

März

2013

Neue BEMA-Positionen für aufsuchende Behandlung

22. Jahrgang
Heft 1/2013

Aufopferungsvolles Engagement der Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Behandlung von Pflegebedürftigen wird endlich honoriert

Inhalt

Neue BEMA-Positionen	S. 1
GOZ 2012	S. 2
Versorgungswerk	S. 3
Zähneputzen in Kitas	S. 3
Patientenrechtgesetz	S. 4
Praxispersonal	S. 6
Kongress-Schiffsreise	S. 7
Mitgliederversammlung	S. 8
Beitrittserklärung/Impressum	S. 8



Bereits seit einigen Jahren stellt die Zahnärzteschaft die bessere zahnmedizinische Betreuung pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf ihre Agenda und reagierte damit auf den demografischen Wandel in unserer Gesellschaft. Mit ihrem Versorgungskonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ wurden 2010 konkrete Ziele benannt und bestehende Defizite auf diesem Gebiet angegangen.

Die bisherige Praxis bestand leider darin, dass engagierte Kolleginnen und Kollegen ehrenamtlich die Versorgung dieser Patientengruppe übernahmen. Für den Mehraufwand, der bei einer aufsuchenden Behandlung zuhause beim Patienten oder in Pflegeeinrichtungen unweigerlich entsteht, gab es keine Honorierung. Da die Zahl der betroffenen Patienten aber stetig steigt (nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen von ehemals 2,2 Millionen im Jahr 2007 auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 und etwa 3,4 Millionen in 2030 erhöhen) ist eine flächendeckende zahnärztliche Versorgung so nicht möglich. Dies

führt dazu, dass der zahnärztliche Versorgungsgrad in der Gruppe der Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftiger weit unter dem Durchschnitt der Restbevölkerung liegt und dies sollte in einem immer noch reichen Industriestaat wie der Bundesrepublik nicht einfach akzeptiert werden. Deshalb ist es umso erfreulicher, dass sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Ende 2012 auf zusätzliche Leistungen zur besseren zahnmedizinischen Betreuung von Versicherten in häuslicher und stationärer Pflege einigten. Grundlage für die Verbesserungen ist eine Änderung im fünften Sozialgesetzbuch, die der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes beschlossen hatte und die zeigt, dass der in diesem Gesetz neu strukturierte Bewertungsausschuss Zahnärzte und Krankenkassen handlungsfähig ist.

Ab April 2013 wird es im BEMA neue Positionen für die aufsuchende Betreuung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz geben, die nicht mehr selbst in die Zahnarztpraxen kommen können und das Wegegeld, das Zahnärzte für Haus- und Heimbefuche erhalten, wird angepasst (Siehe Rundschreiben 01/2013 der KZVLB).

Auch wenn mit diesen Positionen nicht immer der reale Aufwand in jedem Fall gedeckt werden kann, ist es sicher ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Trotzdem sollte darauf hingewiesen werden, dass die aufsuchende Behandlung nicht das Allheilmittel sein kann. Qualitativ hochwertige und letztendlich auch rechtlich abgesicherte zahnärztliche Behandlung ist in erster Linie in unseren Praxen möglich. Deshalb sollte aus meiner Sicht auch die zuführende Behandlung die erste Priorität besitzen und so unkompliziert und unbürokratisch wie möglich gestaltet werden.

Sven Albrecht
Vorsitzender des VNZLB

Adressaufkleber

Wir arbeiten in unseren Praxen seit dem 1.1.2012 mit der novellierten GOZ und deren Mängeln. An dieser Stelle soll über erste Auswertungen und Erfahrungen nach einem Jahr Umgang mit der neuen GOZ berichtet werden.

Außerordentlich interessant fand ich den Vortrag „Erfahrungen der PKV mit der neuen GOZ – ein Jahr nach Novellierung“, den der Leiter des Leistungsmanagements Zahnmedizin der ERGO-Versicherungsgruppe AG, Herr Dr. Kiesel, vor den GOZ-Referenten der ZÄKammern am 18.1.13 in Berlin hielt und der die Sichtweise der PKV darstellt.

Wo sehen die Privaten Krankenversicherungen die Problemfelder im Zusammenhang mit der neuen GOZ?

