Nutzung von Facebook warnte. Das Surfen auf diesen Seiten sei „eine risikogeneigte Tätigkeit“. Die Bürger wüsten zum Beispiel nicht, ob Daten nach der Löschung nicht doch noch aufbewahrt werden. Voßkuhle beklagte die „Gefahr einer Schieflage“ zwischen der Macht des Unternehmens, dessen Server außerhalb Deutschlands stehen, und der auf 16 Bundesländer zersplitterten Kontrolle der Datenschützer.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Fall des österreichischen Jurastudenten Max Schrems, der bei Facebook Auskunft über alle jemals über ihn dort gespei-

cherten Daten verlangte. Nach hartnäckigem Nachhaken erhielt er einen über 1.200 Seiten umfassenden, in 57 Kategorien unterteilten Datensatz aus Kalifornien – inklusive eigentlich längst „gelöschter“ Nachrichten. Dabei hat Schrems offenbar noch nicht einmal alle Daten erhalten – einige seien „geistiges Eigentum oder Geschäftsgeheimnis des Unternehmens“, teilte Facebook ihm nach Informationen des Magazins *Spiegel* mit.

Die Auseinandersetzung um den „Gefällt mir“-Button zeigt wieder einmal deutlich, wie schwer es ist, Datenschutz in Deutschland umzusetzen – vor allem, wenn global agierende Unternehmen beteiligt sind. Dass das ULD Facebook nur indirekt attackiert, dafür aber direkt gegen Website-Betreiber aus Schleswig-Holstein vorgeht, wirkt auf den ersten Blick befremdlich. Da jedoch unklar ist, wie ein Unternehmen mit Sitz in den USA und Irland in Deutschland datenschutzrechtlich eigentlich zur Verantwortung gezogen werden kann, bleibt im Grunde nur ein solcher „Stellvertreterkrieg“, wenn die Rechtslage für derartige Fälle endlich geklärt werden soll.

Die deutsche Politik scheut allerdings nach wie vor offenbar den großen Konflikt mit Facebook – oder möchte den Vorteil, über das soziale Netzwerk Werbung für sich zu betreiben, vielleicht auch gar nicht missen. Die schleswig-holsteinische Staatskanzlei und die IHK sind da keine Ausnahme. „Der Umfang und die Art der Rechtsverweigerung in Sachen Datenschutz durch private und öffentliche Stellen in unserem Bundesland sind für mich erschreckend“, meinte Weichert. „Die Botschaft des bisherigen Verfahrens ist, dass priva-

te wie öffentliche Stellen anscheinend die Aufgabenwahrnehmung durch das ULD und die vom ULD festgestellten Datenschutzverstöße nicht ernst nehmen. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leisteten die Staatskanzlei und die IHK, die mit ihrer Haltung öffentliche wie private Stellen zum 'zivilen Ungehorsam' ermutigen.“

Dass eine Landesregierung das ULD in seinen datenschutzrechtlichen Bemühungen nicht unterstützt, sondern im Gegenteil eher behindert, stimmt bedenklich – nicht nur im Hinblick auf Facebook, nicht nur in Bezug auf Schleswig-Holstein, sondern auch mit Blick auf andere IT-Projekte wie etwa die elektronische Gesundheitskarte. Die Einmischung einer Regierung in die Tätigkeit einer Datenschutzbehörde widerspricht im Übrigen den Anforderungen, die eine europäische Richtlinie an Datenschutzbehörden stellt – das Wort „Unabhängig“ im Namen des schleswig-holsteinischen Datenschutzzentrums hat durchaus seinen Sinn. „Ein äußerst unschöner Eindruck würde entstehen und das Vertrauen in die Rechtsstaatlichkeit der Verwaltung würde beeinträchtigt, wenn die Datenschutzbehörden nur bei kleinen Verstößen aktiv würden, bei großen Unternehmen mit Marktmacht aber auf die Durchsetzung verzichten. Wir können nur glaubhaft Datenschutz 'im Kleinen' durchsetzen, wenn wir auch bei struktureller massenhafter Missachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung tätig werden“, unterstrich Weichert.

■ KIRSTEN BEHRENDT

VV-Beschluss „Datenhoheit in die Hand des Bürgers“

ULD bietet Kooperation an

Die Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein hatte den Gesetzgeber im November 2011 per einstimmig gefasstem Beschluss aufgefordert, „unverzüglich und eindeutig“ gesetzlich festzulegen, dass jeder Bürger „die uneingeschränkte Hoheit über seine Gesundheitsdaten hat und deren Speicherung, Speicherort und Verwendung ausschließlich selbst bestimmt.“

Denn mit der weiteren Entwicklung von e-Health bzw. Cybermedizin, so konstatierten die Delegierten, träten die gezielte Speicherung und der Austausch von individuellen Gesundheitsdaten in den Fokus nicht nur

ärztlicher Behandlungsstrukturen, sondern auch privatwirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Interessen. Zum Schutz des „informationellen Selbstbestimmungsrechts“ müsse deshalb klar geregelt sein, „dass das Verfügungsrecht für alle persönlichen Gesundheitsdaten ausschließlich beim Bürger selbst liegt“.

Die „Grundidee“ dieses Beschlusses wird vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein „voll und ganz unterstützt“, wie der Landesdatenschutzbeauftragte Dr. Thilo Weichert in einem Schreiben an die KZV nun unterstrich. Bei einer

konkreten Umsetzung allerdings, etwa bezüglich der Gesundheitsdaten in einer ambulanten Praxis, einer Krankenkasse oder einer Klinik, werde dies „äußerst kompliziert, da es Dokumentationspflichten und Nutzungsbegehrlichkeiten gibt“. Grundsätzlich freue sich das ULD jedoch, dass die KZV Schleswig-Holstein das „Anliegen informationeller Selbstbestimmung im Gesundheitswesen“ unterstützt. Weichert erklärte sich überdies bereit, „in konkreten Fällen gemäß dem KZV S-H-Beschluss“ mit der KZV zu kooperieren.

Be

Datenschutz:

Höchstes Vertrauen in Krankenkassen und Banken

75 Prozent der Deutschen glauben gemäß einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des IT-Branchenverbandes Bitkom, dass Banken es mit dem Datenschutz besonders genau nehmen. Noch größeres Vertrauen genießen demnach nur – die Krankenkassen: 77 Prozent der Deutschen setzen in sie ein „starkes oder sehr starkes Vertrau-

en“, wenn es um den Umgang mit persönlichen Daten geht. 74 Prozent der über 1.000 Befragten vertrauen dabei auch Ärzten und Krankenhäusern.

