



# dens

2

2009

5. Februar

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

---





## Heraeus Dental Fortbildung

### 11. März 2009

**Heraeus Dental Fortbildung**  
**am Mittwoch, 11. März 2009 von 15.30 Uhr bis ca. 21.00 Uhr in Schwerin**  
**Hotel Speicher am Ziegelsee – Speicherstraße 11 – 19055 Schwerin**

**Prof. Dr. Claus-Peter Ernst**

*Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz*  
Thema: „Füllst Du noch oder restaurierst Du schon?  
Die neue Kompositgeneration im Front- und Seiten-  
zahnbereich – Entdecke die Möglichkeiten!“

85,- € Teilnahmegebühr pro Person zzgl. MwSt.  
3 Fortbildungspunkte nach BZÄK + DGZMK  
(inkl. Abendessen und kostenloser Materialproben)

**Dr. Dr. Ralf Smeets**

*Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Klinik für  
MKG und Plastische Chirurgie – Interdisziplinäres  
Zentrum für klinische Forschung an Biomaterialien  
„BIOMAT“*  
Thema: „Knochenregeneration mit alloplastischen  
Materialien in der Parodontologie und Implantologie  
– Neue Forschungsergebnisse und Ausblick in die  
Zukunft“

**Anmeldung bis 04. März 2009 und weitere  
Informationen über**

Heraeus Kulzer GmbH  
Frau Ursula Nüchter  
Grüner Weg 11  
63450 Hanau  
Telefon: 06181-35 5588

# Zwischen Zuzahlungen und Angleichung

Wahlkampfjahr 2009 wirft schon jetzt große Schatten voraus

Ist der medizinische Fortschritt auf Dauer zu sichern? Diese oder gleich gelagerte Fragen stehen immer im Vordergrund, wenn es um die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung geht. Die Finanzierung wiederum spielt die Hauptrolle bei der Umsetzung des politischen Ziels, die Senkung der Lohnnebenkosten und damit die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland zu sichern und zu steigern. Aber die unmittelbaren Akteure in diesem System sind die tatsächlichen Kenner. Sie wissen, dass es nicht nur der medizinische, wissenschaftliche Fortschritt unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung ist, der die Beiträge zur GKV in die Höhe schießen lässt. Einen nicht geringen Anteil an der Höhe des GKV-Beitrags haben die Ausgaben die über die so genannten Verschiebepfade der GKV aufgebürdet wurden. Also die Ausgaben, die aufgrund von Entscheidungen der jeweiligen Regierungen nicht den zuständigen Ressorts zugeordnet wurden, sondern der GKV. Das Fritz Beske Institut für Gesundheitssystem-Forschung Kiel hatte sich in der Vergangenheit mit dieser Frage beschäftigt und kam zu dem Ergebnis, dass rund 45,5 Milliarden Euro die GKV belasten. Bei einer kostendeckenden Abgeltung von Leistungen der GKV an Dritte könnte bei Herausnahme dieser Ausgaben der GKV-Beitragssatz um 4,55 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Das heißt, wir hätten heute nicht einen Beitragssatz von 14,9 Prozent, sondern der Beitragssatz würde bei 10,35 Prozent liegen. Nun haben wir ja seit dem 1. Januar den Gesundheitsfonds und der jetzige Gesetzgeber hat aufgrund der skrupellosen Geschicklosigkeit der „FremdGeldjongleure“ zur Stützung der Wirtschaft und somit im weitesten Sinne auch für die Bevölkerung beschlossen, dass der bis zum 30. Juni geltende GKV-Beitragssatz von 15,5 Prozent auf 14,9 Prozent gesenkt wird. Die Zwischenfinanzierung soll diesmal zu Lasten des Staatshaushaltes gebucht werden. Hier können wir ja gespannt sein, ob diesmal die Politik ihr Wort hält. Gemer erinnern wir uns doch in diesem Zusammenhang u. a. an die Weiterleitung von Teilen der Tabaksteuer in das Gesundheitswesen. Versprochen wurde seinerzeit viel, eingehalten wurde so gut wie nichts. Vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen davor gewarnt hatten, lediglich einen Beitragssatz von 15,5 Prozent festzuset-



Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln

zen und nicht wie von den Krankenkassen prognostiziert einen kostendeckenden Beitragssatz von 15,6 Prozent ist es nach wie vor nicht ausgeschlossen, dass die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dies wird aber von den Parteien vor der Bundestagswahl nicht gewünscht. Haben doch über 90 Prozent der Beitragszahler in diesem Jahr, aufgrund des planwirtschaftlichen Elements des von der Politik festgesetzten Beitragssatzes, schon höhere Zahlungen an die Krankenkassen zu leisten. Also, wie soll das jetzt vor der Bundestagswahl favorisierte Ziel – Vermeidung von weiteren negativen Meldungen für die Wähler – erreicht werden? Und zwar vor dem Hintergrund, dass der aus der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts ständig steigende Finanzbedarf nicht weg zu diskutieren ist. Der Presse war zu entnehmen, dass die Regierung beschlossen hat, dass die Krankenkassen eine in der Vergangenheit von der Regierung abgelehnte Darlehensfinanzierung der Leistungsausgaben nun vom Bund eingeräumt bekommen hat. Einen anderen Weg favorisiert der Vorsitzende des AOK-Bundesverbands. Er setzt auf Rabattverträge und nicht nur für Generika, sondern auch für patentgeschützte Originalpräparate und fordert einen größeren Spielraum für Einzelverträge. Die AOK Baden-Württemberg hat die hausärztliche Versorgung ausgeschrieben und nutzt somit als erste Kasse dieses Wettbewerbselement. Nur wer bezahlt diesen von der Politik geforderten und geförderten Wettbewerb um die Gesundheit. Es werden in diesem Fall die Ärzte selbst sein, die die Zeche zu zahlen haben. Dem Hausarztvertrag werden nicht alle in Baden-Württemberg niedergelassenen Hausärzte beitreten können, da lediglich eine zahlenmäßig definierte Anzahl an Hausärzten

vorgesehen ist. Die Hausärzte, die dem Vertrag nicht beitreten können, werden ihre AOK-Patienten und somit einen nicht unerheblichen Anteil ihrer GKV-Einnahmen verlieren. Ob sie dann noch ihre Praxis betriebswirtschaftlich führen können, darf bezweifelt werden. Die Folge wird darin bestehen, dass vermehrt Insolvenzen sowie Kooperationen und eine Reduzierung der Behandlungszeiten zu verzeichnen sind. Qualitätseinbußen werden die Folge sein. Wie soll eine geringere Anzahl an Hausärzten die dann bisher zur Verfügung gestellte Behandlungszeit realisieren? Dies dürfte nur durch Kompensation aufgefangen werden können oder wie die Berufsstände der Ärzte und Zahnärzte es bis 1926 erleben durften. Einzelverträge mit den jeweiligen Krankenkassen z. B. „Dr. Meier“ zugelassen für Versicherte der AOK und die Vorstände diktierten Leistungsumfang und Preis. Der dann zu verzeichnende Preisverfall würde die Qualität der medizinischen Leistung unweigerlich nach unten drücken. Um dies zu vermeiden, ist es unbedingt notwendig, die von der GKV bezahlbaren Leistungen neu zu definieren und eine Reduzierung des Leistungskatalogs der GKV zu akzeptieren. Der medizinische Fortschritt sollte dann über Zusatzverträge durch die PKV für die Versicherten gewährleistet werden. Gleichzeitig würde damit die Eigenverantwortung und die Sensibilisierung des Bürgers für seine Gesundheitsvorsorge gesteigert. Diese Entwicklung wäre durch die vorliegenden Gesetze möglich. Nur müssten die Politiker den Mut haben, dies auch ihrem Wahlvolk abzuverlangen. Um aus unserer Sicht in diese Entwicklung überhaupt einsteigen zu können, ist vorab die seit nunmehr 19 Jahren überfällige Angleichung der vertragszahnärztlichen Vergütung zwingend erforderlich. Der Vorstand hat in den letzten vier Jahren den Versuch der Umsetzung dieser Forderung mit nochmals gesteigertem Einsatz verfolgt. Auf Seite 9 ist eine Reaktion des Staatssekretärs Schröder abgedruckt. Nur wenn eine neue Vergütungsstruktur gefordert wird, dann dürfte klar sein, dass die Angleichung wieder auf die lange Bank geschoben wird. Der Vorstand beabsichtigt, Argumente für Gespräche mit Patienten zur Verfügung zu stellen, um gemeinsam die Nachteile schlussendlich für die Versicherten zeitgerecht darzustellen.

Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln

# Einladung Zahnärzteball 2009

am Sonnabend, 27. Juni 2009

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung lädt alle Kolleginnen und Kollegen ins  
Hotel Yachthafenresidenz „Hohe Düne“ in Rostock - Warnemünde ein.

Wir hoffen, dass Sie zahlreich die Gelegenheit nutzen, mit der Kollegenschaft  
unbeschwerte Stunden zu verbringen.

Tagsüber bereiten wir ein Fortbildungsangebot vor.

Die Thematik teilen wir Ihnen rechtzeitig mit.

Der Ball beginnt traditionsgemäß um 20 Uhr und wird erst enden, wenn niemand mehr tanzt.

Die Karten für den Ball inklusive Referat werden in diesem Jahr 70 Euro kosten.

Hotelübernachtungen müssen bis zum 1. Mai 2009 direkt im

Hotel Yachthafenresidenz „Hohe Düne“, Am Yachthafen 1,

18119 Rostock - Warnemünde, Tel. 0381 - 50 40 63 63,  
gebucht werden. Stichwort: Zahnärzteball -  
(Für Spätentschlossene zu einem jetzt geringfügig höheren Preis)

## Anmeldung zum Zahnärzteball 2009

Bitte schicken Sie den Anmeldecoupon an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Straße 304  
- Öffentlichkeitsarbeit -  
19055 Schwerin

Fax: 0385 - 54 92 498, Tel.: 0385 - 54 92 103  
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmmv.de

Ja, ich komme zum Ball mit \_\_\_\_\_ Personen.

Nach Möglichkeit möchte/n ich/wir zusammensitzen mit

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift (bitte gut leserlich schreiben)

Frachtkosten

--

# dens

18. Jahrgang

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit amtlichen Mitteilungen

**Herausgeber:**

**ZÄK Mecklenburg-Vorpommern**

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20  
E-Mail: sekretariat@zaekmv.de,  
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

**Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Telefon 03 85-5 49 21 03,  
Telefax 03 85-5 49 24 98  
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de,  
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

**Redaktion:**

Dipl.-Stom. Gerald Flemming, ZÄK (verant.),  
Dr. Manfred Krohn, KZV (verant.),  
Kerstin Abeln, Konrad Curth

**Internet:** www.dens-mv.de

**Gestaltung und Satz:**

Kassenzahnärztliche Vereinigung

**Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:**

Satztechnik Meißen GmbH, Sabine Sperling  
Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren,  
Tel. 0 35 25-71 86 24,  
Telefax 0 35 25-71 86 10  
E-Mail sperling@satztechnik-meissen.de

**Redaktionshinweise:**

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Produktinformationen werden ohne Gewähr veröffentlicht.

Nachdruck und fotomechanische Wiedergabe bedürfen der vorherigen Genehmigung der Redaktion. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor.

**Redaktionsschluss:**

15. des Vormonats

**Erscheinungsweise:**

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

**Bezugsbedingungen:**

Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztl. Körperschaften M-V kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zzgl. Versandkosten.

**Titelbild:** Anne-Katrin Koths, Waren

**Foto Zahnärzteball:** www.hohe-duene.de

# Aus dem Inhalt:

## M-V / Deutschland

Parlamentarischer Abend der Freien Berufe	4
Tagung der Gutachter und Referenten für Kieferorthopädie	5
Was ist neu 2009 im Gesundheitswesen	6
Deutscher Zahnärztetag: Aus einer Rede von Dr. Wolfgang Gerhard	7
Kranker Gesundheitsspot	8
Neues Honorarsystem für Zahnärzte später	9
Versorgungslücke bei Kinderkaries füllen	9
Narkoseleistungen angemessen vergüten	10
Gemeinsame Erklärung der BZÄK und KZBV	11
Abrechnungshilfe neu aufgelegt	11
Aus VdAK wird vdek	11
Gastkommentar von Birgit Dohlus	12-13
proDente eröffnet Kampagne	16
Degressive Abschreibung	16
Zahnersatz aus Polen	19
Behandlung von Übergewichtigen	19
Hilfsaktionen weltweit	24
Geburtstage / Anzeigen	36

## Zahnärztekammer

Fortbildung	18-19
Kurse	20
Beispiele für implantatgetragenen Zahnersatz	25-26

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Online-eGK	13
Service der KZV M-V	18
Sport- und Freizeitunfälle nehmen zu	21-22
Fortbildungsangebote	23
Veränderung der Festzuschüsse ab 1.1.2009	26

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

### Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Das Versorgungswerk informiert	14-15
Famulatur im südpazifischen Tonga	17
Gundlach für Engagement geehrt	24
Neue Gesichter in Rostock	27
Mobil bleiben	27
Effiziente nichtchirurgische Parodontaltherapie unter Verwendung von Ultraschallgeräten	28-31
Strahlenexposition (Strahlenbelastung) in der zahnärztlichen Röntgendiagnostik	32-34
Grober Behandlungsfehler bei mehreren „einfachen“ Fehlern	34-35
Kürzung des vertragszahnärztlichen Honorars mangels ausreichender Dokumentation	35

Impressum	3
Herstellerinformationen	37

# Parlamentarischer Abend der Freien Berufe am 9. Dezember

# LFB

## Gestiegenes Interesse der Abgeordneten an den Problemen der Freiberuflichkeit

Im Dezember trafen sich Abgeordnete des Landtages von Mecklenburg-Vorpommern und Minister mit Vertretern der Mitgliedsverbände des Landesverbandes der Freien Berufe zum freimütigen Meinungsaustausch. Der Präsident des Landesverbandes der Freien Berufe (LFB), Dr. Peter Schletter, begrüßte herzlich die Gäste unter Leitung des Vizepräsidenten des Landtags, Andreas Bluhm, und stellte die Mitglieder des LFB-Vorstands vor.