Dr. Kiesel stellte voran, dass die PKVen mit der Novellierung drei Ziele verfolgten: Die GOZ zu aktualisieren, die analogen Berechnungen (insbesondere bei Knochenaufbaumaßnahmen, bei allen implantologischen Maßnahmen und bei dentinadhäsiven Füllungen) zu reduzieren und bekannte Abrechnungsdifferenzen endlich zu klären. Im Ergebnis zeigt sich jedoch, dass diese Ziele für die PKVen nicht vollumfänglich erreicht wurden. Besonders die deutliche Zunahme der analogen Berechnung liegt den Krankenversicherungen „schwer im Magen“. Denn durch den Entfall der Stichtagsregelung im §6 GOZ sind die Möglichkeiten der Analogabrechnung sogar erweitert worden. Die Auswirkung ist, dass sich extrem viele neue Interpretationsspielräume eröffnen und die Abgrenzung zu bestehenden Leistungen sehr schwierig geworden ist. Das Thema Analogabrechnung ist komplexer geworden als vorher! Für die Rechnungsabteilungen der PKVen werden die Rechnungen im Ergebnis intransparenter. Die PKVen befürchten weiterhin eine Gefahr der Ausweitung von Rechnungsoptimierungen.

Dr. Kiesel sieht es als problematisch an, dass die BZÄK eine Liste mit 144 analogen Berechnungsmöglichkeiten veröffentlicht hat. Er findet es suspekt, dass auf diese Weise sogar medizinisch nicht mehr zeitgemäße Leistungen, wie z.B. Devitalisierungsmaßnahmen oder parapulpäre Stifte, plötzlich analog wieder „drin“ sind.

Als weiteren Knackpunkt wurde die PZR angesprochen. Mit der Aufnahme der Leistung in die GOZ sei zwar das Problem der Analogabrechnung gelöst, aber es ergeben sich wieder neue Probleme: Während der Durchschnittspreis für eine PZR im Jahre 2011 bei 77 € lag, ist mit der neuen GOZ ein Preissprung auf ca. 100 € erfolgt. Wegen dieses Anstiegs im Honorarvolumen hat man nicht erwartet, dass die BZÄK empfiehlt, die subgingivale Reinigung ggf. zusätzlich analog abzurechnen. Die medizinische Notwendigkeit der PZR wird von der ERGO nicht mehr in Zweifel gezogen; auch, weil der Nachweis der Notwendigkeit im Einzelfall einen nicht zu vertretenden Aufwand bedeutet.

Abschließend wurde die Anwendung der Steigerungssätze als Problemfeld für die Versicherungen diskutiert. Da an 48 Positionen die Punktzahl angehoben wurde, ist es für die

PKVen nicht verständlich, dass in vielen Praxen die „alte“ Abrechnungspraxis weitergeführt wird. Entgegen den Erwartungen der PKVen werden auch die neu bepunkteten Leistungen der GOZ mit annähernd denselben Faktoren berechnet wie vor der Novellierung. Die ERGO ist unzufrieden, dass wir Zahnärzte Punktzahlerhöhungen in unseren Rechnungen nicht berücksichtigen.

Weiterhin wird die Angabe von Einheitsbegründungen (damit ist gemeint: „Eine Begründung für alle Patientenfälle“) kritisiert. Die von der ERGO analysierten Patientenrechnungen würden oft Einheitsbegründungen und -steigerungsfaktoren enthalten, die nicht GOZ-konform sind. Allerdings gelte der §5 uneingeschränkt und sein Haus versende keine Erstattungsschreiben mehr, die für bestimmte Leistungen die Deckelung auf den Faktor 2,3 einfordere.