60 Prozent der Deutschen verlassen sich darauf, dass Versicherungen den Datenschutz Ernst nehmen. 59 Prozent halten Behörden wie Finanz- und

Meldeämter in puncto Datenschutz für vertrauenswürdig. 50 bzw. 48 Prozent haben hohes oder sehr hohes Vertrauen in Energieversorger und Internetprovider. Bei sozialen Netzwerken überwiegt das Misstrauen deutlich. Nur 14 Prozent sprechen ihnen ihr Vertrauen im Hinblick auf den Datenschutz aus.

Be

Telefongespräche von Ärzten dürfen abgehört werden

Telefonate von Ärzten mit ihren Patienten dürfen auch weiterhin unter bestimmten Voraussetzungen abgehört werden. Das Bundesverfassungsgericht entschied Ende 2011, dass die Neuregelungen zur Telekommunikationsüberwachung, die 2008 in Kraft getreten waren, verfassungsgemäß sind.

Die Strafprozessordnung regelt, unter welchen Voraussetzungen sogenannte Berufsgeheimnisträger – als nicht einer Straftat Verdächtige – überhaupt abgehört werden dürfen. Ein umfassender Schutz der Vertraulichkeit wird demnach bei der berufs-

und funktionsbezogenen Kommunikation mit Geistlichen, Strafverteidigern, Abgeordneten und seit dem 1. Februar 2011 auch mit Rechtsanwälten gewährleistet. Dagegen dürfen Telefongespräche von Ärzten, wie auch Steuerberatern oder Journalisten, die ebenfalls ein Zeugnisverweigerungsrecht haben, bei Verdacht auf eine schwere Straftat im Einzelfall abgehört werden. Gespräche mit Ärzten berühren nach Ansicht der Verfassungsrichter zwar die private Lebensführung, nicht aber generell deren „innersten Kernbereich“. Daher reichen die bestehenden Schutzbestimmungen aus, wonach Gesprächsabschnitte, die eben-

jenen „innersten Kernbereich“ berühren, gelöscht werden und einem Verwertungsverbot unterliegen.

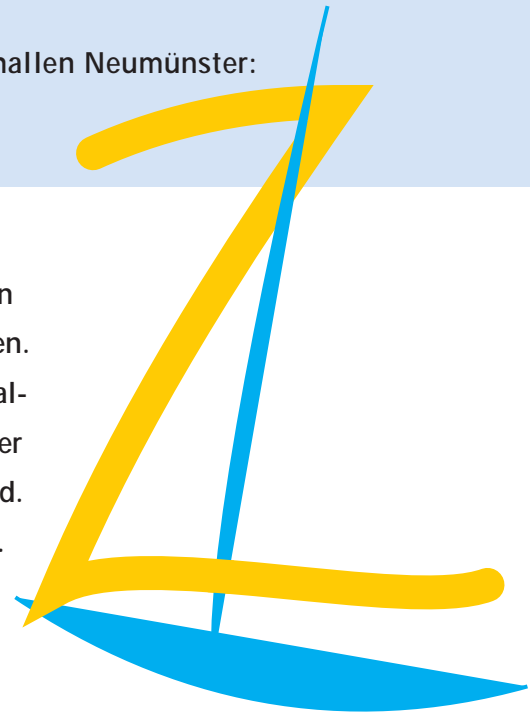
Betroffene könnten nicht verlangen, dass Abhörmaßnahmen nur deswegen unterbleiben, weil möglicherweise auch besonders private Themen besprochen würden, so das Bundesverfassungsgericht. Dies würde die Telefonüberwachung derart einschränken, „dass eine wirksame Strafverfolgung gerade im Bereich schwerer und schwerster Kriminalität nicht mehr gewährleistet wäre“, heißt es in dem Karlsruher Beschluss.

Be

19. Schleswig-Holsteinischer ZahnÄrztetag | 24. März 2012 | Holstenhallen Neumünster:

Ist jede Neuerung ein Fortschritt?

„Ist jede Neuerung ein Fortschritt?“ Zu diesem Generalthema des 19. Schleswig-Holsteinischen ZahnÄrztetages werden auch die Referenten PD Dr. Dirk Schulze, Stefan Stengel und Dr. Roland Kaden Stellung nehmen. PD Dr. Schulze geht der Frage nach, ob durch DVT eine bessere Parodontal-diagnostik und Implantatplanung möglich ist. Den Mitarbeiterinnen gibt er darüber hinaus Tipps, wie schwierige Röntgensituationen zu meistern sind. Stengel setzt sich mit „Fluch und Segen“ sozialer Netzwerke auseinander. Dr. Kaden beschäftigt sich mit der „neuen“ GOZ.



DVT – Die dritte Dimension

Bessere Parodontaldiagnostik und Implantatplanung?

Implantatplanung als Indikation zur Durchführung einer DVT – eigentlich ein alter Hut, so könnte man denken. Einerseits genügt diese Anforderung rein rechtlich nicht zur Indikation und andererseits steht ja das gedachte Implantatlager im Vordergrund. Neben der rein quantitativen gelingt heute auch zunehmend die qualitative Beurteilung des Alveolarfortsatzes in der DVT, so dass auch beispielsweise eine insuffiziente ossäre Konsolidierung nach Exzision von „nor-

malem“ Knochen unterschieden werden kann. Von einer „Knochendichtemessung“ (besser wäre wohl qualitative Knochenanalyse) sind wir jedoch weit entfernt, dieser Sachverhalt wird im Referat detailliert belegt.

Die bildgebende Diagnostik der Erkrankungen des Parodonts steckt bei genauerer Betrachtung in den Kinderschuhen. Der intraorale Röntgenstatus wird nach wie vor als Goldstandard gehandelt, zu Unrecht, wie ich meine. Die DVT erlaubt eine

exakte Beurteilung der gesamten parodontalen Situation, insbesondere wird im Vortrag exemplarisch die Evaluation der Bi- und Trifurkationen von Molaren vorgestellt. Die derzeit gängige klinische Klassifikation (AAP) parodontaler Läsionen kann allerdings nur in sehr geringem Umfang auf die DVT-Diagnostik angewendet werden. Auch zu dieser Problematik werden Lösungsansätze vorgestellt.