Schletter fasste die Ergebnisse der Besuche von Vertretern des LFB in den Fraktionen der demokratischen Parteien des Landtags M-V im Verlauf des Jahres 2008 zusammen.

Der Vizepräsident des LFB, RA Jörg Hähnlein, übernahm den Part des Hauptreferats. In seinen Ausführungen nahm Hähnlein Bezug auf das Entstehen und die aktuellen Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise und führte vor diesem Hintergrund den Nachweis, dass die Regelwerke der Freien Berufe in ihrer Verpflichtung sowohl auf das Gemeinwohl, als auch auf die Interessen der Klienten, Mandanten, Kunden und Patienten sich seit Jahrzehnten bewährt haben. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass es auch in dem Finanzsektor, der gesamtgesellschaftliche Bezüge hat, Regelungen geben muss, die größeren Schaden von der Gesellschaft möglichst fern halten sollen.

Kompakt und nachvollziehbar stellte Jörg Hähnlein dar, wie sich die vorhandenen Regelwerke in den einzelnen Bereichen der Freien Berufe auswirken und betonte eindringlich die Notwen-



Vorsitzender Dr. Peter Schletter (links) und sein Stellvertreter RA Jörg Hähnlein (rechts), begrüßten u. a. RA Deutscher neben weiteren Vertretern der Freien Berufe und Landtagsabgeordneten aller Fraktionen im Schweriner Schloss.

digkeit und Bereitschaft des LFB, bei gesetzgeberischen und anderen Projekten von der Politik einbezogen zu werden.

Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer und Präsident der Zahnärztekammer M-V, Dr. Dietmar Oesterreich, betonte die Wichtigkeit des Engagements der Freiberufler in den gesellschaftlichen Prozessen auch und gerade aus der Sicht Europas, von wo aus es ja in der Vergangenheit Angriffe auf die Freiberuflichkeit gab. Es ist hier dem gemeinsamen Auftreten u. a. von BFB und BZÄK zu danken, dass, auch induziert durch die Rechtsprechung des EuGH, ein Umdenkungsprozess begonnen hat. Kritisch bewertete Oesterreich den Referentenentwurf der GOZ (auch als „Vorlage“ für die GOÄ gedacht),

wo staatliche Verwaltung wider besseren Wissens und gegen den vielfältigen Rat von anerkannten Experten versucht, politische Entscheidungen der Selbstverwaltung zu präjudizieren.

Der Vizepräsident der Bundesarchitektenkammer und Präsident der Architektenkammer M-V, Joachim Brennecke, verwies auf die hohe Bedeutung nicht nur monetärer, sondern auch kultureller Faktoren, die wesentlich durch Angehörige der Freien Berufe mitgeprägt werden und für eine Gesellschaft von essentieller Bedeutung sind. Er unterstrich am Beispiel der beiden Koferenten, dass die Vertreter von M-V sich auch aktiv und erfolgreich auf der Bundesebene einbringen.

In der anschließenden Diskussion mit den Abgeordneten, u. a. auch mit dem FDP-Fraktionsvorsitzenden, Michael Roolf, mit dem stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden, Rudolf Borchert, mit Minister Volker Schlotmann und vielen anderen wurden die vielfältigen gesellschaftlichen und politischen Initiativen der Freiberufler in M-V beleuchtet und die Anregungen der Politikerinnen und Politiker aufgenommen.

Der LFB-Vorstand registrierte erfreut ein gestiegenes Interesse der Abgeordneten an den Problemen der Freiberuflichkeit und die Bereitschaft, sich den daraus ergebenden Fragestellungen und Problemen zu stellen.



Michael Roolf, Vorsitzender der FDP-Landtagesfraktion, im Gespräch mit Notar Siegfried Karsten.

**Dr. Peter Schletter, Präsident**

# Gutachter und Referenten für Kieferorthopädie

Vertreter der Nord-KZVs trafen sich am 28. November 2008 in Schwerin

Zur alljährlichen Tagung der KFO-Gutachter der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Norddeutschlands lud die KZV Mecklenburg-Vorpommern, vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes Wolfgang Abeln und seinen Stellvertreter Dr. Manfred Krohn, und unter Leitung unseres Referenten für Kieferorthopädie Dr. Jens-Uwe Kühnert am 28. November 2008 die KFO-Referenten und Gutachter der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Berlin, Land Brandenburg, Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern nach Schwerin ein.

Die Tagung stand unter dem Hauptthema der „KFO-Vertrag zwischen der KZV Bayern und der AOK Bayern“, wozu als Gastredner der Referent für Kieferorthopädie der KZV Bayern, Dr.



*Dr. Jens-Uwe Kühnert, Referent für Kieferorthopädie der KZV, leitete die Tagung.*

abweichend von der Systematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach bestimmten Einstufungskriterien mit festgelegten Fallpauschalen erfolgt.



*KZV-Vorstandsvorsitzender, Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln, im Gespräch mit Dr. Lutz Knüpfner und Dr. Anton Schweiger, Gastredner der KZV Bayern. (v.l.n.r.)*

Anton Schweiger, gewonnen werden konnte. Einleitend wies Abeln auf die Brisanz dieser Thematik hin, aus der sich unter anderem die Fragen ergeben, ob es sich bei diesem KFO-Vertrag um einen Ausgrenzungsvertrag handelt und worin die Vorteile für Patienten und Behandler bestünden. Daraufhin erläuterte Dr. Schweiger mit interessanten und kurzweiligen Ausführungen den Inhalt des Vertrages, den er persönlich mit viel Engagement für den Bereich Bayern mit auf den Weg gebracht hat und bei dem es sich wörtlich um die „Vereinbarung zur Förderung der Qualität in der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 73 c Abs. 1 SGB V“ handelt. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist für im KZV-Bereich Bayern zugelassene oder ermächtigte Kieferorthopäden und/oder kieferorthopädisch tätige Zahnärzte freiwillig, wobei die Vergütung

Dr. Schweiger hob hervor, dass die Behandlungen im Rahmen dieses Vertrages auf der Grundlage der Regelungen für die vertragszahnärztliche Versorgung erfolgen. Als Mehrwert seien bestimmte hochwertigere Behandlungsmethoden mit einbezogen.

Aus gutachterlicher Sicht ist von Interesse, dass bei diesem Vertrag das bewährte vertragszahnärztliche Gutachterwesen mit nur geringen Modifikationen als Qualitätsmerkmal entsprechend zur Anwendung

kommt. So werden Erfassungsbögen verwandt, die ähnlich der bei uns seit Jahren geltenden Formulare des voraussetzungsorientierten Qualitätsmanagements aufgebaut sind.

Am Ende dieses Vortrages nahmen die Tagungsteilnehmer sicher verschiedene Anregungen zu den mit dem VÄndG und GKV-WSG möglichen Vertragsgestaltungen in ihren KZV-Bereich mit.

Fest steht, dass die Antworten auf die eingangs von Abeln aufgeworfenen Fragen letztendlich von der jeweiligen Sichtweise und damit Interessenlage abhängen, sodass als Resümee die Aussage von Dr. Schweiger bleibt, es ist ein Vertrag zugeschnitten auf den KZV-Bereich Bayern und „ein Vertrag ist eben immer ein Geben und ein Nehmen“.

Dr. Kühnert stellte im zweiten Teil der Tagung die im Vorfeld von den verschiedenen KZVs eingereichten Fragen dar. In einer fachlich angeregten und konstruktiven Diskussion konnten für die tägliche Praxis der KFO-Gutachter viele Antworten erarbeitet werden.

Einige wenige Problemfälle blieben offen, da sich insbesondere die KZBV (wie z. B. bei den LKG-Fällen) dazu bisher nicht eindeutig positioniert hat. Man darf aber sicher sein, dass aus dem Kreis der engagierten Tagungsteilnehmer diese Fragen einer Klärung zugeführt werden.

Vielleicht erfolgt dies bereits im Rahmen der nächsten KFO-Referententagung der KZBV, aber spätestens auf der nächsten Tagung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Norddeutschlands in diesem Jahr, zu der dann die KZV Hamburg einlädt.

Ass. Katja Millies



*Der Saal war gut gefüllt, die Aufmerksamkeit groß.*

# Was ist neu 2009 im Gesundheitswesen?

## Versicherungsschutz

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bereits seit dem 1. April 2007 die Versicherungspflicht für alle, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Ab Januar 2009 werden nun entsprechend auch alle Personen versicherungspflichtig, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind.

## Private Krankenversicherung

Zum 1. Januar 2009 wurde der neue Basistarif eingeführt, den alle privaten Krankenversicherungsunternehmen anbieten müssen. Er löst den bisherigen modifizierten Standardtarif ab. Versicherte dürfen in diesem Tarif nicht abgewiesen werden. Die Leistungen im Basistarif müssen in Umfang, Art und Höhe mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Die Versicherungsprämie darf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten.

Diejenigen, die bereits privat krankenversichert sind, können vom 1. Januar bis zum 30. Juni in den Basistarif einer anderen Versicherung ihrer Wahl wechseln. Wer 55 Jahre und älter ist oder eine Rente beziehungsweise eine Beamtenpension bezieht, kann darüber hinaus jederzeit in den Basistarif innerhalb seines Versicherungsunternehmens wechseln. Gleiches gilt für Versicherte, die nachweislich die Versicherungsprämie nicht mehr aufbringen können.

Privatversicherte zahlen mit ihren Prämien zusätzlich so genannte Alterungsrückstellungen, mit denen der Beitragsverlauf im Lebenszyklus geglättet wird, das heißt Rücklagen für den höheren medizinischen Versorgungsbedarf im Alter gebildet werden. Bei einem Versicherungswechsel konnten Alterungsrückstellungen bisher nicht mitgenommen werden. Das ändert sich nun: Privatversicherte, die innerhalb ihrer Versicherung in den Basistarif wechseln, nehmen die Alterungsrückstellungen in vollem Umfang mit.

## Gesundheitsfonds

Am 1. Januar startete der Gesundheitsfonds, mit dem die Finanzierungsströme in der gesetzlichen Krankenversicherung umorganisiert

werden. Wie in einem großen Topf werden im Gesundheitsfonds die Beitragszahlungen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Rentnerinnen und Rentner sowie der Selbstständigen und aller sonstigen Beitragszahler eingesammelt. Zusammen mit dem Bundeszuschuss (soll ab 2009 jährlich um 1,5 Mrd. Euro ansteigen) werden diese – durch den neuen Risikoausgleich ausgerichtet am Versorgungsbedarf der Versicherten – vom Fonds an die Krankenkassen verteilt.

Mit dem Gesundheitsfonds wurde ein einheitlicher Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent. Arbeitnehmer und Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger und Rentner tragen diesen jeweils zur Hälfte. Der ermäßigte Beitragssatz, gültig für Personen ohne Krankengeldanspruch, liegt bei 14,0 Prozent. Zusätzlich zum paritätisch finanzierten Beitragssatz zahlen die Mitglieder der Krankenkassen einen Beitrag von 0,9 Prozent. Der Koalitionsausschuss hat mit seinem zweiten Konjunkturpaket Anfang Januar zur Sicherung der Arbeitsplätze, Stärkung der Wachstumskräfte und Modernisierung des Landes beschlossen, den Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Juli 2009 für das Jahr 2009 um 3 Mrd. € und für das Jahr 2010 um 6 Mrd. € zu erhöhen und die paritätisch finanzierten Beitragssätze dementsprechend um 0,6 Prozentpunkte zu senken.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich regelt, wie viel Geld die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Leistungsausgaben ihrer Versicherten erhalten. Für Versicherte mit schwerwiegenden und chronischen Krankheiten mit hohem Versorgungsbedarf gibt es mehr als zum Beispiel für gesunde Versicherte.

## Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Bisher hatten Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse einen Ermessensanspruch auf so genannte sozialmedizinische Nachsorge, der nun in einen Rechtsanspruch umgewandelt wird. Die Altershöchstgrenze wird von 12 auf 14 Jahre angehoben, sodass noch mehr Kinder versorgt werden.

Den Krankenkassen wird eine Frist bis zum 30. Juni gesetzt, Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung zu schließen. Diese Verträge müssen vorrangig mit Gemeinschaften geschlossen werden, die die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten.

Die Vorschriften zur Hilfsmittelversorgung sind weiterentwickelt worden. Die Übergangsfrist für die nach altem Recht zugelassenen Anbieter von Hilfsmitteln wird verlängert. Diese Anbieter dürfen bis Ende 2009 die Versorgung der Versicherten übernehmen. Es sei denn, die Krankenkasse hat eine Ausschreibung durchgeführt und damit bereits bestimmte Anbieter gewählt.

Ab 1. Januar wird im Kinderuntersuchungsprogramm eine Früherkennungsuntersuchung auf Hörstörungen bei Neugeborenen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Ziel ist es, angeborene Hörstörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um z. B. Verzögerungen bei der Sprachentwicklung entgegenzuwirken.

Für alle freiwillig versicherten Selbstständigen gilt ab 2009 der einheitliche ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent, dazu kommt wie bisher ein weiterer Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten. Der Versicherungsschutz umfasst zunächst keinen Krankengeldanspruch. Wer bisher schon ohne Krankengeldanspruch versichert ist und diesen auch weiterhin nicht wünscht, für den ändert sich nichts.

## Arzneimittel-Rabattverträge

Seit Januar 2009 gilt für Einzelverträge der gesetzlichen Krankenkassen das materielle Vergaberecht. Je nach Ausgestaltung sind die Krankenkassen verpflichtet, die Verträge europaweit auszuschreiben.

Die vergaberechtliche Nachprüfung erfolgt vor den Vergabekammern, die gerichtliche Überprüfung vor den Landessozialgerichten. Durch diese Regelungen werden Unklarheiten beseitigt, die den Abschluss von Verträgen (z. B. Arzneimittel-Rabattverträge) bisher behindert haben, die eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten verbessern.

KZV



# Kompetenz im Wandel entfalten

Auszüge aus der Rede von Dr. Wolfgang Gerhardt auf dem Deutschen Zahnärztetag

Deutschland ist ein Land mit großen Potentialen. Wissen ist unsere unerschöpfliche Ressource. Freiheit, Demokratie, soziale Marktwirtschaft sind die Grundlagen unseres gesellschaftlichen Wohlstandes. Internationale Orientierung mit einem vereinigten Europa und Verantwortungsbewusstsein im Atlantischen Bündnis sind die zentralen Elemente unserer Staatsräson.

Wir können uns darauf aber nicht ausruhen. Wir befinden uns nach dem Ende der alten bipolaren Welt in einem großen Umbruch. Das Denken in alten nationalstaatlichen Kategorien, das Denken in hergebrachten sozialstaatlichen Konstellationen, das Denken in vertrauten persönlichen erwerbsbiographischen Erwartungsmustern und das Denken in alten Gewohnheiten ist von Grund auf in Frage gestellt. Zugleich gibt es aber auch enorme neue Chancen und Möglichkeiten der individuellen ökonomischen, persönlichen und politischen Gestaltungsfreiheit. Diejenigen Gesellschaften werden am Ende erfolgreich sein, die mit den Beschleunigungsverhältnissen unserer Zeit am besten zu Recht kommen, die Kompetenz im Wandel entfalten und die zu neuen Antworten auf innere und äußere Herausforderungen fähig sind ...

## Inventur in Deutschland

Eine Inventur in Deutschland zeigt, dass der alte Daseinsvorsorgestaat in Handlungsunfähigkeit erstarrt ist, dass die ungebremste und einstmals sehr populäre Überführung von individueller wie kollektiver Vorsorge in das steuer- und beitragsfinanzierte Kollektiv mit dem Gesundheitsfonds weiter im vollen Gange ist. Dass Wohlfahrtsversprechen weiter unverdrossen gegeben werden. Dass Gerechtigkeitsrhetoriker unterwegs sind, die eine gewaltige Simplifizierung der Probleme unseres Sozialstaates betreiben. ...

Was uns fehlt, ist die Vision eines Gemeinwesens, das von selbstbewussten Bürgern getragen wird, die sich nicht zuvorderst als Staatskunden empfinden, sondern auch von sich selbst etwas verlangen. Der Begriff des Bürgers darf sich nicht in der individuellen Erwerbsbiographie, dem Besitz eines Personalausweises, der Pflege des Vorgartens und dem Besuch

im Fitnessstudio erschöpfen. Wenn Sicherheit und Gleichheit erstrebenswerter sind, als Freiheit und Eigenverantwortung, dann ist das eine Abdankung von Politik und Gesellschaft und eine Katastrophe für Deutschland. ...

## Lernen ist das Ethos der Solidarität

Die Zukunft wird von denen gewonnen, die sich heute darauf vorbereiten. Politische und wirtschaftliche Stabilität wird dauerhaft nur dort zu finden sein, wo es gelingt, eine Wissensgesellschaft aufzubauen. Bildung ist unser Pass für die Zukunft. Sie ist



*Dr. Wolfgang Gerhardt, Vorstandsvorsitzender der Friedrich-Naumann-Stiftung*

unser entscheidendes Kapital. Lernen ist das Ethos der Solidarität und nicht die Bürgerversicherung.

Erfolgreiche Länder verdanken ihre Wertschöpfung kenntnis- und leistungsbereiten Menschen und klugen Ordnungsrahmen, in denen diese ihre Aktivitäten entwickeln und Verantwortung für ihre eigene Biografie übernehmen können. Originalität, Risikobereitschaft, Neugier und Phantasie, Einfallsreichtum und auch Mut zu Unbefangenheit, Kreativität und soziale Kompetenz, Konfliktfähigkeit und Teamfähigkeit, wertorientiertes und zugleich problemlösendes Denken, all das entwickelt sich nicht auto-

matisch. Es wächst aus einem Willen zum Lernen und aus einer Kultur des Lernens. Diese Tugenden werden sehr entscheidend grundgelegt, bevor ein Kind überhaupt der Schule begegnet. Es geht deshalb nicht nur um gute Schulen, auch nicht um die organisatorischen Debatten über Schulsysteme, die lediglich Innovationsgeräusche erzeugen. Es geht um Lehrer und Elternhäuser, die ihren Kindern ein Ethos der Wissbegierde und die Lust am Lernen vermitteln. Es geht um die Art und Weise, wie Wissen weitergegeben wird, aber auch um Haltungen und Werte, die in Familien vorgelebt werden. Große Pädagogen wussten immer schon, dass Bildung neben der Beschäftigung mit Lerninhalten und der Begegnung mit großen Lehrerpersönlichkeiten vor allem auch etwas mit Erziehung zu tun hat. ...

Es ist keine Frage, ob eine Gesellschaft Eliten braucht. Sie hat sie und sie wird sie immer haben. Auch Neidvermeidungsgesellschaften, die das im Sozialismus immer bestritten, hatten sie. Entscheidend ist, das Elitepositionen unabhängig von Rasse, Herkunft, Geschlecht und Religion besetzt werden. Das Kriterium, nach dem Menschen in verantwortliche Positionen gelangen, muss das der Befähigung und Leistung sein. Dabei bedeuten Erziehung zur Leistungsbereitschaft und die Entwicklung einer Lernkultur nicht die Entwicklung einer Ellbogengesellschaft. Leistung ist auch keine Körperverletzung, sie muss stets zugleich auch Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft sein oder ganz altmodisch gesprochen: jene Tugenden beinhalten, die die Qualität einer freiheitlichen Gesellschaft ausmachen. ...

## Freiheit und Gerechtigkeit

Das Einfallstor für Gegner freiheitlicher Gesellschaften ist die hierzu-land geführte Gerechtigkeitsdiskussion. Sie ist eine verwundbare Stelle freiheitlicher Gesellschaften. Soziale Sicherheit und das Gefühl, gerecht behandelt zu werden, sind gewaltige Triebfedern des Empfindens der Menschen für Fairness. Der gegenwärtige Sozialstaat wird diesen Gefühlen nicht mehr gerecht. Seine Umverteilungsapparate bringen unzureichende Verteilungseffekte hervor, die Reform der kollektiven Solidargemein-

schaften zur kollektiven Vernunft statt zu Selbstzerstörungsmechanismen ist überfällig. Er ist wirklich kein Ort moralischer Exzellenz ...

Der Staat muss seinen Bürgern Wahlmöglichkeiten geben. Er muss Systeme wettbewerblich organisieren. Er soll sich in Vorsorgeaktivitäten nicht für klüger halten, als die Bürger selbst. Wenn er es versucht, überfordert er sich und ist am Ende zur Inkompetenz verurteilt. Nichts ist gefährlicher, als die Überforderung des Staates. Der Staat kann nicht alles, er tut nur so. ...

Es gibt allerdings auch nichts zu beschönigen, wenn wie jetzt Krisen auftreten. „Die Verstaatlichung der Risiken ist eine Bankrotterklärung für die Marktwirtschaft.“ Sie zerstört die wichtigste Grundregel, dass Verantwortung und Haftung untrennbar verbunden sind. „Alte Vorurteile gegen den Markt und für den Staat finden sich im marktwirtschaftlichen Kollaps und in der staatlichen Rettung.“ (Straubhaar) Dennoch bleibt es richtig, was jetzt getan werden muss, denn: „das Marktversagen von heute ist die Folge des Staatsversagens von gestern.“

„Es war der Staat, der jählicher Weise den Massen suggerierte, der Traum vom billigen Eigenheim ohne Eigenkapital sei für alle realistisch (Straubhaar). Es war die Politik, die die Banken drängte, zweifelhafte Kredite einzuräumen. Es war die mangelnde Statur von Managern und Aufsichtsbehörden, dem entgegenzutreten, statt selbst mitzuspielen. Jetzt kehrt der Staat zurück. In der Krise liegt aber auch eine Chance, wenn sie einen Lernprozess bei den Verantwortlichen auslöst. Staatsinterventionen sollten aber nicht die Regel werden, es kommt auf die richtige Dosis an, der Krankheitsherd muss getroffen werden, Nebenwirkungen und das „Suchtpotential“ sollten klein gehalten werden. Irgendwann muss wieder ein geordneter Rückzug stattfinden und der Markt muss daraus lernen. ...“

### Freiheit und Macht

In Europa haben wir gelernt, den Frieden über Mechanismen der Versöhnung, über institutionelle Integration und eine klare Rechtskultur zu sichern. Europa ist noch nicht da, wo es sein soll. Wenn es die Europäische Union aber nicht gäbe, müssten wir sie geradezu erfinden. Sie bedeutet keinesfalls eine Flucht aus der nationalen Eigenverantwortung in die europäische Integration. Sie ist eine schlichte Selbstbe-

hauptung im weltweiten Wettbewerb und nicht nur materiell, sondern vor allem auch ideell. Es ist ein Vorhaben, das auf dem Weg ist, das im Übrigen bislang von den nationalen Eliten im Hinblick auf das notwendige Zustandekommen eines europäischen Identitätsgefühls sträflich vernachlässigt worden ist. ...

Wir müssen uns um eine internationale Politik bemühen, die für die Gesellschaften Orientierung ausstrahlt und Deutschland muss dazu auch eine verantwortungsvolle Führungsaufgabe übernehmen. Führung hat in diesem Sinne nichts mit Befehlgebaren oder Überheblichkeit oder Kommandoton zu tun. Die Arbeit einer gestaltenden Führung muss sich an den Menschenrechten, an rechtsstaatlichen Maßstäben, an Spielregeln und an zivilisatorischen Standards orientieren, wenn sie der mancherorts grassierenden Rat- und Orientierungslosigkeit etwas entgegensetzen will.

Sie bedeutet nicht, dass man sich größer macht, als man ist, aber eben auch nicht kleiner. Auch wenn dieser außenpolitische Ansatz von manchem Kritiker als typische europäische und naive Anhänglichkeit an Institutionen und Regeln gesehen wird, so eröffnet nur dieser Weg Aussichten auf ein halbwegs erträgliches Zusammenleben von Menschen. ...

### Freiheit und Sicherheit

Der Staat darf auch nicht alles. Gläserne Kunden, gläserne Patienten, gläserne Steuerzahler, das ist nicht die richtige Vorstellung des Verhältnisses zwischen Bürger und Staat. Die innere Sicherheit kann nur durch den Rechtsstaat verteidigt werden, nur mit seinen Prinzipien und nicht gegen ihn. Der private Lebensentwurf, die eigenen vier Wände, die Reisen, die Freundschaften und Beziehungen, das Bankkonto, die freie wirtschaftliche Betätigung der Bürgerinnen und Bürger kann nicht einer lückenlosen Überwachung durch den Staat unterliegen. Das Vertrauen in den Rechtsstaat ist ein wichtiges Standbein der Sicherheit und nicht die imperialen staatlichen Ausflüge in die Freiheit des Menschen.