Das sind also zunächst mal die Erfahrungen und „Knackpunkte“ auch Sicht der PKVen. Wir Zahnärzte müssen entgegenhalten, dass die GOZ nur „notoperiert“ wurde. Die GOZ 2012 bildet eben nicht die moderne Zahnheilkunde vollständig ab! Da Verordnungsgeber und Kostenerstatter darauf gedrungen haben, kostenneutral und unvollständig zu novellieren, darf man sich jetzt nicht wundern, wenn die nicht abgebildeten Leistungen auf anderem Wege, also analog, berechnet werden. Die Analogliste der BZÄK gilt also beim PKV-Verband als relativ unbequem. Aber unsere Liste ist ein wesentlicher Anhang zum BZÄK-Kommentar geworden, ist gerichtsfest und hat allgemeine Akzeptanz. Zusätzliche selbständige Leistungen können und müssen gemäß §6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden! Wenn Sie beim Überschreiten der Steigerungsfaktoren von den Kostenerstattern die Mitteilung erhalten, dass die Gebührenscheine im Rahmen der Novellierung aufgewertet worden seien und deswegen ein Steigerungsfaktor oberhalb von 2,3 nicht mehr gerechtfertigt sei, dann ist das falsch! Der §5 gilt uneingeschränkt und alle Leistungen können unter Hinweis auf die entsprechenden Bemessungskriterien des §5 begründet gesteigert werden. Der 2,3fache Faktor bildet den nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittlichen Faktor ab. Einfachere Leistungen werden also unterhalb des 2,3fachen Faktors berechnet und schwierigere Leistungen oberhalb; eine Begründung für die überdurchschnittliche Schwierigkeit/Zeitaufwand/Umstand muss angegeben werden. Es wäre natürlich schön, wenn die Probleme zwischen den Organisationen außerhalb der Praxen gelöst werden könnten; ein Schritt wäre die Wiederbelebung des Konsultationsausschusses (ein erstes Arbeitstreffen soll im März einberufen werden). Als letztes eine Bitte: Auf den Seiten unserer ZÄK finden Sie einen Fragebogen „Erstattungsschwierigkeiten im Rahmen der Privatliquidation“. Mit diesem Fragebogen können sie anonymisiert über Erstattungsprobleme berichten. Bitte machen Sie davon Gebrauch! Nur so werden wir in die Lage versetzt, Schwerpunkte zu erkennen und gezielt zu reagieren.

Dr. Heike Lucht-Geuther

Standfest in schwierigem Umfeld - Bericht aus dem Versorgungswerk

Das vergangene Jahr stand weiterhin ganz im Zeichen der Euro-Staatsschuldenkrise. Insbesondere ist der Abfall der Rendite bei Schuldnern mit hoher Bonität ein wesentlicher Faktor bei der kurz- und mittelfristigen Finanzplanung.

Das Versorgungswerk blieb dank breit gestreuter Vermögensanlagen von unmittelbaren Ausfällen verschont. Die Jahresabschlussprüfung für das Jahr 2011 wurde erfolgreich absolviert und mit einem uneingeschränkten Testat durch die Wirtschaftsprüfer abgeschlossen. Hauptbestandteil der Kapitalanlagen bildeten schon immer festverzinsliche Papiere bester Bonität. Wir verfügen im Versorgungswerk über Anlagen im Wert von rund 1,1 Milliarden Euro, die wir mit einem Nettoergebnis von 2,3 Prozent im Jahr 2011 (im Vergleich zum Jahr 2010 mit 4,18 Prozent) anlegen konnten. Für 2012 konnten wir ein Kapitalanlageergebnis von knapp 4 Prozent erzielen.

Die weiterhin hohe Sicherheitsorientierung zeigt sich auch im Portfolio, das sich derzeit zu 87 Prozent aus festverzinslichen Papieren und Immobilien zusammensetzt. Insbesondere der Immobilienbestand wurde sachwertorientiert auf

nahezu 25 Prozent ausgebaut. Dabei ist zu beachten, dass der Übertrag des gesamten Immobilienbestandes aus dem Direktbestand in den VZB-eigenen Immobilienfonds abgeschlossen ist. Die Kapitalanlage ist im festverzinslichen Bereich mittelfristig gut strukturiert, wir haben deshalb in diesem Bereich keinen Handlungsbedarf. Allerdings ist das Erreichen des Rechnungszinses von durchschnittlich 3,8 Prozent vor dem Hintergrund der aktuellen Niedrigzinsphase grundsätzlich schwieriger zu bewerkstelligen – wo früher ein risikofreier Zins zu erreichen war, gibt es jetzt häufig nur ein zinsfreies Risiko. Der notwendige Rechnungszins kann nur unter Wahrung einer angemessenen Mischung und Streuung erreicht werden, das stellt das VZB in der Zukunft vor schwierigere Aufgaben.

Nur wenn diese Aufgaben mit dem nötigen Weitblick erfüllt werden, kann die Leistungsfähigkeit des VZB erhalten bleiben und das Versorgungswerk in Zukunft das bleiben, was es bislang war: Ein starker Partner für die Altersversorgung.

Dr. Michael-W. Geuther

Zähneputzen in Kindertagesstätten neuerdings umstrittenes Thema

Wohin geht die Entwicklung in unseren Kindertagesstätten? Bisher glaubte ich, dass das Zähneputzen in den Kindertagesstätten selbstverständlich zum Tagesablauf dazu gehört, wie das Händewaschen vor dem Essen. Warum sollte das jetzt anders sein?