■ PD DR. DIRK SCHULZE



PD DR. DIRK SCHULZE



Jahrgang 1971
10/1995 zahnärztliche
Approbation
09/1998 zahnärztliche
Promotion
01/2002 ärztliche Ap-
probation
2005 – 2009 Leiter der

Sektion Röntgen der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
2006 Habilitation
2007 Verleihung der „venia legendi“
seit 07/2010 in eigener Niederlassung/
Diagnostikzentrum (DDZ Breisgau)

Mitglied in zahlreichen
Fachgesellschaften

2001 – 2011 > 100 *Publikationen*,
davon ca. 40 mit peer review
Reviewer

Dentomaxillofacial Radiology; Oral Sur-
gery, Oral Medicine, Oral Pathology,
Oral Radiology, and Endodontology;
Journal of Orofacial Orthopedics (Fort-
schritte der Kieferorthopädie);
Clinical Oral Investigations; Fortschritte
auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und
der bildgebenden Verfahren (RoeFo);
Head & Face Medicine; Cancer Investi-

gation; Computer Science – Research
and Development

Editorial Board

Quintessenz; Oral Surgery,
Oral Medicine, Oral Pathology,
Oral Radiology, and Endodontology

Anderer Funktionen

seit 2005 Mitarbeit im DIN/Leitung des
AK DVT

seit 2008 Mitglied im Arbeitskreis Rönt-
genverordnung

2008 – 2010 Mitglied im Vorstand der
DGZMK

seit 2010 Generalsekretär der EADMFR



19. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag | 24. März 2012 | Holstenhallen Neumünster

Gut durchleuchtet

So meistern Sie schwierige Röntgensituationen

Was tun, wenn es beim Röntgen mal wieder Probleme gibt? Wo sind typische Fehlerquellen und wie können diese am besten umgangen oder abgestellt werden? Wie und wo wende ich am sinnvollsten Patientenschutzmittel zum Strahlenschutz an?

Diese und viele andere Fragen zur Erstellung von intraoralen Aufnahmen und Panoramaschichtaufnahmen sollen im Vortrag geklärt werden. Neben der eigentlichen Erstel-

lung der Aufnahmen ist auch die Dokumentation der Untersuchungen eine wichtige, weil rechtlich relevante Tätigkeit. Ebenso wird auch die Durchführung und Dokumentation von Konstanzprüfungen in Ihre Hände gelegt.

Bei allen genannten Aspekten können eine clevere Organisation und ein umsichtiger Umgang mit den Aufzeichnungspflichten viel Zeit sparen. Im Vortrag werden die Rahmen-

bedingungen für eine Umsetzung im Praxisalltag vorgestellt.

Schließlich soll noch ein kleiner Ausblick in Richtung DVT erlaubt sein, die Anwendung dieser Technik beinhaltet völlig neue Herausforderungen, aber sie liefert auch gleichzeitig ein bisher unbekanntes Maß an diagnostischer Sicherheit.

■ PD DR. DIRK SCHULZE

Was ist neu, was ist anders in der „neuen“ privaten Gebührenordnung für Z

„Das ist doch nur der alte Dreck, werdet doch gescheiter! Tretet nicht immer denselben Fleck, so geht doch weiter!“ (v. Goethe)

Seit Anfang 2012 ist die nach den Worten des zuständigen Ministers Bahr dem neuesten wissenschaftlichen Stand der Zahnmedizin entsprechende erste Verordnung zur Änderung der GOZ in Kraft.

Aber 24 Jahre Nichtanpassung an die wissenschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung haben die GOZ 88 alt werden lassen. Sie vermittelte den Eindruck eines Hauses, in das nichts mehr investiert wurde. Das Fundament, das Gebälk und die Fassade sind marode. Nun wurde dem Haus ein neuer Anstrich verpasst. Aber es ist trotzdem kein neues Haus. Noch ist die Farbe nicht trocken, da schimmern bereits wieder die mühsam ver-

deckten Risse hervor. Der alleinige Farbabstrich schafft in dem durch fehlende Instandsetzungsmaßnahmen alt und baufällig gewordenen Haus keine bewohnbaren Bedingungen.

Siebzig Prozent aller Leistungen haben sich in Beschreibung und Bewertung nicht geändert. Die durch die Neuanpassungen bisher analog berechneter Leistungen zu erzielenden Honorare blieben teilweise hinter der bisherigen gerichtlich bestätigten analogen Honorierung zurück. Die Punktzahlanpassungen einiger Leistungen erreichen teilweise nicht die durch bisher verwendete Steigerungssätze erzielten Honorare. Es gibt Leistungen die – bei gleichwertigen Leistungen – unterhalb des Honorars des vertragszahnärztlichen Bereichs vergütet werden. Jede Leistung, die in der privaten Gebührenordnung abgebildet ist, muss aber sachgerecht, dass heißt nach Art, Kosten und Zeitumfang bewertet sein. Die proklamierte „neue“ Gebührenordnung erfüllt diese Aufgaben nicht. Sie wurde zur Erstattungsordnung degradiert.

DR. ROLAND KADEN



- geboren 1959
- 1981-1986 Studium der Zahnmedizin in Berlin
- 1986 wiss. Assistent Abt. Zahnerhaltung
- 1989 Niederlassung Heide/Dithmarschen
- 1995 Promotion
- seit 15 Jahren Vorstand Kreisverein der Zahnärzte Dithmarschens
- seit 2005 Mitglied der Kammerversammlung und Mitglied im GOZ-Ausschuss

- Gründungsmitglied und Vizepräsident des Berufsverbands der Allgemeinzahnärzte (BVAZ)
- Gründungsmitglied eines implantologischen Studien Clubs
- seit 2011 Referent für Gebührenrecht im Vorstand der Zahnärztekammer S-H

19. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag | 24. März 2012 | Holstenhallen Neumünster

Facebook, Twitter & Co.

Fluch und Segen sozialer Netzwerke

Die „digital natives“ nutzen mehrere Stunden am Tag Facebook, MeinVZ oder auch andere soziale Netzwerke. Warum sind die „Social Networks“ so erfolgreich? Welche Faszination ist es, die 20 Millionen Deutsche in die Arme von Marc Zuckerberg treibt?

Nutzer tauschen Informationen und Erlebnisse aus ihrem Privatleben aus und stellen ihre Urlaubsfotos und Videos in die Plattformen ein. Aber gerade hier lauern auch viele Ge-

fahren der sozialen Netzwerke. Urheber- und Persönlichkeitsrechte sowie der Datenschutz müssen berücksichtigt werden. Für Arztpraxen und Freiberufler gibt es ebenfalls eine Vielzahl von Möglichkeiten und Chancen in den sozialen Netzwerken. Aber welche Netzwerke lassen sich wie nutzen? Was kann ich mit diesen Netzwerken für unsere Praxis erreichen? In welchen Portalen findet man Informationen von uns, und welche sind das?

Ich möchte Ihnen die sozialen Netzwerke als Plattform für geschäftlichen und persönlichen Erfolg näher bringen und dessen Potential an vielen Praxisbeispielen aufzeigen. Wie können Sie zum Beispiel den Dialog zu Patienten aufbauen und halten? Wie können Sie mit einfachen Mitteln den Service für Ihre Patienten erhöhen und somit eine höhere Bindung erzielen?

Diese offenen Fragen zu sozialen Netzwerken beantwortet Ihnen mein Social-Media-Vortrag! Im Einzelnen betrachte ich mit Ihnen: Xing, LinkedIn, Twitter, Facebook, Qype, Blogs, Google+.