Nicht der Staat gewährt den Bürgern gnädigerweise Freiheit, sondern die Bürger gewähren dem Staat Einschränkungen ihrer Freiheit zur Wahrung der Rechte aller. Freiheit kann nur durch einen Rechtsstaat gesichert werden, nicht gegen ihn. ....

## Kranker Gesundheitsspot

Um es vorwegzunehmen: Der Eklat konnte mit einer Entschuldigung glatt gebügelt werden. Ein fader Beigeschmack bleibt trotzdem.

Das Bundesgesundheitsministerium, stark gebeutelte Behörde in Zeiten von Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen, hatte neue Kommunikationswege beschritten und zum Ende des letzten Jahres einen Kinospot produzieren lassen, der den Menschen vor Augen führen soll „was was kostet“ im deutschen Gesundheitswesen. Er handelt von Trommelfellverletzungen (2018 Euro) und Zwillingsgeburten (4460 Euro) und ist laut FDP-Gesundheitspolitiker „rausgeworfenes Geld“. Dies befand auch die Bild-Zeitung und betitelte den 400 000 Euro teuren Film als „kranken Gesundheitsspot“. Parteigeplänkel und Bild-Zeitungs-Jargon also. Nichts Besonderes. Was dann kam, war jedoch neu und ein Lehrstück für gewollte Hofberichterstattung von Seiten des Bundesgesundheitsministerium. Deren Sprecher, Klaus Vater, reagierte prompt. Per Telefon und Mail machte er seinem Ärger Luft, denn er sei sehr stolz insbesondere auf diesen Spot. Deshalb beschneidete er das Anzeigenbudget der Zeitung um satte 61 000 Euro und stornierte eine geplante Anzeige des Ministeriums umgehend.

Die Moral von der Geschichte: Pressemeinung wird, wenn sie nicht genehm, schon mal mit finanziellen Einbußen bestraft. Im umgedrehten Fall hieße es dann: wir geben viel Geld für Werbung aus, dafür hätten wir gern eine entsprechende Schlagzeile.

Die Wogen schlugen hoch. Kritik gab es sogar vom Vorsitzenden des Deutschen Journalisten-Verbandes, Michael Konken: „Das Gesundheitsministerium will kritische Berichterstattung mit Anzeigenentzug bestrafen. Das ist unglaublich und verstößt gegen alle Regeln des freien und kritischen Journalismus“.

Mittlerweile stand Klaus Vater auf Seite 1 der Bild-Zeitung und erst nachdem ein für ihn persönliches politisches Nachspiel drohte, rückte er mit einer Entschuldigung raus und gab die Anzeige wieder frei.

Kerstin Abeln

# Neues Honorarsystem für Zahnärzte später

## Ministerium schiebt Lösung der Ost-West-Angleichung auf die lange Bank

Sehr geehrter Herr Abeln,

vielen Dank für Ihre Schreiben vom 20. August sowie 11. und 16. September 2008, mit denen Sie die Ost-West-Angleichung der Vergütung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ansprechen. Das Anliegen einer Angleichung der Punktwerte für die zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) in den neuen Ländern an die Punktwerte in den alten Ländern ist auch von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) mit Schreiben vom 1. September 2008 an das Bundesministerium für Gesundheit herangetragen worden.

Wie bereits in unserem Gespräch am 11. Februar 2008 erläutert, kann ich eine entsprechende Gesetzesänderung jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nach wie vor nicht in Aussicht stellen. Das Niveau der GKV-Ausgaben für die gesamte zahnärztliche Behandlung (einschl. Zahnersatz) liegt je Versicherten über dem West-Niveau. Zudem verfügen die neuen Länder über eine Zahnärztdichte, die im Durchschnitt weit über dem hohen Niveau der alten Länder liegt.

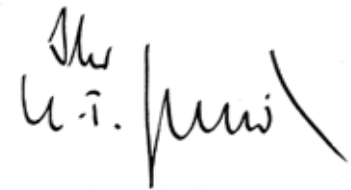
Die neuen gesetzlichen Vorschriften im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sind im Übrigen vor dem Hintergrund der dort aufgetretenen Fragestellungen u. a. zur demografischen Entwicklung und Entwicklung der Morbidität zu sehen. Diese hatten den Gesetzgeber veranlasst, entsprechende Problemlösungen in das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aufzunehmen. Die gesetzlichen Regelungen umfassen eine Reihe von komplexen und grundsätzlichen Änderungen, die in mehreren Schritten umzusetzen sind. Die Angleichung der Vergütungen zwischen den Regionen ist dabei nur ein Teilaspekt.

Im Hinblick auf das zukünftige Vergütungssystem in der vertragszahnärztlichen Versorgung wird zu diskutieren sein, ob und ggf. in welchem Umfang die neuen gesetzlichen Regelungen der vertragsärztlichen Vergütung zu übertragen oder neue, eigene Strukturen zu schaffen sind. In diese Diskussion werden auch die anlässlich des Deutschen Zahnärztes Tages 2008 von der Zahnärzteschaft erhobenen Forderungen zur Weiter-

entwicklung der vertragszahnärztlichen Vergütung einzubeziehen sein. Die vorgezogene Umsetzung eines Teilaspektes halte ich allerdings nicht für sinnvoll. Notwendig erscheint mir eine Lösung innerhalb eines Gesamtkonzeptes zur Neuordnung des vertragszahnärztlichen Honorarsystems. Hierfür sollten wir uns auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung die erforderliche Zeit für weitere Schritte nehmen.

Vor diesem Hintergrund ist das Bundesministerium für Gesundheit zu weiteren Gesprächen mit der KZBV gerne bereit. Diese Gespräche sollten zunächst auf Fachebene geführt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Klaus-Theo Schröder  
Staatssekretär im BMGS

# Narkose-Sparkurs geht auf Kosten kranker Kinder

## Kinderzahnärzte schlagen Alarm

Die qualitativ gute Versorgung von Kleinkindern mit schweren kariösen Gebisszerstörungen und erblichen Zahnkrankheiten, aber auch von extrem ängstlichen und behinderten Kindern ist ab 2009 gefährdet. Der Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ), die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DKG) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) warnen davor, dass mit der beschlossenen Honorarabsenkung die notwendige Vollnarkose zur Zahnbehandlung von Kindern bis zu zwölf Jahren ab Jahresbeginn nicht mehr ausreichend finanziert wird. Damit droht eine eklatante Versorgungslücke. Bis zu 15 Prozent der deutschen Kleinkinder leiden an schweren Zahnproblemen, die oftmals ohne ambulante Narkosen nicht behoben werden können.

Betroffen sind ca. 70 000 Kinder pro Geburtsjahrgang. Die Behandlung erkrankter Kinder muss auch 2009 sichergestellt werden, appellierten die Verbände im Dezember 2008 an die Verantwortlichen im Gesundheitssystem.

### Budgetierung aufheben

Um dieser Misere entgegen zu steuern, fordern die Kinderzahnärzte, die Budgetierung für die Zahnbehandlung von Kindern aufzuheben. Die Vergütung der Narkoseleistungen bei zahnärztlichen Eingriffen muss angemessen sein.

Ein Ausweg könnten Sondervereinbarungen zwischen den Narkoseärzten und den Krankenkassen sein oder die gleiche Bezahlung wie bei Narkosen zu anderen ambulanten

Eingriffen/Operationen. „Die geplante künftige Vergütung einer Narkose bei der zahnärztlichen Behandlung von Kindern deckt nicht einmal die Materialkosten und die Kosten für eine Anästhesieschwester“, beklagte BuKiZ-Präsidentin Dr. Johanna Kant.

Durch das ab Januar geltende Regelleistungsvolumen (RLV) für Anästhesisten sollen bei zahnärztlichen Narkosen künftig lediglich 29 bis 49 Euro gezahlt werden. „Das entspricht einem Fünftel der realen Gesamtkosten einer Behandlung“, kritisiert Dr. Kant. Sie befürchtet, dass mit diesen Rahmenbedingungen keine qualitativen Versorgungsleistungen möglich sind. „Auf keinen Fall darf es zu einer Ausgrenzung der Kleinkinder von einer medizinisch notwendigen und

ethisch vertretbaren Behandlung kommen“, warnt Dr. Kant. Die Versorgungslücke bei Kinderkaries verstoße gegen die UN-Kinderrechtskonvention. In Artikel 24 heißt es: „Kinder haben ein Grundrecht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“

### Kinder sind die Leidtragenden

Die Oldenburger Kinderzahnärztin zeigt die drastischen Folgen auf: „Wenn die Narkose nicht mehr möglich ist und die erkrankten Zähne deshalb nicht behandelt werden können, sind Kinder und behinderte Patienten die Leidtragenden. Sie können weiterhin nicht richtig kauen und erleiden psychosoziale Einschränkungen.“

Bei Nicht-Behandlung drohen enorme allgemein- und zahnmedizinische Schäden mit immensen Folgekosten.

### Hintergründe

Im Zuge der Gesundheitsreform wurden zum 1. Januar 2009 so genannte fallzahlabhängige Regelleistungsvolumina (RLV) für alle Kassenärzte eingeführt. Sie berechnen sich nach der durchschnittlichen Zahl von Behandlungen einer Facharztgruppe pro Quartal. Die bisher festgelegten Regelleistungsvolumina begrenzen die Vergütung für ambulante Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen so, dass nicht einmal mehr die Betriebskosten der Anästhesisten gedeckt werden.

Grundsätzlich werden Leistungen von Kassenärzten nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) honoriert, der jeder Behandlung einen bestimmten Punktwert zuordnet. In den Vorschriften der Kassenärzte ist festgelegt, dass in medizinisch notwendigen Fällen bei Kindern und behinderten Patienten eine Vollnarkose eine Kassenleistung darstellt.

Durch die Regelleistungsvolumina ab Januar 2009 sinkt das Honorar der Narkoseärzte bei zahnärztlichen Eingriffen quasi auf Null.

Damit wird der Grundsatz unterlaufen, dass medizinisch notwendige Vollnarkosen solidarisch finanziert werden.

nach einer Pressemitteilung  
von DKG, BuKiZ, BDA

## Aus der Stellungnahme der BZÄK:

### Narkoseleistungen angemessen vergüten

Die Vergütung der Narkoseleistungen bei zahnärztlichen Eingriffen bei kleinen Kindern und Menschen mit Behinderungen muss angemessen sein. Sonst sind diese die Leidtragenden, mahnt die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in einer Stellungnahme an das Bundesgesundheitsministerium.

Der zum 1. Januar 2009 gefasste Beschluss des Bewertungsausschusses zur Einführung von Regelleistungsvolumina für die Abrechnung von Narkosen bei zahnärztlichen Eingriffen müsse rückgängig gemacht werden, betont die BZÄK.

Die zahnärztliche Behandlung dieses Patientenkontingents sei in der GKV besser zu honorieren, und zwar außerhalb von Budget und Degression.

Zudem heißt es in der Stellungnahme: „Die Budgetierung für die Zahnbehandlung von Kindern und von Menschen mit Behinderungen ist aufzuheben.“

Ein Ausweg könnten Sondervereinbarungen zwischen den ambulant tätigen Anästhesisten und den Krankenkassen sein oder die gleiche Vergütung wie bei Narkosen zu anderen ambulanten Eingriffen und Operationen.

Die radikal abgesenkte Vergütung einer Narkose bei der zahnärztlichen Behandlung von unter 12-Jährigen und Menschen mit Behinderungen deckt laut BZÄK weder die Materialkosten noch die Kosten für eine Anästheseschwester: Durch die neuen Regelleistungsvolumina sinke das Honorar der Narkoseärzte gegen Null.

Werde eine Narkose unter diesen Umständen nicht erbracht und könnten die erkrankten Zähne deshalb nicht behandelt werden, seien kleine Kinder und behinderte Patienten die Leidtragenden, betont die BZÄK weiter.

Die BZÄK teilt ihre Kritik mit dem Bundesverband der Kinderzahnärzte, der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten.

Wortlaut der gesamten Stellungnahme unter [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de)

## BZÄK auf der IDS Köln 2009



Termin: 24. März 2009 (Fachhändlerstag)  
bis 28. März 2009  
von 9.00 bis 18.00 Uhr

Standort: Halle 11.2, Gang O/P, Stand 50/59

Am Stand der Bundeszahnärztekammer sind neben den beiden Partnern des Deutschen Zahnärtetages: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) auch das Institut Deutscher Zahnärzte/Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (IDZ/zzq), die Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) sowie die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) vertreten.

## Gemeinsame Erklärung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Forderung nach einer Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Vorlage eines Referentenentwurfes beantwortet, der allgemeine Prinzipien der Demokratie und des Rechtsstaates ignoriert und vom gesamten Berufsstand als insgesamt völlig unzulänglich abgelehnt wird. Der vorliegende Entwurf genügt weder fachlichen Kriterien, noch auch nur annähernd betriebs-

heitsministerium bereits im Vorfeld der Veröffentlichung des Referentenentwurfes verpflichtet war.