Seit Jahren sponsern wir Zahnärzte immer und immer wieder Zahnputzartikel für unsere Kleinsten. Der Grund ist, dass wir um die Mühe wissen, die mit dem Erlernen des richtigen Zähneputzens verbunden ist. Warum wird der Sinn des mittäglichen Zähneputzens in der Kita plötzlich in Frage gestellt?

Eltern und Erzieher diskutieren jedenfalls das Pro und Contra. Aus hygienischen Gründen sei es nicht mehr tragbar, sagen die Gegner. Karies ist eine Infektionskrankheit und wenn die Kinder die Bürste des Nachbarn benutzen, oder sogar den Fußboden damit schrubben, dann geht das tatsächlich nicht. Aber ist das ein Grund, das Zähneputzen in den Kindergärten abzuschaffen? Natürlich nicht, wenn die hygienischen Grundbedingungen stimmen, ist Zähneputzen absolut wichtig. Gerade in den Kindertagesstätten ist es ein sinnvolles Ritual, ein Einstieg in die Beschäftigung mit Gesundheitsfragen, so wichtig wie der tägliche Gang aufs Töpfchen.

Wenn die Gegner des Zähneputzens jedoch mit teils „gegoogelten“ Meinungen sogar eine Schädlichkeit des Putzens und gleich noch der fluoridhaltige Zahnpasten dazu anführen, sind wir Zahnärzte gefordert. War unsere jahrzehntelange Aufklärungsarbeit in der Zeit des Internets umsonst?



Früh übt sich... Auch in Kitas sollte das tägliche Zähneputzen zum Tagesablauf gehören

Mitarbeiter von Presse und Fernsehen stellten mir in Vorbereitung ihrer Beiträge Fragen über Fragen und nicht wenige davon waren knifflig. Aber immerhin, vielleicht hätten auch andere Verantwortliche erst einmal Jemanden fragen sollen, der sich damit auskennt.

Wie die Entscheidung um das Zähneputzen letztlich auch ausfällt, geben wir den Verantwortlichen unsere fachliche Kompetenz als Zahnärzte an die Hand.

Dr. Helga Schemel

Mit großem politischen Getöse wurde in den letzten zwölf Monaten ein sogenanntes Patientenrechtegesetz auf den Weg gebracht. Es ist am 26.02. 2013 nach dem Passieren aller parlamentarischer Hürden in Kraft getreten. Es ist kein eigenes Gesetz, sondern es besteht aus verschiedenen Ergänzungen und Änderungen im BGB und im SGB V.

Nun hatten die Patienten auch schon vorher Rechte, und so sind diese Änderungen und Ergänzungen im wesentlichen eine Beschreibung des aktuellen Zustandes der Rechtsprechung. Zu hoffen bleibt, dass die Gerichte nicht versuchen werden, dieses Gesetz weiterzuentwickeln. Dann könnte daraus ein veritables bürokratisches Monster entstehen.

Hier einige Beispiele:

BGB 630c.2

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

So war es schon immer, selbst bei jeder Füllung fragen wir nach Amalgam, Kunststoff, Kermik oder Gold.

oder aber:

Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

Erfolgt die Information nach Satz 2 durch denjenigen, dem der Behandlungsfehler unterlaufen ist, darf sie zu Beweis zwecken in einem gegen ihn geführten Strafverfahren oder in einem Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten nur mit seiner Zustimmung verwendet werden.

Da wäre als erstes der Behandlungsfehler zu definieren. In Wikipedia können die Patienten nachlesen:

Ein Behandlungsfehler wird in der Rechtswissenschaft definiert als eine nicht angemessene, zum Beispiel nicht sorgfältige, fachgerechte oder zeitgerechte Behandlung des Patienten durch einen Arzt. (weiter siehe Wikipedia)

Auch hier hat sich an der Rechtslage wenig geändert. Auf Komplikationen, wie z.B. ein abgebrochenes Wurzelkanalinstrument, eine überstopfte Wurzelfüllung oder geschädigte Nerven, war der Patient hinzuweisen. Neu ist

der Passus über den Strafprozess. Über Zivilprozesse und Versicherungen steht allerdings nichts im Gesetz, was sicher der Erkennbarkeit dient. Hier werden vermutlich Gerichte "weiterentwickeln" wollen. Ein wirksamerer Patientenschutz wäre eher durch Systeme der erweiterten materiellen Unterstützung zu erreichen gewesen. Die gibt es in den nordischen Ländern und gab es als EMU in der DDR. So müssen alle weiter um die Erkenntnis: "Schuld oder Schicksal" ringen. Die Anwälte wird es freuen.