■ STEFAN STENGEL



STEFAN STENGEL

kann auf eine 25-jährige Erfahrung als Berater zurückblicken. 1987 entdeckte er den Apple Macintosh für die Druckvorstufe und gründete den IT-Dienstleister maconnection. Bis in die 90er trainierte er über 1000 Personen in Layout- und Grafikprogrammen wie z.B. Quark-X-Press oder Photoshop. Namhafte Großverlage wie G+J oder Axel Springer gehörten zu seinem Kundenkreis. Seit 1995 beschäftigt sich Stefan Stengel mit Internettechnologien. 1996 gründete er mit vier weiteren Gesellschaftern die NetShell, eine Agentur für Neue Medien. 1997 wurde für die Deutsche Post AG das konzernweit erste eCommerce Pilotprojekt realisiert. Seit zwei Jahren stehen ausschließlich Kundenkommunikation, Web2.0 und Social Media Strategien im Fokus der Beratungsaufgaben.



Zahnärzte (GOZ)?

Unter diesen Bedingungen ist eine adäquate Zahnheilkunde nicht mit der gebotenen Qualität zu erbringen. Wir wollen zu Gunsten unserer Patienten keine Qualitätsabstriche machen. Also müssen wir, um die Praxis wirtschaftlich führen zu können, die in der GOZ vorhandenen Möglichkeiten nutzen. Schon 2004 wies das Bundesverfassungsgericht darauf hin, dass „...der Zahnarzt gemäß § 2 GOZ eine abweichende Vereinbarung treffen kann.“ Es ist also ein Umdenken unsererseits notwendig.

Betrachten wir die GOZ 2012 als Sanierung des Fundaments, als Grundlage für die weitere Instandsetzung des Hauses. Es liegt jetzt in unserer Hand, durch neue Ideen daraus kein Potemkin'sches Dorf werden zu lassen.

Sie erfahren in diesem Seminar, welche Möglichkeiten uns dazu mit der GOZ 2012 offen stehen.

■ DR. ROLAND KADEN

Krankenkassen:

Milliardenschaden durch säumige Beitragszahler

Die gesetzlichen Krankenkassen erleiden durch säumige Beitragszahler einen Milliardenschaden. Wie die *Ruhr Zeitung* berichtete, sei Ende 2011 ein Fehlbetrag von mehr als 1,2 Milliarden Euro aufgelaufen. Bereits im August hätten 638.000 Versichertenkonten Rückstände von mehr als einer Milliarde Euro aufgewiesen.

Dazu zählten 108.000 Beitragskonten von Mitgliedern, die vor einigen Jahren nach der

Einführung der Versicherungspflicht in die gesetzliche Krankenversicherung zurückgekehrt waren. Weitere 530.000 Beitragskonten von freiwillig Versicherten – hauptsächlich Selbstständige – seien nicht ausgeglichen gewesen. Die Zeitung beruft sich bei diesen Angaben auf ein Schreiben des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesgesundheitsministerium vom Oktober 2011.

dpa/Red.

eGK-Kartenlesegeräte

Bei der Inbetriebnahme der eHealth-BCS-Terminals zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte wurden Sie vermutlich aufgefordert, selbst eine Administrations-PIN (Admin-PIN) festzulegen und einzugeben. Vergessen Sie diese Admin-PIN nicht!

Hintergrund:

EDV-Geräte benötigen im Laufe ihrer Nutzung Aktualisierungen ihrer Betriebssoftware (Update der Firmware). Für eHealth-BCS-Kartenterminals sowie mobile Kartenlesegeräte wird spätestens mit Übergang vom Offline- zum Online-Wirktbetrieb eine solche Aktualisierung in jedem Fall erforderlich werden.

Für solche als sicherheitsrelevant eingestuften Änderungen sind

besondere Schutzmaßnahmen vorgesehen. Standardmäßig wird daher bei Geräteaktualisierungen vom Anwender/von der Anwenderin ein Nachweis für die Berechtigung verlangt, diese Aktion durchzuführen. Dieser Nachweis besteht üblicherweise in der Eingabe der Admin-PIN.

Wenn Ihnen Ihre Admin-PIN nicht mehr bekannt ist, muss in der Regel vor der Aktualisierung das Gerät auf Werkseinstellungen zurückgesetzt

werden. Da auch dieser Vorgang sicherheitsrelevant ist, muss das Gerät zur Durchführung dieser Maßnahme gewöhnlich an den Hersteller gesendet werden. Da dieser temporäre Verlust Ihres Geräts vermutlich mit deutlichen Einschränkungen Ihres Betriebsablaufs verbunden sein wird, sollten Sie dies unbedingt vermeiden und Ihre Admin-PIN sorgfältig (und für Dritte unzugänglich) aufbewahren.

Gg

RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

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

**Mittwoch, den 9. 5. 2012, 14.00 Uhr
im Zahnärztehaus – Hörsaal, Westring 498, 24106 Kiel.**

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

Vorläufige Tagesordnung

der ordentlichen Vertreterversammlung
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
am 9. Mai 2012 im Zahnärztehaus – Hörsaal, Kiel

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

Versorgungsgradzahlen aus dem Bedarfsplan

(Stand: 1. Jan. 2012 · Behandlungsfälle III. Quartal 2011) – Bezugnehmend auf unseren Artikel auf den amtlichen Seiten des Zahnärzteblattes 5/2007, Seite 26, weisen wir nochmals auf den rein informativen Charakter der nachfolgenden Daten hin.

Planungsblatt B – Zahnärztliche Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	134.798	80,2	70	4,25	74,25	0	74,25	92,6
2	Flensburg	88.759	52,8	56	7,25	63,25	0	63,25	119,8
3	Kiel	239.526	187,1	198,5	14,00	212,50	1	211,50	113,0
4	Kreis Lauenburg	186.874	111,2	91	14,50	105,50	0	105,50	94,9
5	Lübeck	210.232	164,2	159,5	15,25	174,75	0	174,75	106,4
6	Neumünster	76.830	45,7	51	5,00	56,00	0	56,00	122,5
7	Kreis Nordfriesland	165.480	98,5	84	9,00	93,00	1	92,00	93,4
8	Kreis Ostholstein	204.454	121,7	132	9,50	141,50	2	139,50	114,6
9	Kreis Pinneberg	303.481	180,6	176	20,00	196,00	1	195,00	108,0
10	Kreis Plön	134.291	79,9	71	10,25	81,25	1	80,25	100,4
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	269.778	160,6	166	24,00	190,00	1	189,00	117,7
12	Kreis Schleswig-Flensb.	197.903	117,8	112	9,00	121,00	1	120,00	101,9
13	Kreis Segeberg	259.200	154,3	149	18,00	167,00	1	166,00	107,6
14	Kreis Steinburg	132.897	79,1	69	7,00	76,00	1	75,00	94,8
15	Kreis Stormarn	229.756	136,8	135,5	11,50	147,00	1	146,00	106,7