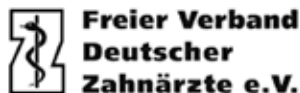
In einer pluralistischen Gesellschaft wird das Gemeinwohl im Verfahren der Gesetz- und Verordnungsgebung in einem Aushandlungsprozess hergestellt. Die berechtigten Forderungen einer ganzen betroffenen Berufsgruppe zu negieren, ist kein Aushandeln, sondern ein unzulässiges Diktat.



wirtschaftlichen Zwängen in der Praxis. Die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie der Freie Verband Deutscher Zahnärzte haben fundiert zu dem Referentenentwurf Stellung genommen.

Das Bundesverfassungsgericht hat die Anforderungen an das Gesetzgebungs- und Ordnungsverfahren definiert. Danach ist der Gesetz- und Verordnungsgeber aus rechtsstaatlichen Gründen zu einer Prognose seiner Maßnahmen verpflichtet. Er ist dabei zur Ausschöpfung aller zugänglichen Erkenntnisquellen und zu einer möglichst zuverlässigen Abschätzung der Auswirkungen der Regelungen verpflichtet. Diesen zwingenden Vorgaben hat sich das Bundesgesundheitsministerium bei dem vorliegenden Referentenentwurf jedoch erkennbar verschlossen. Die nicht näher substantiierten und nicht belegten Behauptungen zur prognostizierten Entwicklung des privat Zahnärztlichen Honorarvolumens belegen dies eindrucksvoll.

Wenn das BMG jetzt zu einem Arbeitstreffen einlädt, bei dem ein Abgleich der unterschiedlichen Ergebnisse zu den finanziellen Auswirkungen einer GOZ-Novelle erfolgen soll, dann ist dies kein Zugeständnis an die Zahnärzteschaft sondern vielmehr nur die verspätete Nachholung dessen, wozu das Bundesgesund-



Aus diesem Grund ist die Diskussion über die wirtschaftlichen Folgen der GOZ zwar wichtig, aber letztlich nur ein kleiner Schritt, der nicht geeignet ist, der umfassenden, insbesondere der fachlichen und ordnungspolitischen Kritik an dem untauglichen Entwurf spürbar zu begegnen. Die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie der Freie Verband Deutscher Zahnärzte weisen daher nochmals darauf hin, dass der Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte so fundamental unzureichend ist, dass auch eine Korrektur des Punktwertes und ggf. eine Abschaffung des Regelungsvorschlages zur sog. Öffnungsklausel zu keinem Entwurf führen wird, der der Verantwortung des Ordnungsgebers gegenüber Zahnärzten und Patienten gerecht wird. Der Referentenentwurf ist daher zwingend zurückzuziehen.

**Dr. Peter Engel**  
Präsident der Bundeszahnärztekammer

**Dr. Jürgen Fedderwitz**  
Vorsitzender des Vorstands der KZBV

**Prof. Dr. Thomas Hoffmann**  
Präsident der DGZMK

**Dr. Karl-Heinz Sundmacher**  
Bundesvorsitzender des FVDZ

## Festzuschüsse

### DPF und Abrechnungshilfe neu aufgelegt

Ab sofort steht ein neues Update zur Digitalen Planungshilfe auf den Internetseiten der KZBV zum Download bereit. Die Datei ist zu finden in der Rubrik Service/Download.

Das Update enthält die ab Januar 2009 geltenden neuen Festzuschussbeträge. Außerdem wurden die Festbetragsanpassungen zum 1. April 2009 programmtechnisch so hinterlegt, dass die Umstellung in der DPF automatisch mit dem Datumswechsel erfolgt und somit kein neues Update zum 1. April 2009 erforderlich ist.

Die Abrechnungshilfe für Festzuschüsse ist ebenfalls aktualisiert worden. Die KZBV wird für 2009 wieder eine Druckausgabe der Abrechnungshilfe produzieren lassen und diese kostenlos zur Verfügung stellen. Da sich die Höhe der Festzuschussbeträge zum 1. April 2009 durch die Anhebung des Punktwertes für zahnärztliche Leistungen für das Jahr 2009 noch einmal verändern wird, wird der Druck erst für die ab April gültigen Festzuschussbeträge erfolgen.

KZBV

## Aus VdAK wird vdek

Zum Beginn des Jahres haben sich die acht Ersatzkassen mit mehr als 24 Mio. Versicherten im „Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)“ zusammengeschlossen. Der vdek ist aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. hervorgegangen. Gleichzeitig präsentiert sich der Verband der Ersatzkassen mit einem neuen Erscheinungsbild. Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek, betont: „Die Ersatzkassen bündeln ihre Kräfte in einem stärker werdenden Kassenwettbewerb. Dies soll auch durch den neuen Namen und durch das neue Erscheinungsbild zum Ausdruck gebracht werden.“

Auch die Internetadressen haben sich verändert. Der vdek ist jetzt im Internet unter [www.vdek.com](http://www.vdek.com) erreichbar.

# Starke Gemeinschaft gegen leere Hände

... oder vom Wunsch einer Zahnärzte-Front statt ständiger Ego-Grüppchen

*In einer Dental-Mailgroup gab es einige allgemeine Nörgeleien Richtung BZÄK-Bundesversammlung/Referentenentwurf. Den zahnärztlichen Funktionären wurde unterstellt, sie hätten sich um die geplanten GOZ-Pos. nicht gekümmert, überhaupt seit 21 Jahren nichts erreicht bei der GOZ, außerdem seien die Zahnärzte an der Basis nicht involviert worden, überhaupt seien die Funktionäre ja immer die Gleichen, usw. Birgit Dohlus, Fachjournalistin Zahnmedizin in Berlin, hat auf die Mailbeiträge geantwortet – wir haben sie um die Erlaubnis gebeten, ihre Antwort hier veröffentlichen zu dürfen.*

**Ihre Redaktion**



Birgit Dohlus

„Auf Ihre Frage zu unseren Diskussionen, ob ich in der Vertreterversammlung sei oder in der Standesführung, möchte ich gerne antworten und mich kurz vorstellen – aber ich warne: Es wird etwas länger.

Zu mir: Ich bin Fachjournalistin Zahnmedizin und seit 21 Jahren die externe Pressestelle für Kammer/n, Verbände, Fachgesellschaften & Co. Dort bin ich in der Regel engstens involviert, auf der Ebene der „Funktionäre“, aber auch mit viel Kontakt zur „Basis“. Ich sah und sehe Funktionsträger kommen (und auch gehen) und erlebe die Diskussionen in den Vorständen und die Mühen, Kollegen zu finden, die mit am Strang ziehen. Und die „Prügel“ der „Basis“, wenn dieses oder jenes gemacht oder nicht gemacht wurde (je nach Interessengruppe wird das gleiche so oder anders gesehen), ich erlebe das Ringen, wie man einen Kollegen schützt und ihn unterstützt, obwohl er anderes verdient hätte ... Ich könnte ohne Luft zu holen stundenlang erzählen, wie „Funktionsträger“ sich für die Kollegen reinschmeißen und von Schleimen bis Argumentieren alle Register ziehen, um zu versuchen, die Sturmflut der Gesetzeskrallen auf den Berufsstand wenigstens hie und da abzuwenden und wenigstens einen Kompromiss zu finden. Und klar klappt nicht immer alles: Es gibt ja kein Drohmittel. Mit was denn??? Ausstieg??? Da haben die Zahnärzte die Prügel rausgeholt und schwingen sie heute noch gegen die, die das damals versucht haben. Und das Gesetz hat gleich auch noch zugeschlagen. Affe tot.

Was für Drohmittel haben die Zahnärzte denn sonst noch? Extraktionen

und Implantationen ohne Injektionen?? Was kann man denn erreichen, wenn man zum Verhandeln mit leeren Händen kommen muss, statt mit einer gleichwertigen Waffe?

Aber es gibt Mengen an Zahnärzten, die emotionsgeladene Korrespondenzen und Medien verfassen, um „die da oben“, die Funktionäre, zu prügeln, weil sie offenbar einfach das Gesicht nicht abkönnen oder lieber selber da wären oder die Art nicht mögen, wie jemand redet, oder dem dieses und jenes nicht gönnen, oder sich einbilden „man müsste doch nur“, ohne die Strukturen wahrzunehmen, ohne die ständigen Mitteilungen der Organisation zu lesen, in denen erklärt wird, wie die Machtverhältnisse real sind und wie mühsam jeder kleine Erfolg ist. Und die darstellen, wie die Gesetzeslage aussieht, damit Zahnärzte sich nicht verfangen. Und wenn sie sich verfangen, sind die Funktionäre schuld. Und der Bote wird geprügelt wie in der Antike. Der Gegner sitzt anderswo, aber weil man an den nicht ran kommt, haut man die eigenen Kollegen, die Funktionen übernommen haben. Aus welchen Gründen auch immer. Ich erlebe da viel Sports- und Kampfgeist als Motivation, und für die meisten, die ich kenne, ist das Engagement wirtschaftlich und familiär ein Fiasko. Und Prügel von der Basis gibts immer inklusive.

Ich frage mich ernsthaft, warum sich das heute noch einer antut. Bei DEM Interesse der „Basis“, das seine Interessenvertreter (man darf sie wählen) am liebsten zerdeppert, statt sie zu unterstützen. Und von der man als Funkti-

onsträger ständig Misstrauen erntet und den Vorwurf, man kümmere sich um nichts.

Und was „die Gegner“ betrifft: Dass ein Funktionärgeschäft mehr erreicht als ein anderer, liegt auch nicht ausschließlich daran, dass die einen Funktionäre eben gut und die anderen blöd sind: In dem einen Bundesland sind die Behörden offener und im anderen schon beim Guten-Tag-Sagen auf Krawall. Was in Land A wunderbar klappt, geht in Land B, obwohl bereits „modifiziert“, den Bach runter.

Und ganz sicher – dazu habe ich in all den Jahren zu viele zu enge Bindungen an die Nicht-Funktionsträger, die so genannte Basis (als sei das eine andere Seite des Berufsstandes), um nicht auch mitzubekommen, dass die Probleme oft auf Feldern liegen, bei denen die Funktionsträger schier machtlos sind. Ein oft erlebter Fall, leider, in dieser Mailgroup wurde das ja auch schon berichtet: Die Praxis ist pleite. Schuld sind das System und die Funktionäre, die einen nicht bewahrt haben. Die Hausbank erinnert dann meist kurz daran, dass die Entnahmen zu hoch waren. Oder für die Entnahmen der Praxisumsatz zu flach. Nicht einmal habe ich das erlebt, sondern öfter.

Und ich erlebe die Bedenken der Funktionsträger, Veränderungen in der Organisation einzuführen, weil die Altvorderen unter den Mitgliedern sofort scharf protestieren und Besitzstand wahren wollen (ist ja ihr Recht!), und wenn Veränderungen nicht eingeführt werden, die Jungmitglieder ihr Interesse verlieren (ist schädlich, aber wo bleibt der Protest?). Da müssten sich in manchen Organisationen sicher auch einige Strukturen ändern – aber wer sollte das anmahnen, wenn nicht die Zahnärzte selbst, und sich hier einbringen, und sei es mit aktiver Wahlbeteiligung?

Und werden PR-Maßnahmen entwickelt, damit Patienten sich mehr in die Praxen begeben, wird über die „unsinnige Investition“ gemeckert, alle wussten schon immer, dass das nichts wird, alles nur verprasste Kollegengelder, Proteste an die Funktionsträger. Sucht man mal jemanden, der bei einer Aktion mitmacht, heißt es meist „keine Zeit“. Macht ihr das mal, ihr da oben.

Der Spalt zwischen Zahnärzten und ihren Kollegen in Funktionen ist – so meine Beobachtung – in den letzten 21 Jahren immer breiter geworden. Hilfreich ist das ganz sicher nicht. Und der Profilierungszwang einiger Zahnärzte, die nicht auf Linie mitkämpfen wollen, sondern selber ein Linienführer sein wollen, ist da auch nicht förderlich. Wer soll denn die Interessen vertreten – und um beim Beispiel Referentenentwurf zu bleiben, die 55 000 Zahnärzte gegen die GOZ-neu? Alle 55 000 einzeln?

In 21 Jahren ist nichts passiert mit der GOZ: Richtig. Alle bisherigen Anläufe, die ich seit 21 Jahren verfolge, sind im Sande verlaufen. Ich habe seit 21 Jahren aber auch keine Einheit im Berufsstand erlebt, wo mal wirklich alle zusammen die Ärmel hochgekrempelt hätten. Da sind Gruppen und Grüppchen zu den Politikern gelaufen auf Bundes- und Landesebene und haben die Interessen ihrer Mitglieder vertreten, die vermutlich zumeist denen der anderen Gruppe, die vorhin aus dem Politiker-Zimmer kam, widersprachen. Und wenn es ums Protestieren ging, sah man eine kleine Gruppe auf der Straße und den Rest im Café. Ich war zu oft dabei, auf dem Gendarmenmarkt mit dem Bündnis Gesundheit, in Köln bei der Großdemo vor der IDS, und bei allen Ärzte- und Zahnärztedemos, die in Berlin unterwegs waren. Die Mehrheit der Zahnärzte schickt ihre Funktionäre an die Front, fühlt sich im Protest vertreten und macht es sich anderswo gemütlich. Und waren auch noch stolz darauf, Motto „das bringt doch alles nicht“. Ja, das bringt alles nicht. Auch, weil keine Waffen da sind. Weil es eine gesetzliche Struktur gibt, die den Zahnärzten schier alle Macht genommen hat, irgendetwas für sich zu entscheiden. Aber ein gemeinsamer Protest wäre auch nicht ganz so leicht zu negieren wie die paar Funktionäre, die eh immer an der Front stehen.