Das Patientenrechtegesetz: Alter Hut neu verpackt

Interessanter wird es hier:

Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

Das galt bisher schon so und gilt für alle Versicherten egal ob Privat, Beihilfe oder Kasse. Nur die generelle Verpflichtung auf die Textform ist neu. Da außer bei der reinen Sachleistung des BEMA's, die vollständige Übernahme nie gesichert ist, gilt dies eigentlich immer!

Früher war dass die berühmte Nebenpflicht zum Behandlungsvertrag, allerdings nicht schriftlich. Inwieweit dies in den Praxen umgesetzt wird, dürfte von der bisher herrschenden Übung abhängen. Ich habe für Prophylaxeleistungen bei gesetzlich Versicherten eigentlich nie einen Kostenvorschlag geschrieben, bezahlt haben trotzdem seit 22 Jahren alle. Die Motivierung sollte reichen ...

Wenn man dies streng auslegt, hieße das auch vor jeder ä1 oder 0010 müsste man so etwas schreiben ...! Mal sehen was die privaten Kassen dazu sagen werden; solche Passagen sind einfach schlampig formuliert und nicht durchdacht Ursprünglich war hier geplant, mit Blick auf die sogenannten IGELeistungen, dem Patienten grundsätzlich 24 Stunden Bedenkzeit einzuräumen... Das wäre für die Füllungstherapie doch eine geniale Idee gewesen...

Die Aufklärungspflicht ist in § 630e beschrieben

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Hier sollte man wie bisher an die Verhältnismäßigkeit denken, z.B. beim Entfernen einer scharfen Kante. (Aber auch hier gilt: Beim Glätten einer Prothese weniger als beim Wegpolieren einer Schmelzabplattung.) Auch dies ist gewachsene Rechtsprechung.

Aber es gibt auch neue Aspekte im Gesetz:

§ 630f

Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. **Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.**

Die Regelungen für die Karteikarte sind alt. Für die Computerdokumentation gab es bisher keine eindeutige Rechtslage, jetzt ist sie klar. **Mir persönlich ist kein einziges Praxisverwaltungssystem bekannt, das diese Anforderung erfüllt.** (Die Landeszahnärztekammer Brandenburg sieht hier den Einsatz einer qualifizierten elektronischen Signatur als zwingende Voraussetzung an.) Auch Krankenhäuser werden da Probleme bekommen, denn bis jetzt lassen sich fast alle Dateien und Systeme mit entsprechenden Rechten nachträglich völlig unmerklich und spurenlos verändern bzw. es ist nicht beweisbar, wer wann was geändert hat.

Die gute alte Papierdokumentation bleibt also das Maß aller Dinge insbesondere unter dem Aspekt des § 630h

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

Zum Schluss die einzig erfreuliche Regelung, sie steht als Ergänzung im SGB V:

§ 13 Absatz 3a

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang

zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung.

Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung.

Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Auch wenn im Satz 5 wieder Wasser in den Wein geschüttet wird, ist dies eine patientenfreundliche Regelung und der Grund Personalmangel dürfte kein hinreichender Grund sein.

Auf den Seiten der LZÄKB können Sie demnächst weitere Ausführungen zum Patientenrechtegesetz lesen. Zusammenfassend kann man sagen: Nicht viel Neues, nur einmal die aktuelle

Rechtslage dargestellt.

So ist auch die Formulierung im **§630a.2:** *Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.* uralte Rechtslage und nichts Neues. Es gibt keinen z.B. Kassensstandard und Privatstandard bei der Krone (z.B. 200 Mikrometer Spalt zu 10 Mikrometer). Der Kassenpatient hat aber nur Anspruch auf die Erstattung der Kosten der Regelleistung, sprich vestibulär verblendet gemäß § 55 ff. SGBV. Er hat ja u.a. auch keinen Anspruch auf Inlays oder Implantate. Natürlich muss man vorher über die Möglichkeiten aufklären, aber das ist nun ein ganz alter Hut. Abzuwarten bleibt natürlich immer, was die Rechtssprechung daraus machen wird.

Schulungen, die zum Patientenrechtegesetz angeboten werden sind allenfalls etwas für Berufsanfänger und AzuBi's. Alle Anderen können sich die Zeit und das Geld sparen.

Die meisten von uns werden ihre Haftpflichtprämie wie bisher umsonst zahlen.