Planungsblatt C – Kieferorthopädische Versorgung

PB Nr.	Planungs-bereich	Einwohner-zahl (0 – 18 J.)	Vers.-grad 100 %	Vertrags-zahnärzte + Ermächt.	Angest. Zahnärzte	Insges.	KFO-An-rechnung Zahnärzte	Insges.	Vers.-grad in %
1	Kreis Dithmarschen	25.769	6,4	3	0,00	3,00	0	3,00	46,9
2	Flensburg	14.470	3,6	5	0,00	5,00	0	5,00	138,9
3	Kiel	36.617	9,2	13	1,50	14,50	1	15,50	168,5
4	Kreis Lauenburg	35.994	9,0	8	0,00	8,00	0	8,00	88,9
5	Lübeck	34.876	8,7	6	2,25	8,25	0	8,25	94,8
6	Neumünster	14.503	3,6	8	0,00	8,00	0	8,00	222,2
7	Kreis Nordfriesland	31.438	7,9	5	0,50	5,50	1	6,50	82,3
8	Kreis Ostholstein	33.856	8,5	7	0,00	7,00	2	9,00	105,9
9	Kreis Pinneberg	56.102	14,0	14	2,25	16,25	1	17,25	123,2
10	Kreis Plön	23.935	6,0	8	0,00	8,00	1	9,00	150,0
11	Kreis Rendsb.-Eckernf.	52.915	13,2	17	1,50	18,50	1	19,50	147,7
12	Kreis Schleswig-Flensb.	39.197	9,8	4	0,00	4,00	1	5,00	51,0
13	Kreis Segeberg	49.432	12,4	13	0,00	13,00	1	14,00	112,9
14	Kreis Steinburg	25.389	6,3	3	0,00	3,00	1	4,00	63,5
15	Kreis Stormarn	43.494	10,9	9	0,00	9,00	1	10,00	91,7

Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

März-Sitzung
Anträge für die
März-Sitzung 2012

müssen bis zum **29. 2. 2012**
vollständig vorliegen.

Juni-Sitzung
Anträge für die
Juni-Sitzung 2012

müssen bis zum **23. 5. 2012**
vollständig vorliegen.

Verzicht zum 30. 6. 2012
einreichen bis zum **31. 3. 2012.**
Verzicht zum 30. 9. 2012
einreichen bis zum **30. 6. 2012.**

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

Finanzsatzung nach § 9a Heilberufekammergesetz

Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 19. November 2011 eine Finanzsatzung nach § 9a Heilberufekammergesetz beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat diese Satzung genehmigt, die Veröffentlichung erfolgte auf der Homepage der Zahnärztekammer unter www.zaek-sh.de, Rubrik „Wir über uns“ – „Amtliche Bekanntmachungen“.

Aufgrund des § 9a Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe (Heilberufekammergesetz – HBKG) vom 29. Februar 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 248), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. Juli 2011 (GVOBl. Schl.-H. S. 221), erlässt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung am 19. November 2011 mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde folgende Satzung:

§ 1 Grundsätze des Haushaltsplanes

- (1) Das Haushaltswesen der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein wird durch § 9a Heilberufekammergesetz (HBKG) sowie durch diese Satzung geregelt. Ergänzende Durchführungsbestimmungen kann der Vorstand erlassen.
- (2) Der Haushaltsplan bestimmt das wirtschaftliche Handeln der Kammer. Er dient zur Feststellung und Deckung des Finanzbedarfes, der zur Erfüllung der Aufgaben der Kammer im folgenden Haushaltsjahr voraussichtlich erforderlich ist.
- (3) Die Haushaltsgrundsätze Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind einzuhalten.
- (4) Der Haushaltsplan ist nach Einnahmen und Ausgaben in Konten gegliedert. Die Konten können in Gruppen zusammengefasst werden, die untereinander deckungsfähig sind.
- (5) Das Haushaltsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 2 Aufstellung und Verabschiedung des Haushaltsplans

- (1) Der Entwurf des Haushaltsplans wird von der Hauptgeschäftsführerin oder dem Hauptgeschäftsführer erstellt. Er wird nach Beratung durch den Vorstand und den Haushaltsausschuss der Kammerversammlung rechtzeitig vor dem neuen Haushaltsjahr zur endgültigen Verabschiedung vorgelegt.

- (2) Der Haushaltsplan wird durch die Satzung zur Feststellung des Haushaltsplanes für das jeweilige Jahr festgestellt.

§ 3 Durchführung des Haushaltsplans

- (1) Die Hauptgeschäftsführerin oder der Hauptgeschäftsführer berichtet dem Vorstand über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben.
- (2) Der Einwilligung der Kammerversammlung bedürfen:
 1. überplanmäßige Ausgaben oder Verpflichtungen, die zwanzig Prozent des Ausgabenansatzes oder des Betrages der Verpflichtungsermächtigung, mindestens jedoch einen Betrag von 30.000 EUR überschreiten, sowie
 2. außerplanmäßige Ausgaben und Verpflichtungen, die fünf Prozent der Summe der Ausgabenansätze des Haushaltsplanes, mindestens jedoch einen Betrag von 30.000 EUR überschreiten.

§ 4 Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung

- (1) Die Hauptgeschäftsführerin oder der Hauptgeschäftsführer erstellt die Jahresrechnung.
- (2) Die Jahresrechnung muss den Vermerk einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft oder der Prüfstelle der Bundeszahnärztekammer aufweisen, mit dem bestätigt wird, dass die Rechnung den rechtlichen Vorschriften entspricht. Der Vermerk soll sich auch auf die Buchführung und die Sparsamkeit der Haushaltsführung erstrecken.
- (3) Die Jahresrechnung wird dem Vorstand und dem Rechnungsprüfungsausschuss zur Beratung vorgelegt.
- (4) Die Kammerversammlung entscheidet gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 6. HBKG über die Entlastung des Vorstands aufgrund der Jahresrechnung und des Jahresberichtes des Vorstandes gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4. HBKG.

§ 5 Inkrafttreten

Die Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Die Satzung trat am 31. Januar 2012 in Kraft.

ZÄK SH

Zahnärztliche Qualitätszirkel

Zahnärztliche Qualitätszirkel (QZ) dienen der Sicherung der Qualität zahnmedizinischer Leistungen. Dazu treffen sich Zahnärztinnen und Zahnärzte bestimmter Regionen regelmäßig und tauschen Erfahrungen, Problemlösungen, Behandlungsmuster etc. aus. Die Leitung eines Qualitätszirkels übernimmt eine QZ-Moderatorin oder ein QZ-Moderator.