Trotzdem: Es gab in den letzten 21 Jahren und es gibt immer, davon gehe ich aus, den einen oder anderen Acker, auf dem Verhandlungen möglich sind. Forderungen oder Wünsche, die nie umgesetzt werden, wenn sie nur den Zahnärzten nutzen – klar. Aber man darf das nie aufgeben. Solange man „im System ist, ist man im System“ – und kann nur die Chancen nutzen, die im System auch möglich sind: verhandeln, verhandeln, verhandeln. Mit Politikern und anderen, die null Interesse daran haben, etwas pro Zahnärzte zu tun – das ist nämlich nicht sonderlich image- und karriereförderlich. Verhandeln ist

Hauptgeschäft der Funktionäre und mäßig spannend.

Aber belassen wir es mal dabei, aus meiner Sicht. An sich wollte ich nur erzählen, ob ich ein Amt in einer Standesführung bekleide. „In einer“ nicht, aber „um eine herum“ – und gleichzeitig „mit vielen Fäden in die Basis“. Und verstehen Sie das oben nicht als Angriff, sondern als nüchterne Alltagserfahrung. Ich bin selbst „Basis“ in meinem Berufsverband, dem der Journalisten/Fachjournalisten. Die Funktionäre kümmern sich ums Grobe – mit meinem Alltag haben sie nichts zu tun und helfen können sie mir da auch nicht, und ich muss als Selbstständige alles selbst und ständig machen, vielleicht fühle ich mich deshalb auch den Zahnärzten in ihren Praxen so verbunden – es ist ein verdammt harter Job und mächtig vorbei an dem, was man sich mal unter seiner beruflichen Aufgabe vorgestellt hat. In meinem Verband bekleide ich auch keine Funktion, aber ich störe „die da oben“ auch nicht, weil ich weiß, was das für eine unbefriedigende Aufgabe ist. Die Funktionsträger sind ein Puffer zwischen mir und den Flutwellen, die ungebremst über mich als Ungeschützte hereinbrechen würden. Ich fighte schon im Kleinen – gegen „die großen Wellen“ will ich das nicht auch noch müssen.

Freuen Sie sich doch mit oder entfachen Sie den kleinen Hoffnungsschimmer, dass endlich mal ein einstimmiges Votum zustande kam – dass man dies nicht erwarten konnte bei der Thematik, ist schon heftig genug. Es war bestens vorbereitet. Hier müsste es doch mal gelingen, dass „der Berufsstand“ etwas gemeinsam schafft. Was? Keine Ahnung, warten wir es ab. Das wird die schwerere Übung – da muss man dann eventuell bei etwas mitmachen, was man selbst nicht als perfekte Lösung erachtet. Fürs Ganze einsteigen statt für das eigene Detailbild. Eine harte sportliche Übung. Demokratie eben. Oder Musketiere-Habitus. Oder WM: Alle für Deutschland. Ich bin gespannt, wie der Berufsstand reagiert.

Jedenfalls wünsche ich Ihnen allen viel Glück (das braucht man auch) und viel Erfolg dabei, das „große Konzept“ auf der „großen Linie“ mit „großer Mehrheit“ zu stoppen. Ich für meinen Teil bin wie immer mit an der Front. Und sehr dankbar, bei Ihnen in der Mailgroup miterleben zu dürfen, wie sich „Basis“ anfühlt, das befeuert mich und meine Arbeit als Pressestimme vieler organisierter Zahnärzte ganz deutlich.

Liebe Grüße, Birgit Dohlus

## Online-eGK

### Anbindung völlig übereilt

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) haben massive Kritik am Beschluss der Gesellschafterversammlung der gematik geübt, die Online-Anbindung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu forcieren.

„Mit solchen überstürzten Aktionen lässt sich keine vernünftige Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen aufbauen. Man kann nicht den Dachdecker holen, wenn das Fundament für das Haus noch gar nicht steht“, so der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Günther E. Buchholz.

Auch nach Einschätzung von Jürgen Herbert, im Vorstand der BZÄK zuständig für den Bereich Telematik, ist die Ausplanung des Online-Rollout verfrüht und unzureichend: „Die Ergebnisse der Feldtests für die Offline-Phase sind teilweise vernichtend schlecht. Es gibt zahlreiche technische Probleme und offene Fragen. Die müssen geklärt sein, bevor man in die nächste Phase startet, wo sich die Fehler dann weiter kumulieren würden.“

Umso befremdlicher ist es nach Einschätzung der Zahnärztevertreter, dass Teile der Leistungsträger im Gesundheitswesen die Planung für den Online-Rollout mittragen wollen. Entscheidend sei nun, dass die Zahnärzte weiterhin autonom entscheiden könnten, ob, und wenn ja, wann sie ihre Praxen an Online-Funktionen anbinden wollen. Aufgrund der besonderen Gegebenheiten in der Zahnmedizin, die praktisch ohne den Transfer von Gesundheitsdaten und Medikamentenverschreibungen auskommt, habe die Online-Anbindung der eGK hier weder für Patienten noch für Zahnärzte einen nennenswerten Nutzen. Die Kosten seien indes erheblich.

„Freiwilligkeit“, so Dr. Buchholz, „ist deswegen ein entscheidender Faktor für das Gelingen der Einführung von Online-Funktionen der Karte. Wer hier Druck aufbaut, riskiert einen Rohrkrepiierer für das Gesamtprojekt eGK.“

KZBV/BZÄK

# Das Versorgungswerk informiert

## Notwendige Änderungen des Versorgungsstatuts

Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 6. Dezember 2008 Veränderungen des Versorgungsstatuts beschlossen. Diese Änderungen treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in „dens“ in Kraft.

Die beschlossenen Anpassungen und inhaltlichen Veränderungen erfolgen aufgrund der Novellierung des Heilberufsgesetzes (HeilBerG). In dem neuen HeilBerG wird konkreti-

siert, wie das Vermögen des Versorgungswerkes zu verwenden ist und klargestellt, dass es nicht für Verbindlichkeiten der Kammer haftet (Teilrechtsfähigkeit).

Die gesetzlichen Bestimmungen wurden in das Versorgungsstatut übernommen und eingearbeitet. Nachfolgend werden im Einzelnen die Statutänderungen bekannt gege-

ben und abschließend die geänderten Paragraphen 1, 2, 3, 4, 5 und 11 in der neuen Fassung ausgewiesen.

Da in naher Zukunft weitere Statutänderungen aufgrund von neuen gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind, wird das gesamte geänderte Statut unseren Mitgliedern in der geänderten Fassung zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung gestellt.

## Änderungen des Versorgungsstatuts der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 1. Januar 1992

Auf Grund der §§ 5, 23 und 28 des Heilberufsgesetzes des Landes Mecklenburg-Vorpommern (HeilBerG) vom 22. Januar 1993 (Gesetz und Verordnungsblatt Mecklenburg-Vorpommern 61 Nr. 2122-1) in der Fassung des Gesetzes vom 17. März 2008 (GVOBI M-V 2008, S 106), hat die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mit Genehmigung des Sozialministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern Änderungen des Versorgungsstatuts der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beschlossen.

Das Versorgungsstatut vom 1. Januar 1992, (dens 11/1994), geändert am 20.6.1992, geändert am 22. November 1995, (dens 3/1996), geändert am 21. November 1998 (dens 12/1998), geändert am 20.11.2004 (dens 2/2005), wird wie folgt geändert:

### Inhaltsverzeichnis

§ 4, § 5 und § 8a

Aus „Vorstand der Zahnärztekammer“ wird „Versorgungsausschuss“

Aus „Versorgungsausschuss“ wird „Vertretung und Vermögensverpflichtung“

„Überleitung“ wird neu eingefügt.

### § 1 (2)

Absatz 2 wird neu gefasst.

### § 1 (3)

Hier findet sich der bisherige Absatz 2 wieder.

### § 2 Buchstabe b

Der Vorstand der Zahnärztekammer wird gestrichen und durch den Versor-

gungsausschuss ersetzt. Dieser wird noch durch den Zusatz „(geschäftsführender Ausschuss gemäß § 5 Absatz 7 HeilBerG)“ präzisiert.

### § 2 Buchstabe c

Der Geschäftsführer wird neu eingefügt.

### § 3 (1) Buchstabe d

Im § 3 (1) Buchstabe d werden die Worte „Vorstandes der Zahnärztekammer und des“ gestrichen und hinter dem Wort „Versorgungsausschuss“ „und des Geschäftsführers“ eingefügt.

### § 4

Der § 4 wurde durch den § 5 ersetzt.

### § 4 (1)

Im Satz 2 wird der Satz „Zwei von ihnen sollen der Kammerversammlung angehören“ durch den Satz „Dem Versorgungsausschuss soll ein Mitglied des Vorstandes der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern angehören“ ersetzt.

### § 4 (4)

Der Satz 2 wird gestrichen.

### § 4 (5)

Im Satz 2 werden hinter dem Wort „Kammerversammlung“ die Worte „und des Vorstandes der Zahnärztekammer“ gestrichen.

### § 4 (8)

Hinter den Worten „Der Versorgungsausschuss“ werden die Worte „bestellt den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter.“ eingefügt. Die Worte „hat sich eine Geschäftsordnung sowie Verwaltungsrichtlinien zu geben, die der

Einwilligung der Kammerversammlung bedürfen“ werden gestrichen.

### § 4 (9)

Im Satz 1 wird hinter den Worten „gestellt werden“ folgender Halbsatz eingefügt „insbesondere setzt er die Versorgungsleistungen für die Mitglieder und deren Hinterbliebene fest.“ Im Satz 2 wird das Wort „Widerspruchsausschuss“ durch das Wort „Vorstand“ ersetzt. Der Halbsatz „sofern der Vorstand der Zahnärztekammer dem Widerspruch nicht abhilft“ wird gestrichen.

### § 5

Der § 5 wird neu gefasst.

### § 11

Der Absatz 1 wurde neu gefasst. Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden nun zu den Absätzen 2 und 3.

### § 1

#### Rechtsnatur und Aufgaben

(1) Das Versorgungswerk ist eine Einrichtung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

(2) Das Versorgungswerk handelt im Rechtsverkehr unter eigenem Namen und kann als solches klagen und verklagt werden (Teilrechtsfähigkeit).

(3) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, seinen Mitgliedern und deren Hinterbliebenen Versorgungsleistungen nach Maßgabe dieses Statuts zu gewähren.



**§ 2**

**Verwaltungsorgane**

Zuständig für die Durchführung der Aufgaben des Versorgungswerkes sind:

- a) die Kammerversammlung
- b) der Versorgungsausschuss (geschäftsführender Ausschuss gemäß § 5 Absatz 7 HeilBerG),
- c) der Geschäftsführer.

**§ 3**

**Kammerversammlung**

(1) Die Aufgaben der Kammerversammlung für das Versorgungswerk sind:

- a) Änderung des Versorgungsstatuts,
- b) Wahl und Abberufung der Mitglieder des Versorgungsausschusses,
- c) Feststellung des Jahresabschlusses,
- d) Entlastung des Versorgungsausschusses und des Geschäftsführers,
- e) Festsetzung der Bemessungsgrundlage sowie Anpassung der laufenden Versorgungsleistungen und Anwartschaften aus Zuschlägen,
- f) Festsetzung von Grundsätzen für den Abschluss von Überleitungsverträgen mit anderen Versorgungswerken,
- g) Festsetzung der Entschädigungen der Mitglieder des Versorgungsausschusses,
- h) Auflösung des Versorgungswerkes,
- i) Bestellung des Wirtschaftsprüfers für die Prüfung des jeweiligen Jahresabschlusses,
- j) Auswahl des mathematischen Sachverständigen.

Beschlüsse nach Buchstabe e) dürfen nur aufgrund einer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aufgestellten Bilanz getroffen werden.

(2) <sup>1</sup>Ein Beschluss über die Änderung des Versorgungsstatuts bedarf der Zustimmung von zwei Dritteln, ein Beschluss über die Auflösung des Versorgungswerkes bedarf der Zustimmung von drei Vierteln der Mitglieder der Kammerversammlung. <sup>2</sup>Zur Beschlussfassung über die Änderung des Versorgungsstatuts oder über die Auflösung des Versorgungswerkes ist mit einer Frist von mindestens vier Wochen einzuladen.