Jürgen Herbert

Neue Helferinnen braucht das Land!

Es gibt kaum noch einen Tag, an dem in der Tagespresse oder im TV kein Bericht über den demografischen Wandel mit seinen dramatischen Folgen zu lesen oder zu hören ist. Jahr für Jahr gibt es weniger Schulabgänger und mehr unbesetzte Lehrstellen. Im Tagesspiegel sagt Deutsche-Bahn- Personalchef WEBER: "Wir entwickeln uns von einer Rationalisierungs- zu einer Rekrutierungsorganisation". Unternehmen sind in einer Situation, für sich werben zu müssen, wenn sie qualifizierte Nachwuchskräfte gewinnen möchten.

Kleine Unternehmen trifft es am härtesten, es gibt keinen Pool mehr von Bewerbern, aus dem man sich die am besten geeigneten herausfischt. Firmen locken mit Extrageld und kostenlosen Kleinwagen in einem "Akt der Verzweiflung", weil sie keine Lehrlinge finden.

Auf dem Ausbildungsmarkt sind neue Zeiten angebrochen. Nur die obligatorische Anzeige reicht nicht mehr aus. Auf Messen werben Betriebe und denken sich Veranstaltungen aus. In Sommercamps und auf gesponserte Events sollen junge Menschen angesprochen und Interessen geweckt werden. Geworben wird auf den Websites der Unternehmen, auch die sozialen Netzwerke sind als Werbekanäle erkannt worden. Die Post spricht Jugendliche via Twitter an, ein Energieversorger hat einen eigenen Facebook-Auftritt.

Und wo wirbt unser Berufsstand und erreicht den Nachwuchs für unsere Praxen?

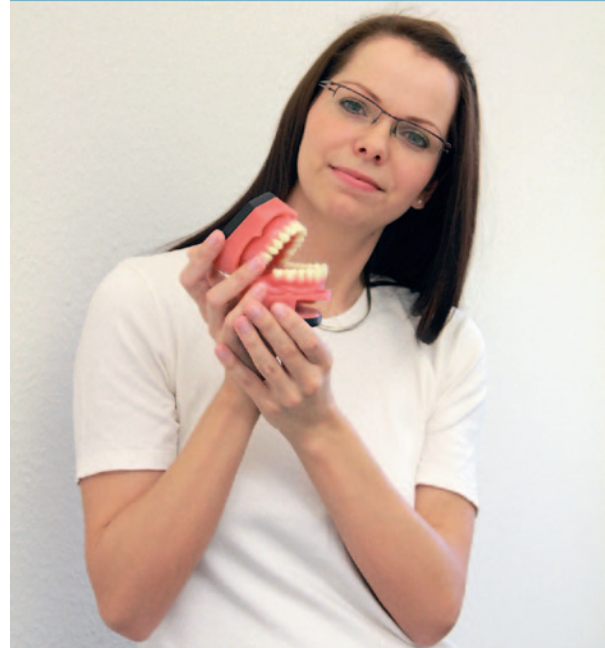
Auf meine Frage hin, hält unser Azubi Steffi die Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten noch immer für konkurrenzfähig. Sie nennt familienfreundliche Arbeitszeiten, keinen Schichtbetrieb, praxisnahe Ausbildung, selbstständiges Arbeiten, Qualifizierungsmöglichkeiten, kurze Wege zum Ausbildungsort, Arbeiten im kleinen Team und den engen Patientenkontakt als Fakten, wo insbesondere junge Frauen sich angesprochen fühlen.

Die sechs Oberstufenzentren im Land Brandenburg sind flächendeckend, die Informationsmappe für die Ausbildung und Umschulung der Landes Zahnärztekammer ist modern und ansprechend, die Vergütung in den drei Ausbildungs-

Zahnmedizinische Fachangestellte

Berufe für Leute

mit Köpfchen und Charme



Das Plakat kann z. B. für den Auftritt auf einer Azubi-Börse in der Geschäftsstelle angefordert werden

jahren - ist auf jeden Fall nicht mit der Attraktivität eines Kleinwagens vergleichbar. Es wird in Zukunft sicherlich Praxen geben, welche von sich aus die Ausbildungsvergütung erhöhen, wenn es mit dem Personal eng wird.