Wir planen für dieses Jahr wieder einen Erfahrungsaustausch der QZ-Moderatoren.

Außerdem wollen wir Sie über das Modellprojekt der Bundeszahnärztekammer „Jeder Zahn zählt“ (www.jeder-zahn-zaehlt.de) informieren.

Haben Sie Interesse? Dann melden Sie uns dies mit dem beigefügten Formular „Rückantwort - Qualitätszirkel“.

Für Fragen und Informationen steht Ihnen
Dipl.-Biol. Rosemarie Griebel gerne zur Verfügung,
Tel.: 0431/26 09 26 - 92.

ZÄK-SH

Anzeigen

Zahnarztpraxis in Kiel

(33 J. alt) aus Altersgründen preisgünstig abzugeben.

Mobil: 0170/8783741

Tarp (bei Flensburg)

Alt eingesessene ZA-Praxis + Immobilie (EFH) stehen zum Verkauf. Die Praxis hat 132,5 qm, 2 BHZ, Anschlüsse für ein drittes BHZ vorhanden. Praxis wurde von einem Depot geplant.

E-Mail: info@dentboerse.de

Aufklärung, Informationsvermittlung, Beratung, QM sind zeitintensiv, fördern jedoch die Patientenbindung. Unterlassung d. Do-

kumentation kann teuer werden!

In Prophylaxe u. Kommunikation geschulte ZÄ u. system. Beraterin bietet dauerhafte Unterstützung.
Mobil: 0172/4477742

E-Mail: info@horizon-te.de

Raum Hamburg, südl. Schleswig-Holstein

Suche gut gehende Einzelpraxis zur Übernahme ab sofort oder später. Der Patientenstamm ist wichtiger als das Inventar. Einarbeitung und gleitende Übergabe möglich.

Mobil: 0176/28865582

Hamburg Umland

30 Minuten von Hamburg: Große, neue, gut eingeführte ZA-Praxis für 1 – 2 Behandler. Hochwertige Ausstattung nach neuestem Standard. Gute Umsätze bei hoher Scheinzahl in unterversorgtem Gebiet. Informationen unter
Tel.: 040/73923810

Schnäppchen!!!

Praxis incl. großer Immobilie in Albersdorf abzugeben.

E-Mail: hawira@t-online.de

40 km nördlich von HH

Moderne, etablierte und erfolgreiche Praxis aus Altersgründen

abzugeben. Attraktive Lage in einem Gesundheitszentrum. 3 BHZ auf über 150 qm. Gutachten vorhanden.

E-Mail: info@dentboerse.de

Lust auf Praxisübernahme?

Wir müssen unseren „Chef“ in den verdienten Ruhestand gehen lassen, deshalb suchen wir ZFAs eine/n Nachfolger/in. Die Praxis: Alleinlage an der Ostsee, Kurort, ländl. Einzugsgebiet, renov., helle Praxisräume (2 BHZ/ 100 qm). Praxisübernahme Ende 2012 möglich.

Chiffre-Nr.: 1-2/2012

Jobbörse

Bitte beachten Sie auch den „Stellenmarkt“ auf der Homepage der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein unter www.zaek-sh.de.

Stellenangebote

Der Kreis Segeberg sucht ZA/ZÄ für den Jugendzahnärztlichen Dienst voraussichtlich zum 1. 7. 2012 in Teilzeit (0,5 Stelle).

Es handelt sich um eine zunächst auf 2 Jahre befristete Elternzeitvertretung. Eine Übernahme in eine anschließende unbefristete Weiterbeschäftigung ist sehr wahrscheinlich.

Vollständiger Ausschreibungstext unter www.segeberg.de/jobs.

ZFA in Flensburg

Zur Ergänzung unseres Praxisteam suchen wir eine/n ZFA für die Assistenz in Vollzeit. Sie werden Mitglied eines großen motivierten Teams u. arbeiten in einer fortbildungsorient., mod. neuen Praxis im attraktiven Schichtdienst. Bewerbung bitte an:

Dr. Zeppenfeld & Dr. Storsberg,
Rathausstr. 11–13
24937 Flensburg

Kammerversammlung

der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

17. März 2012, 9.30 Uhr

Zahnärztekammer, Westring 496, Kiel

Tagesordnung

Gastreferat mit Diskussion:

Umgang mit Privatversicherten

Staatssekretär a. D. Dr. Dr. h. c. Klaus Theo Schröder
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

1. Eröffnung und Regularien
2. Berichte

Vorstand zum Geschäftsjahr 2011 und Anträge
Satzungsausschuss

3. Versorgungswerk – Satzungsänderung
4. Verschiedenes

Personalien

Wir gratulieren:

95. Geburtstag

- 16. Februar Dr. Sibbern Sibbersen, Husum
- 21. Februar Dr. Christian Langenfeld, Norderstedt
Dr. Renate Telschow, Kiel
- 22. Februar Dr. Marga Weimar, Wedel

75. Geburtstag

- 21. Februar Dr. Jürgen Müller, Quickborn

70. Geburtstag

- 28. Februar Gerhild Goldenbogen, Husum
- 3. März Dr. Jörn Hoffbauer, Wedel
Dr. Ulf Pape, Friedrichstadt
- 7. März Uwe Bachmann, Boostedt
- 14. März Dr. Friedhelm Halstrick, Dannewerk

65. Geburtstag

- 18. Februar Dr. Joachim Eigenherr, Klein Rönna
- 24. Februar Dr. Marion Sterlack-Marzahn, Norderstedt
- 3. März Dr. Wolfgang Meindl, Neumünster

In memoriam

Wir betrauern das Ableben unserer Kollegen

- Günter Radtke, Schleswig geb. 6. Oktober 1954
verst. 25. Januar 2012
- Dr. Helmut Frenzel, geb. 7. November 1925
Bosau/Hutzfeld verst. 30. Dezember 2011

Wer ausschert, riskiert groben Behandlungsfehler

Der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe hat mit einem kürzlich veröffentlichten Urteil (Az.: VI ZR 139/10) entschieden, dass sich die Beweislast zu Lasten des Arztes umkehrt, wenn er sich nicht an Behandlungsstandards hält.

Im Streitfall litt ein 54-Jähriger abends beim Sport an Schmerzen im Brustraum, Atemnot, Schwindel und Erbrechen. Der Notarzt machte ein EKG, diagnostizierte einen Myokardinfarkt und wies den Mann in eine Klinik ein. Dort bestätigten die Untersuchungen die erste Diagnose. Die Ärztin verordnete aber zunächst keine Medikamente zur Fibrinolyse. Erst am kommenden Morgen holte der Oberarzt dies nach. Der Patient starb zehn Tage später. Seine Tochter verlangte Schadenersatz und Schmerzensgeld.