**§ 4**

**Versorgungsausschuss**

(1) <sup>1</sup>Der Versorgungsausschuss besteht aus fünf Mitgliedern. <sup>2</sup>Dem Versorgungsausschuss soll ein Mitglied des Vorstandes der Zahnärztekammer

Mecklenburg-Vorpommern angehören. <sup>3</sup>Jedes Mitglied wird auf die Dauer von vier Jahren gewählt. <sup>4</sup>Die Wiederwahl ist zulässig.

(2) Die Mitglieder des Versorgungsausschusses wählen den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter aus ihrer Mitte.

(3) Die Mitglieder des Versorgungsausschusses führen nach Ablauf ihrer Amtszeit die Geschäfte bis zur Übernahme durch die neu bestellten Mitglieder weiter.

(4) Die Tätigkeit der Mitglieder des Versorgungsausschusses ist ehrenamtlich.

(5) <sup>1</sup>Der Versorgungsausschuss führt die Geschäfte des Versorgungswerkes, soweit sie nicht anderen Einrichtungen oder durch das Versorgungsstatut anderen Organen übertragen sind. <sup>2</sup>Er führt die Beschlüsse der Kammerversammlung durch. <sup>3</sup>Er verwaltet insbesondere das Vermögen des Versorgungswerkes.

(6) Der Versorgungsausschuss ist verpflichtet, der Kammerversammlung jährlich spätestens bis zum Ablauf des folgenden Geschäftsjahres den Jahresbericht sowie den vom Rechnungsprüfungsausschuss und vom Wirtschaftsprüfer geprüften Jahresabschluss vorzulegen.

(7) Dem Versorgungsausschuss obliegt die allgemeine Aufklärung der Mitglieder des Versorgungswerkes und deren Hinterbliebenen über ihre Rechte und Pflichten.

(8) Der Versorgungsausschuss bestellt den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter.

(9) <sup>1</sup>Der Versorgungsausschuss entscheidet über die Anträge, die nach diesem Statut gestellt werden; insbesondere setzt er die Versorgungsleistungen für die Mitglieder und deren Hinterbliebene fest. <sup>2</sup>Über Widersprüche entscheidet der Vorstand der Zahnärztekammer.

(10) <sup>1</sup>Der Versorgungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens vier Mitglieder anwesend sind. <sup>2</sup>Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Ausschussmitglieder gefasst. <sup>3</sup>Ein Beschluss kommt zustande, wenn mindestens drei Mitglieder zustimmen. <sup>4</sup>Bei Stimmgleichheit gilt der Beschluss als nicht gefasst.

**§ 5**

**Vertretung und Vermögensverpflichtung**

(1) Der Vorsitzende des Versorgungsausschusses, im Verhinderungsfall dessen Stellvertreter, vertritt das Versorgungswerk gerichtlich und außergerichtlich.

(2) Erklärungen, die das Versorgungswerk außerhalb der laufenden Geschäfte vermögensrechtlich verpflichten, müssen von dem Vorsitzenden des Versorgungsausschusses, im Verhinderungsfall von dessen Stellvertreter, und dem Geschäftsführer des Versorgungswerkes oder dessen Stellvertreter schriftlich abgegeben werden.

**§ 11**

**Verwendung der Beiträge und des Vermögens**

(1) <sup>1</sup>Das Vermögen des Versorgungswerkes ist vom Vermögen der Zahnärztekammer unabhängig und getrennt zu verwalten. <sup>2</sup>Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes sind aus dessen Vermögen zu erfüllen. <sup>3</sup>Das Vermögen der Zahnärztekammer haftet nicht für Verbindlichkeiten in versorgungsrechtlichen Angelegenheiten. <sup>4</sup>Für Verbindlichkeiten der Zahnärztekammer haftet nicht das Vermögen des Versorgungswerkes.

(2) Die Beiträge nach diesem Statut sind von den sonstigen Beiträgen zur Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern verwaltungs- und kassenmäßig zu trennen und, soweit sie nicht zur Befriedigung anfallender Versorgungsansprüche und Verwaltungskosten benötigt werden, einer gesonderten Rücklage (Versorgungsrücklage) zuzuführen und unter entsprechender Anwendung der §§ 54, 54a und 54b des Versicherungsaufsichtsgesetzes anzulegen.

(3) Die Versorgungsrücklage darf für andere als in diesem Statut vorgesehene Zwecke nicht verwendet werden.

Die vorstehende Satzungsänderung wird hiermit ausgefertigt und in der „dens“ veröffentlicht.

Ausgefertigt, Schwerin 23. Januar 2009

Dipl.-Stom. Holger Donath  
Vorsitzender des Versorgungswerkes

Dipl.-Stom. Karsten Israel  
Stv. Vorsitzender des Versorgungswerkes

## Mit Behandlung von Zähnen Steuern sparen

Zu Beginn des Jahres 2009 ändern sich eine ganze Reihe gesetzlicher Regelungen, an einem allerdings wird nicht gerüttelt, an den „außergewöhnlichen Belastungen“ bei der Lohn- und Einkommensteuer. Die Liste dieser Aufwendungen, die sich steuermindernd auswirken können, ist lang und vielfältig. Der Eigenanteil bei der Zahnbehandlung gehört auf jeden Fall dazu. Ob dies im Einzelfall zu einer Steuerminderung führt, hängt ab von der Höhe des Einkommens, dem Familienstand und der Zahl der Kinder.

Dazu hält die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ein entsprechendes Informationsblatt mit dem Titel „Zahnbehandlung und Steuern“ vor. Im Internet unter [www.zahnaerztekammer-sh.de](http://www.zahnaerztekammer-sh.de), Stichwort Patientenservice/Zahnhotline.

So liegt beispielsweise die Grenze der Eigenbelastung für einen alleinverdienenden Familienvater mit drei Kindern und einem Monatseinkommen von 1500 Euro bei 180 Euro jährlich. Alle Kosten, die ihm darüber hinaus durch Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten entstehen, also nicht von der Krankenkasse übernommen werden, können laut § 33 des Einkommensteuergesetzes zusammen mit anderen anerkannten Aufwendungen als „außergewöhnliche Belastung“ abgesetzt werden.

„Wir empfehlen“, so Kammervorstandsmitglied Dr. Kai Voss, „unseren Patienten daher, sich beim Steuerberater, einem Lohnsteuerhilfeverein oder dem Finanzamt beraten zu lassen.“

Im Internet bietet die Zahnärztekammer die Möglichkeit, die persönliche Grenze des jährlichen steuerlichen Grenzbetrags ermitteln zu lassen: [www.zahnaerztekammer-sh.de](http://www.zahnaerztekammer-sh.de), Rubrik „Patientenhotline“.

So gilt für die Patienten auch für 2009: Belege sammeln und für die nächste Einkommensteuererklärung oder den Lohnsteuerjahresausgleich aufbewahren. Das kann helfen, den Familienhaushalt bei notwendigen Ausgaben zu entlasten.

ZÄK Schleswig-Holstein

## proDente eröffnet Kampagne Tipps für gute Vorsätze in Sachen Zahngesundheit

Der Jahreswechsel ist ein beliebter Start für eine Reihe guter Vorsätze. proDente gibt zum Jahresbeginn einen dentalen Tipp: lebenslang gesunde und schöne Zähne mit einer Reihe kostenloser Untersuchungen und Tests zur Zahngesundheit. Besonderes Augenmerk der Initiative: Viele Versicherte wissen nicht, dass die beiden halbjährlichen Kontrolluntersuchungen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Auch das hierfür keine Praxisgebühr erhoben wird, ist

häufig unbekannt. Zudem wird darauf verwiesen, dass seit 2004 die Kassen alle zwei Jahre die Kosten für einen speziellen Parodontitis-Test übernehmen.

Zwar wissen über 60 Prozent der Deutschen, dass es einen Parodontitis-Test gibt. Im Gegensatz dazu unterschätzen aber fast die Hälfte der Bundesbürger Zahnfleischbluten. Dabei ist das ein erstes Zeichen einer möglichen Zahnfleischentzündung. **proDente**



## Degressive Abschreibung Interessant für Dental Shopping bei der IDS

Für viele Zahnärztinnen und Zahnärzte, die die IDS nicht nur als Forum für die Meinungsbildung, sondern auch für Investitionen nutzen wollen, kommt die im Rahmen des politischen Maßnahmenpaketes „Beschäftigungssicherung durch Wachstumsstärkung“ wieder eingeführte „degressive Abschreibung für bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens“ nicht ungelegen, teilt der Dentista Verband der Zahnärztinnen mit. Wie Jochen Muth von der DHPG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Euskirchen (Beirat des Zahnärztinnen-Verbandes) betont, wird es dadurch möglich, „für bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, die nach dem 31. Dezember 2008 und vor dem 1. Januar 2011 angeschafft werden, statt der linearen AfA die nach

fallenden Jahresbeträgen (degressiv) bemessene Abschreibung zu wählen. Neu ist indes, dass der Abzugsbetrag nun nur das 2½fache des linearen Abschreibungssatzes, d. h. maximal 25 Prozent umfassen darf.“ Dennoch sollten Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht allein mit Blick auf steuerliche Vorteile oder reizvolle Innovationen investieren: Jede Investition muss sich auch rechnen, zur Praxis und zu den Patienten passen. Wer indes seine Praxis und möglicherweise auch seine fachlichen Angebote oder auch die Patientenzielgruppe optimieren und entsprechend investieren will, hat mit der seit Jahresbeginn geänderten Abschreibungsregelung nun eine leicht verbesserte Ausgangslage.

dentista

# Famulatur im südpazifischen Tonga

## Rostocker Zahnmedizinstudenten unterstützten medizinische Versorgung

Dass die Zahnmedizin am anderen Ende der Welt etwas anders aussieht als bei uns in Deutschland, davon durften sich zwei Rostocker Zahnmedizinstudenten im Sommer dieses Jahres selbst überzeugen. Nach einer einjährigen Vorbereitungszeit und mit Unterstützung des ZAD, DAAD sowie der Hilfe der Universitätszahnklinik Rostock ging es für die beiden Studenten im 9. Semester Bernhard Klingler und Christoph Ressel für zwei Monate auf nach Tonga. Das Inselkönigreich im Südpazifik ist durch eine sehr schlechte wirtschaftliche Lage und eine starke Demokratiebewegung geprägt. Die medizinische Versorgung ist schwierig, zum einen fehlt ausgebildetes Fachpersonal und medizinisches Material, zum ande-

waren nicht immer eindeutig – blieb meist nur die temporäre Füllung oder Extraktion. Mittel der Wahl war vor allem die indirekte Überkappung mit Dycal und Füllung mit Zink-Oxid-Eugenol. Die Patienten sollten sich in den nächsten zwei Wochen wieder vorstellen, was jedoch meist ausblieb. Für besser gestellte Patienten konnte auch eine Versorgung mit Brücken oder Kronen in Betracht kommen, diese wurden dann in einem australischen Labor gefertigt. Die Regelversorgung hieß aber Extraktion! So wurde ohne Aussicht auf Zahnersatz bei den meisten Indikationen extrahiert. Junge Patienten mit nur geringer Restbezzahnung waren leider keine Seltenheit. Das Bewusstsein der Bevölkerung in Sachen Zahnpflege



*Schmerzbehandlung bei einem tonganischen Patienten*



*... wöchentliche Zahnputzübungen an der Schule*

ren lebt ein großer Teil der Bevölkerung auf kleinen Inseln ohne jeden Arzt. Ein Beispiel ist die Inselgruppe Vava'u mit 17 000 Einwohnern, zwei Ärzten und einem Zahnarzt. Ohne die Unterstützung aus dem Ausland, besonders Japan, Australien und der EU, wäre eine Grundversorgung nicht möglich. Es gab also für die Famulanten im zahnärztlichen Alltag jede Menge zu tun. Über die Dauer der 2 Monate wurden so von jedem Student ca. 350 Patienten behandelt.

Die Patienten kamen in der Regel erst bei sehr starken Schmerzen in die Zahnstation, der Zerstörungsgrad der Zähne war meist sehr hoch. Behandelt wurde immer nur der schmerzende Zahn, egal was sonst noch vorlag.

Konnte man den Unruheherd ausmachen – die Angaben der Patienten

muss erst noch geschaffen werden. Aus diesem Grund wurde von japanischen Zahnärzten das „Mali-Mali“ Projekt ins Leben gerufen. Dabei werden viele Grundschulen des Landes wöchentlich von einem Dental-Team besucht und gemeinschaftlich Zähne geputzt sowie fluoridiert. Dank der immer mehr aufkommenden westlichen Ernährung in Form von Cola und Süßigkeiten besteht vor allem für die Jugend die Gefahr, schon im jungen Alter zahnlos zu sein. Einzig Totalprothesen stehen dem Großteil der Bevölkerung als Zahnersatz zur Verfügung.

Für Eingriffe an retinierten Zähnen, Kieferbrüche oder Mittelgesichtsfrakturen besteht auf der Hauptinsel jeden Freitag die Möglichkeit, einen neuen und gut ausgestatteten OP-Saal zu nutzen. Trotz der großen Armut

und der vielen Probleme im Land sind die Menschen überaus glücklich und zufrieden. Ein gut ausgebildetes Schulsystem und ein Kirchensystem, das sonntags jegliche Art von körperlicher Anstrengung untersagt, täuschen allerdings über viele Probleme hinweg.