Die Jahreszeit ist ideal, sich, wenn nicht schon geschehen, um einen Azubi für seine Praxis ab August zu kümmern. Die gesamte Kollegenschaft, die Körperschaften und Verbände müssen sich des Problems Fachkräftemangel und Konkurrenz zu anderen Berufsausbildungen bewusst sein und gemeinsam aktiv werden und neue Wege finden, Jugendliche für den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten zu gewinnen und zu begeistern.

Dr. Toralf Best

Berufsorientierungsveranstaltungen und Ausbildungsmessen in Ostbrandenburg (Auswahl)

13.04. 9:00-12:00 Uhr	Berufsinformationstag (BIT) der Gemeinden Hoppegarten und Neuenhagen	Bürgerhaus Hoppegarten	Anmeldung: Andreas Sebastian 03342 245531 a.sebastian@neuenhagen-bei-berlin.de
26.04. 11:00-17:00 Uhr	16. Bernauer Ausbildungs- und Studienbörse	Paul-Praetorius-Gymnasium	www.bernauer-ausbildungs-und-studienbörse.de
22.23.5. 08:30-14:00 Uhr	vocatium Oderregion	M e s s e g e l ä n d e Frankfurt/O.	IHK Ostbrandenburg Tel: 0335 56 21 1520 bildung@ihk-ostbrandenburg.de
06.06. 09:00-13:00 Uhr	Last Minute-Lehrstellenbörse Frankfurt/O.	Handwerksammer Frankfurt/O.	IHK Ostbrandenburg Tel: 0335 56 21 1520 bildung@ihk-ostbrandenburg.de

Infos über weitere Messetermine in der Geschäftsstelle

Zum 70. Geburtstag von Dr. Klaus Markula

Wenn ich heute mit Kollegen aus anderen Bundesländern bei standespolitischen Veranstaltungen zusammentreffe, kommt häufig die Frage: „Wie geht’s eigentlich Dr. Klaus Markula?“

Als einer der Kollegen der ersten Stunde nach der Wiedervereinigung, die sich mit voller Kraft für die freiheitliche Berufsausübung in der ehemaligen DDR einsetzten, hinterließ er bei vielen Standespolitikern in Ost und West einen tiefen Eindruck. Wo Dr. Klaus Markula auftritt, ist er nicht nur anwesend, sondern hat immer etwas zu sagen. Und zwar nicht um des Sagens willen, sondern in der Regel etwas Substantielles mit viel fachlichem und auch geschichtlichem Wissen hinterlegt.

Ob als Gründungsmitglied, langjähriger Vorsitzender und nun Ehrenvorsitzender des Verbandes Niedergelassener Zahnärzte Land Brandenburg, als Vorstandsmitglied der KZVLB oder als Mitglied der Kammerversammlung gestaltete er die Standespolitik in Brandenburg entscheidend mit und machte sich für die Interessen der Kolleginnen und Kollegen stark. Aber eben auch auf Bundesebene hinterließ er durch die Mitarbeit in KZBV und IGZ seine Spuren, wobei er stets energisch die Eigenständigkeit des VNZLB betonte.

Ich kenne kaum einen Kollegen, der so analytisch wie Dr. Klaus Markula an eine Problemlösung herangeht. Manchmal ist es etwas anstrengend diesen Gedankengängen zu folgen, aber in der Regel lohnt sich die „Anstrengung“ und ich schätze ihn als Vor- und Nachdenker sehr. Bestimmt hat dieses analytische Vorgehen auch etwas mit seiner großen Leidenschaft, der Fliegerei zu tun, denn auch



Wie man ihn kennt: Ein kritischer und überzeugender Redner

hier kann es fatale Folgen haben, Entscheidungen aus dem Bauch heraus zu treffen.

Und noch etwas schätze ich an ihm: seinen Humor. Wer einmal mit ihm Witze ausgetauscht hat, weiß wovon ich spreche ...

Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag und die besten Wünsche für die Zukunft!

Sven Albrecht
Vorsitzender VNZLB

Neue Flugmöglichkeiten für Kongress-Schiffsreise

Interessenten, die in den vergangenen Wochen Plätze für die XIX. Kongress-Schiffsreise des VNZLB buchen wollten, erhielten vom Reisebüro ATLAS-Reisen leider die Information, das Flugkontingent des Reiseveranstalters für den Abflug ab Berlin sei aufgebraucht und auch für Frankfurt/Main bzw. München seien nur noch wenige Plätze zu haben.