Landgericht und Oberlandesgericht bestätigten zwar, eine sofortige Fibrinolyse sei „zwingend indiziert“ gewesen, es lasse sich aber

nicht sicher feststellen, dass dies zu einem anderen Verlauf geführt hätte. Der BGH hob beide Urteile auf. Das OLG muss nun prüfen, ob ein grober Behandlungsfehler vorliegt und sich damit die Beweislast umkehrt.

Beweislastumkehr tritt nach ständiger BGH-Rechtsprechung ein, wenn ein Fehler vorliegt, der „aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf“. Ob ein solcher grober Fehler vorliegt, müssen nach dem BGH-Urteil die Gerichte selbst prüfen; sie dürfen darin nicht blind dem Sachverständigen folgen. Der hatte im konkreten Fall zwar einen klaren Fehler attestiert, dies aber dennoch für verständlich gehalten, weil die Ärztin einem eigenen Behandlungskonzept gefolgt sei. Der BGH ließ dies nicht gelten. Es komme auf einen „objektiven“ Fehler an und nicht auf dessen „subjektive Vorwerfbarkeit“. Die Beweislastumkehr sei keine Sanktion für ein besonders

schweres Arztverschulden. Sie gelte, weil dem Patienten „wegen des Gewichts des Behandlungsfehlers“ für den Krankheitsverlauf ein Kausalbeweis nicht mehr zumutbar sei.

Ärztezeitung

Strafen für Steuerverschwender

Der Bund der Steuerzahler fordert, die Verschwendung von Steuergeldern härter zu bestrafen. Jedes Jahr gäben Bund, Länder und Gemeinden Milliarden Euro an Steuergeld unnötig aus, doch drohe ihnen bei derzeitiger Rechtslage nur in den seltensten Fällen eine Strafe.

Steuerhinterzieher hingegen würden kompromisslos verfolgt, erklärte der Präsident des Vereins, Karl Heinz Däke. Der Verein legte ein Gutachten des Münchner Strafrechtprofessors Bernd Schünemann vor, das Maßnahmen „zur Bekämpfung der Haushaltsuntreue und der Verschwendung öffentlicher Mittel“ darlegt.

Der Bund der Steuerzahler gibt jährlich ein „Schwarzbuch über öffentliche Verschwendung“ heraus, in dem zahlreiche Fälle von Fehlplanungen, Kostenexplosionen und teurer Bürokratie aufgelistet werden. Däke betonte, das Schwarzbuch habe aber bislang nicht zu einem konsequenten Umdenken des Staates geführt.

Nun schlägt der Steuerzahlerbund vor, den Straftatbestand der „Haushaltsuntreue“ im Gesetz zu verankern. Belangt werden soll zukünftig auch, wer keine öffentliche Ausschreibung vornimmt oder die Rechnungsprüfungsbehörden nicht unterrichtet.

BdSt

Studie: Zahlungsausfälle bei Ärzten

Die Hälfte aller niedergelassenen Ärzte hat regelmäßig Zahlungsausfälle, weil Patienten Privatleistungen nicht begleichen. Das hat die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2011“ der Stiftung Gesundheit ergeben. Jeder dritte Arzt hat Verluste im vierstelligen Euro-Bereich.

Weniger als die Hälfte der Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten gab an, dass bei ihnen keine oder nur sehr wenige Zahlungsausfälle vorkommen. Knapp die Hälfte der Ärzte hat nach eigenen Angaben häufigere Ausfälle, konkret in ein bis fünf Prozent der Fälle. Etwa jeder zehnte Arzt ist von Zahlungseinbußen von

mehr als fünf Prozent betroffen. Entsprechend differenziert ist das Ausfallvolumen: 5,5 Prozent der Befragten beklagen einen jährlichen Zahlungsausfall von über 5.000 Euro. Etwa ein Viertel verliert jährlich zwischen 1.000 und 5.000 Euro. Rund die Hälfte der Ärzte beziffert ihre jährlichen Außenstände im Volumen unter 1.000 Euro.

16,2 Prozent der Ärzte haben keine oder nur sehr geringe Zahlungsausfälle bei Privatleistungen zu beklagen.

Durchgeführt wurde die Studie im Auftrag der Stiftung Gesundheit von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse.

Stiftung Gesundheit

Engagement statt Politik

Im letzten Jahr portraitierte ich neun ausgewählte Bürger der Stadt Furtwangen im Schwarzwald. Die Filme zeigen persönliche Motive und vielfältige Formen freiwilligen Engagements. Kritik wurde nur deshalb laut, weil noch mehr Personen interviewt werden wollten.

Willkommen in der Freiwilligengesellschaft! In dieser verbinden sich zwei Aspekte des gesellschaftlichen Wandels: Einerseits, die kaum mehr zu übersehende Wertschätzung freiwilliger Tätigkeiten. Andererseits, die immer professionelleren Formen der Herstellung eben dieses Engagements.

Meine Arbeit als Soziologe besteht zunächst in einer Sensibilität für Symbole. Der Rest ist Recherche und die Jagd nach Mythen. Die Symbolik innerhalb der Freiwilligengesellschaft wird erkennbar an Bezeichnungen wie „Kraft im Hintergrund“ oder „Helden des Alltags“. Die Recherche zeigt, woher diese Formeln stammen und wie aus Bereitschaftspotenzialen systematisch verlässliche Hilfsleistungen geschaffen werden.

Exemplarisch lässt sich dies am Planungsvorgang der EU-Kommission zum „Jahr der Freiwilligentätigkeit“ (2011) verdeutlichen. Ein Bericht aus dem Jahr 2007 zeigt, wie freiwilliges Engagement instrumentalisiert wurde. Der Wert der Freiwilligenarbeit wurde als Standortfaktor quantifiziert und gleichzeitig in seiner Wirksamkeit überhöht. Freiwillige Arbeit galt als omnipotente Lösungsformel. Sie soll europäische Werte in die Praxis umsetzen, Jugendarbeitslosigkeit verringern, Solidarität zwischen den Generationen und Dialog zwischen den Kulturen fördern sowie Regionen attraktiver und Nachbarschaften sicherer machen. Freiwilligentätigkeit wurde zusammenfassend als „wertvollste Form erneuerbarer Energie“ deklariert. Die Staatskrise wurde damit sprachlich einer Energiekrise gleichgestellt.

Produziert wird diese „Energie“, so ein weiteres EU-Papier, durch eine umfassende Serie von „Informations- und Kommunikationskampagnen“, so z. B. „Preisverleihungen“, „Wettbewerbe mit oder ohne Preisvergabe“ sowie die „Entwicklung von EU-weit verfügbaren Materialien und Instrumenten für die Medien, um das Interesse der Öffentlichkeit anzuregen“. Vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde zudem mit dem „Bundesfreiwilligendienst“ ein zeitgeistkonformes Portal zur Vermittlung von Freiwilligen etabliert.

DER AUTOR



Stefan Selke, Prof. Dr. phil. (44) lehrt als Soziologe „Gesellschaftlichen Wandel“ an der Hochschule Furtwangen University. In einem seiner Forschungsfelder beschäftigt er sich mit den Grenzen der Zivilgesellschaft. Seine gesellschaftskritische Sozialreportage „Fast ganz unten“ (2008) machte ihn zum bekanntesten Tafelexperten Deutschlands. Aktuell stellte er die Seite www.freiwilligengesellschaft.de online.

KONTAKT

Prof. Dr. Stefan Selke
Hochschule Furtwangen University
Gesellschaftlicher Wandel
ses@hs-furtwangen.de
www.stefan-selke.de

Im Kontext des dabei verwendeten Begriffs ‚Engagementpolitik‘ (von einer Werbeagentur erdacht), schwingt die Befürchtung mit, dass hiermit nicht ‚Politik für engagierte Bürger‘, sondern ‚Engagement statt Politik‘ gemeint ist.

Die **Freiwilligengesellschaft** setzt auf eine umfassende Ästhetisierung des Helfens durch Symbole. Der Minimalstaat, der versucht, in allen nur denkbaren sozialen Feldern Kosten zu sparen, stellt diese Symbole zur Verfügung. Was fehlt, ist das nachhaltige Erarbeiten zukunftsfähiger Gesellschaftsmodelle. Projekte sind interessanter als die Arbeit an Weltbildern. Das Funktionsprinzip der Freiwilligengesellschaft ist damit zugleich die eigene Störquelle, eine Rationalität, die sich selbst ad absurdum führt.

Prof. Dr. Stefan Selke

19. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

24. März 2012 · Holstenhallen Neumünster

Ist jede Neuerung ein Fortschritt?

- 8.30 Uhr **Offizielle Eröffnung der Dentalausstellung**
- Programm Zahnärzte/innen**
- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**
Dr. Peter Kriett, Vorsitzender des Vorstandes der KZV Schleswig-Holstein
Dr. K. Ulrich Rubehn, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
- 9.15 – 9.45 Uhr **Praxispositionierung in der Öffentlichkeit – Fortschritt oder Ärgernis?**
Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel, Frankfurt
- 9.45 – 10.15 Uhr **Moderne Kariesprophylaxe – Worauf können wir uns verlassen?**
Prof. Dr. Petra Hahn, Freiburg
- 10.15 – 10.45 Uhr **Lithium-Disilikat vs. Zirkon – Was leisten die neuen Dentalkeramiken?**
Marcel Schweiger, Schaan, FL
- 10.45 – 11.15 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 11.15 – 11.45 Uhr **Endodontie: Neue Feilen. Neue Techniken. – Was funktioniert?**
Dr. Hans-Willi Herrmann, Bad Kreuznach
- 11.45 – 12.15 Uhr **Einer für alles? – Neue Lasertechnologien für die Zahnarztpraxis**
Prof. Dr. Matthias Frentzen, Bonn
- 12.15 – 12.45 Uhr **Zahn raus. Was rein? – Socket preservation**
PD Dr. Dietmar Weng, Starnberg
- 12.45 – 14.00 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 14.00 – 14.30 Uhr **Neues und Bewährtes in der Parodontitistherapie**
Handinstrumente und Ultraschall oder Laser und Photodynamik?
Dr. Steffen Rieger, M.Sc., Stuttgart
- 14.30 – 15.00 Uhr **Alles aus einem Guss? Neue Kunststoffe in der Prothetik**
Dr. Felix Blankenstein, Berlin
- 15.00 – 15.30 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 15.30 – 16.00 Uhr **DVT – Die dritte Dimension – Bessere Parodontaldiagnostik und Implantatplanung?**
PD Dr. Dirk Schulze, Freiburg
- 16.00 – 16.30 Uhr **Die „abdruckfreie“ Praxis – Wunsch oder Wirklichkeit?**
PD Dr. Sven Reich, Aachen
- 16.30 – 17.00 Uhr **Composite – Ormocere – Silorane. Wie heißt das Standard-Füllmaterial der Zukunft?**
Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg
- Programm Mitarbeiterinnen**
- 9.00 – 9.15 Uhr **Begrüßung**
Dr. Michael Diercks, stellv. Vorstandsvorsitzender der KZV Schleswig-Holstein
Dr. Gerald Hartmann, Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Vorstand für Praxispersonal
- 9.15 – 9.45 Uhr **Schön ist, wenn es schön ist!**
Wie Sie motiviert den Tag beginnen und Spaß an der Arbeit haben
Herbert Prange, Lüneburg
- 9.45 – 10.15 Uhr **Endodontie-Management. Vorbereitung – Assistenz – Instrumentenpflege**
Dr. Hans-Willi Herrmann, Bad Kreuznach
- 10.15 – 10.45 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 10.45 – 11.15 Uhr **Gut durchleuchtet – So meistern Sie schwierige Röntgensituationen**
PD Dr. Dirk Schulze, Freiburg
- 11.15 – 11.45 Uhr **GOZ 2012 – Was ist neu? Was ist anders?**
Dr. Roland Kaden, Heide
- 11.45 – 12.45 Uhr **Mittagessen | Dentalausstellung**
- 12.45 – 13.15 Uhr **Moderne Füllungsmaterialien. Perfekte Assistenz – perfektes Ergebnis**
Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg
- 13.15 – 13.45 Uhr **Facebook, Twitter & Co. – Fluch und Segen sozialer Netzwerke**
Stefan Stengel, Lübeck
- 13.45 – 14.15 Uhr **Die „abdruckfreie“ Praxis – Beste Ergebnisse mit und ohne Abformlöffel**
PD Dr. Sven Reich, Aachen
- 14.15 – 14.45 Uhr **Pause | Dentalausstellung**
- 14.45 – 15.15 Uhr **Moderne Kariesprophylaxe – Darauf können Sie sich verlassen!**
Prof. Dr. Petra Hahn, Freiburg
- 15.15 – 15.45 Uhr **Lasereinsatz in der Zahnheilkunde – Möglichkeiten und Grenzen**
Prof. Dr. Matthias Frentzen, Bonn
- 15.45 – 16.00 Uhr **Bewegungspause**
- 16.00 – 16.30 Uhr **Neues und Bewährtes in der Parodontitistherapie**
Handinstrumente und Ultraschall richtig anwenden
Dr. Steffen Rieger, M.Sc., Stuttgart
- 16.30 – 17.00 Uhr **Schön ist, wenn es schön bleibt.**
Wie Sie Erfahrungen richtig nutzen, richtig denken und das Leben genießen
Herbert Prange, Lüneburg