ATLAS-Reisen informierte uns über ein kurzfristiges Angebot an Direktflügen Berlin-Malta. Hier sind auf Nachfrage eventuell Buchungen möglich. Interessenten werden deshalb gebeten, sich bitte umgehend an das Reisebüro ATLAS-Reisen im Kaufhof zu wenden:

DER Deutsches Reisebüro GmbH & Co. OHG
Atlasreisen im Kaufhof
August-Bebel-Straße 2, 03046 Cottbus
Ansprechpartnerinnen: Frau Noack, Frau Roy
Tel.: 0355 791718
Fax: 0355 791817
E-Mail: cottbus.75182@atlasreisen.de



Die diesjährige Kongress-Schiffsreise startet in Malta

Geschäftszeiten:

Montag bis Freitag: 09:30 - 20:00 Uhr

Samstag: 09:30 - 18:00 Uhr

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, den Flug im Internet oder in einem Reisebüro selbst zu buchen. Einige Teilnehmer haben das bereits getan und reisen teilweise sogar Tage vor Start der Kongress-Schiffsreise auf Malta an, um die schöne Insel ausgiebig zu erkunden.



Mitgliederversammlung in herrlicher Umgebung: Hotel Döllnsee-Schorfheide aus der Vogelperspektive

Die Mitgliederversammlung 2013 findet am 31.05.2013 und 01.06.2013 in Templin/OT Groß Dölln im Hotel Döllnsee-Schorfheide statt.

Tagesordnung der Mitgliederversammlung

Freitag, 31. Mai 2013

- 14:00 Uhr Anreise
- 15:00 Uhr Bei Kaffee und Kuchen Vortrag des örtlichen Revierförstern, Herrn Föcks
- 16:00 Uhr Wanderung mit dem Förster Föcks durch die Schorfheide
- 19:00 Uhr Abendessen mit anschließendem gemütlichen Beisammensein

Samstag, 1. Juni 2013

- 10:00 Uhr Fachvortrag Michael Dehnert, Inter Versicherung: Altersarmut - nein danke Leistungen aus dem berufsständischen Versorgungswerk und deren sinnvollen Ergänzung
- 11:00 Uhr Mitgliederversammlung
- 13:00 Uhr Mittagsimbiss
- 14:00 Uhr Abreise

Der Vorstand lädt alle Verbandsmitglieder herzlich ein und hofft auch in diesem Jahr auf eine rege Beteiligung.

Gabriele Sotscheck

Fotos: Hotel



Beitrittserklärung

An den Verband Niedergelassener Zahnärzte
Land Brandenburg e.V.
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Ich trete dem Verband Niedergelassener Zahnärzte Land Brandenburg e.V. bei!

Monatl. Beitrag für niedergel. Kollegen:	15,00 Euro
für Kollegen ohne eigene Niederlassung	8,00 Euro
für Studenten und Rentner	2,50 Euro

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Geschäftsstelle:
Helene-Lange-Straße 4-5, 14469 Potsdam
Geschäftsstellenleiterin:
Gabriele Sotscheck (0331 58279947)

Impressum

Herausgeber:

Verband Niedergelassener Zahnärzte Land Brandenburg e.V.
Helene-Lange-Straße 4-5, 14469 Potsdam
Tel.: 0331 58279947 Fax: 0331 2977 165
E-Mail: VNZLB@online.de
Internet: www.vnzlb.de

Redaktion:

Sven Albrecht (verantw.)
Dipl. Stom. Jürgen Herbert
Christina Pöschel

Druck:

Das Druckteam Berlin, Gustav-Holzmann-Str. 6, 10317 Berlin
ISSN: 0945-9774

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe ist der 07.06.2013. Zuschriften redaktioneller Art bitten wir nur an den Herausgeber zu richten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Haftung. Gezeichnete Artikel und Leserbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion bzw. Redaktionsbeiräte wieder. Nachdruck der in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge ist nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Quintessenz Verlags GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Telefon: 030 761 80-5, Telefax: 030 761 80 680
Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Kto-Nr. 369 40 46, BLZ 100 906 03
Geschäftsleitung: Horst-Wolfgang Haase
Verlagsleitung: Johannes W. Wolters
Herstellung: Thomas Pricker
Vertrieb: Angela Köhe
Anzeigen: Samira Rummler

Die Zeitschrift erscheint im Jahr 2013 am 18.3., 24.6., 23.9. und 16.12. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten. Bezugsgebühr: jährlich 12,00 Euro zuzüglich Versandkosten. Einzelheft: 4,00 Euro. Bestellungen werden vom Verlag entgegen genommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt sechs Wochen zum Ende des Kalenderjahres.