Das Land besitzt auf Grund seiner klimatischen Bedingungen ausreichend Nahrungsmittel für die Bevölkerung. Fast jede Familie besitzt ihr eigenes Schwein, das frei in den Straßen herumläuft. Wo man hinsieht, wachsen Früchte oder essbare Wurzeln. Neben dem Essen ist eine der Lieblingsbeschäftigungen der Tonganer das „Ausruhen“ nach dem Essen.

Einzig nennenswerter Wirtschaftszweig ist der langsam aufkommende Tourismus. Für ausländische Investoren ist es auf Grund der derzeitigen Gesetzeslage jedoch schwierig, Fuß zu fassen.

Vor allem Segler und Taucher finden sich auf den verschiedenen Inseln ein. Die jedes Jahr wiederkehrenden Buckelwale locken ebenso zahlreiche Schaulustige, Forscher und Unterwasserfilmer an. Es bleibt zu hoffen, dass die größtenteils unberührte Natur sowie das überaus freundliche Gemüt der Menschen nicht durch steigende äußere Einflüsse verloren gehen und somit ein weiteres kleines Paradies verschwindet.

**Christoph Ressel, Bernhard Klingler**

## Fortbildung im April

### 1. April 7 Punkte

Grundregeln der Kaufmengengestaltung – Praktische Übungen  
Prof. Dr. Dr. h.c. G. Meyer  
14 - 20 Uhr  
Zentrum für ZMK  
Walther-Rathenau-Straße 42a  
17489 Greifswald  
Seminar Nr. 25  
Seminargebühr: 220 €

### 1. April 6 Punkte

Zeitgemäßes Hygienemanagement in der Zahnarztpraxis  
Dipl.-Stom. H. Donath,  
Prof. Dr. Dr. A. Podbielski  
15 - 20 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Seminar Nr. 26  
Seminargebühr: 90 €

### 3. April 8 Punkte

Optimierung einer vorhandenen Totalprothese  
Dr. St. Müller  
9 - 17 Uhr  
Zahnarztpraxis Dr. Müller  
Klußer Damm 81a, 23970 Wismar  
Seminar Nr. 27  
Seminargebühr: 300 €

### 17./18. April 19 Punkte

Professionelle Zahnreinigung, Mundhygiene, Langzeitbetreuung, Erhaltungstherapie  
(Fortbildung für das Praxisteam)  
Dr. J. Fanghänel, DH J. Daus  
17. April 14 - 19 Uhr,  
18. April 9 - 17 Uhr  
Zentrum für ZMK  
Walther-Rathenau-Straße 42a  
17489 Greifswald  
Seminar Nr. 29  
Seminargebühr: 330 € pro Person

### 22. April 6 Punkte

Der endodontisch behandelte Zahn als prothetischer Pfeiler  
Dr. T. Mundt  
15 - 20 Uhr  
ZÄK, Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminar Nr. 30  
Seminargebühr: 135 €

## Service der KZV M-V

### Nachfolger gesucht

Gesucht wird zum 1. Juli ein Zahnarzt als Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Stralsund** und zum 1. April oder später für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Ludwigslust**. Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (Tel.: 0385/5492130 bzw. E-Mail: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de)).

### Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt: Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung, Praxis sucht Vorbereitungsassistenten/Entlastungsassistenten/angestellte Zahnärzte, Praxisabgabe, Praxisübernahme, Übernahme von Praxisvertretung

### Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am **8. April 2009** (Annahmestopp von Anträgen: 18. März 2009) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d.h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin einzureichen sind.

Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26 - 32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen.

Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses: **Ruhen der Zulassung, Zulassung, Teilzulassung,**

**Ermächtigung, Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes, Verlegung des Vertragszahnarztsitzes** (auch innerhalb des Ortes), **Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft** (Genehmigung nur zum Quartalsanfang), **Verzicht auf die Zulassung** (wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam)

Näheres bei der KZV M-V (Tel.: 03 85 5 49 21 30 bzw. unter folgender E-Mail-Adresse: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de)).

### Praxisabgaben/-übernahmen

Die von SR Ilse Bruckhoff seit dem 1. September 1991 geführte Zahnarztpraxis in 17398 Ducherow, Amtsweg 2, wird ab dem 19. Januar von Dr. Anke Heiden weitergeführt.

Die von Dr. med. Heidemarie Weber seit dem 15. Mai 1992 geführte Zahnarztpraxis in 18055 Rostock, Ferdinandstraße 1, wird ab dem 1. Februar von Steffen Gast weitergeführt.

### Ende des Angestelltenverhältnisses

Der angestellte Zahnarzt Dr. med. dent. Frank Nöthling beendete in der Praxis Dr. med. dent. Dirk Godehard Bruns seine Tätigkeit am 31.12.2008.

### Ende der Berufsausübungsgemeinschaft

Die Berufsausübungsgemeinschaft der Zahnärzte Dr. med. dent. Katrin Dengler und Dr. med. dent. Michael Dengler wurde zum 31.12.2008 aufgelöst. Dr. med. dent. Katrin Dengler führt die Praxis ab dem 1. Januar als Einzelpraxis weiter. Die Zulassung von Dr. med. dent. Michael Dengler endete am 31.12.2008.

### Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Der Zahnarzt Dr. med. dent. Thomas Kaufmann verlegte mit Wirkung vom 1. Februar seinen Vertragszahnarztsitz von der Eutiner Straße 32 in die Eutiner Straße 6b in 18057 Rostock.

### Ruhen der Zulassung

Das Ruhen der Zulassung von Dr. med. Jan Wüsthoff für den Vertragszahnarztsitz 18147 Rostock, Joliot-Curie-Allee 47, wurde für den Zeitraum 1.1.-31.12.2009 verlängert.

### Ende der Niederlassung

Dr. Anke Andree, Oralchirurgin  
Kuhstraße 1, 18057 Rostock

## Zahnersatz aus Polen

### Brüssel will Gesundheitsversorgung ohne Grenzen

ARD-Ratgeber Recht griff einen interessanten Fall aus dem Land Brandenburg auf – der entstandene Beitrag eignet sich gut zur Patienteninformation. Im Online-Archiv des Fernsehsenders WDR ist der Filmbeitrag abrufbar.



ARD-Ratgeber Recht. Der Beitrag zur Auslandsbehandlung kann über u. g. Link abgerufen werden.

Grundlage ist dieser Fall: Frau S. kann sich Zahnersatz in Deutschland nicht leisten. Ihre Kasse empfiehlt eine Behandlung in einer kooperierenden Klinik in Polen. Dafür werden die Kosten übernommen. Doch die Gebiss-Sanierung läuft schief: Gesunde Zähne werden ruiniert, der Zahnersatz zerbricht nach wenigen

Wochen. Die polnischen Ärzte raten, den Schaden von einem deutschen Zahnarzt reparieren zu lassen. Werden solche Fälle künftig alltägliche Praxis?

Die EU-Kommission in Brüssel will die Gesundheitsversorgung ohne Grenzen. Derzeit laufen die Beratungen über die entsprechende Richtlinie im Parlament. Werden die Patientenrechte dadurch gestärkt oder die nationalen Gesundheitssysteme ausgehöhlt zum Nachteil der Kranken? Gelten in allen Ländern gleiche Qualitätsstandards? Wer haftet, wenn eine Behandlung im Ausland schief geht?

Die Sendung „ARD-Ratgeber Recht“ vom 8. November 2008 nahm diesen Fall zum Anlass, um Details zu recherchieren und öffentlich zu machen. Wenn Sie den unten stehenden Link eingeben, gelangen Sie auf die redaktionelle Zusammenfassung der Sendung und den Link zum Video – bitte schauen Sie sich unbedingt diesen Film an und informieren Sie Ihre Patienten darüber!

[http://www.wdr.de/tv/ardrecht/sendungen/2008/november/081108\\_1.phtml](http://www.wdr.de/tv/ardrecht/sendungen/2008/november/081108_1.phtml)

aus ZBB Ausgabe 6/2008

## Zur Behandlung von Übergewichtigen

### Maximale Belastbarkeit von zahnärztlichen Stühlen

Die Anfrage eines saarländischen Kollegen, bei dem sich ein Patient mit 160 Kilo Körpergewicht behandeln lassen wollte, führte zu einer Anfrage an die Bundeszahnärztekammer, die das Problem an den bei ihr tagenden Deutschen Rat für Qualität und Sicherheit von Produkten und Systemen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde weitergab.

Dieses Gremium hat sich im Oktober 2008 mit der gestellten Frage befasst. Dabei ergab eine zuvor durchgeführte Mitgliederumfrage beim deutschen Dentalhandel, dass nach den geltenden Normen DIN EN 6875 (Patientenstühle) und IEG 60601-1 (Sicherheit medizinischer Geräte) Be-

handlungseinheiten für ein Maximalgewicht von 135 kg vorgesehen sind. Allerdings erfolgen die Prüfungen und Testreihen mit einem 4-fachen Sicherheitsfaktor (also 540 kg) nach der Norm EN 60601-1.

Neuere Modelle einiger Unternehmen haben bereits ein höheres Maximalgewicht von 160 kg. Darüber hinaus sind Modelle mit einem Maximalgewicht von 200 kg und mehr nicht bekannt.

Der Produktesicherheitsrat sah nach diesen Aussagen keinen direkten Handlungsbedarf. Eine Sensibilisierung der Kollegenschaft für dieses Thema hält er jedoch für sinnvoll.

(aus MSZ 9/2008)

## Fortbildung im April

29. April

7 Punkte

Inlay, Teilkronen, Veneer – Gold oder Keramik

Prof. Dr. Dr. h.c. G. Meyer

14 - 20 Uhr

ZÄK, Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

Seminar Nr. 31

Seminargebühr: 210 €

22. April

Kompetente Assistenz bei implantologischen und anderen chirurgischen Eingriffen – mit Live-Operation – (für ZAH/ZFA)

Prof. Dr. W. Sümnick, G. Pagenkopf

14 - 18 Uhr

Zentrum für ZMK

Walther-Rathenau-Straße 42a

17489 Greifswald

Seminar Nr. 42

Seminargebühr: 200 €

**Das Referat Fortbildung ist unter  
Telefon: 0 385 5 91 08 13 und  
Fax: 0 385 5 91 08 23 zu erreichen.**

### Zahnärztekammer M-V Mitgliederwesen Zahnarzteausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des Zahnarzteausweises Nr. 982 der Zahnärztin Dr. Petra Vosberg, Greifswald, bekannt gegeben. Dieser Zahnarzteausweis wird hiermit für **ungültig** erklärt.

„Die Krankenkassen bekommen für 80 definierte Krankheiten deutlich mehr Geld aus dem Fonds und deshalb schicken sie jetzt so genannte Berater in die Praxen und bedrängen die Ärzte, die Diagnosen nach dieser Hitliste zu erstellen.“

Da wird sogar mit Geld gewunken. Wir haben Angst, dass Ärzte korrumpierbar werden.“

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe  
Präsident der Bundesärztekammer

## ZAH/ZFA

Das Referat ZAH/ZFA möchte sich noch einmal gezielt an Zahnarztpraxen mit dem Schwerpunkt Kieferorthopädie wenden.

Die Zahnärztekammer ist bestrebt, in diesem Jahr einen Kurs „Fortgebildete Zahnarzthelferin/Zahnmedizinische Fachangestellte im Bereich der Kieferorthopädie“ zu organisieren und anzubieten. Gemäß Bundeskonsens kann der Praxisinhaber bestimmte Tätigkeiten an Praxispersonal mit spezieller Fortbildung unter Berücksichtigung der objektiven Qualifikation und individueller Fähigkeiten und unter fachlicher Weisung und Kontrolle delegieren (Zahnheilkundengesetz).

Bei Interesse für die spezielle Fortbildung im kieferorthopädischen Bereich sollten die Bewerbungsunterlagen schriftlich im Referat ZAH/ZFA eingereicht werden. Um die Zulassungsvoraussetzungen überprüfen zu können, müssen folgende Unterlagen der Bewerbung hinzugefügt werden: Anerkennungsurkunde ZAH/ZFA/Stomatologische Schwester, Nachweis über Erwerb Zertifikat Strahlenschutz, Nachweis über eine einjährige Berufserfahrung.

Bei Rückfragen steht Annette Krause unter der Rufnummer 0385 59 10-824 oder per E-Mail [a.krause@zaekmv.de](mailto:a.krause@zaekmv.de) zur Verfügung.

Referat ZAH/ZFA

## DH-Kurs

Von der School of Dental Hygiene an der Universität Minneapolis/Minnesota führt Professor Dr. Kathleen Newell zum 16. Mal einen praktischen Arbeitskurs an der Zahnklinik in Greifswald durch. *Thema:* „Prophylaxekonzepte, Hand- versus Ultraschallinstrumentierung, Ergonomie, Diagnostik, neue Forschungsergebnisse“; *Termin:* 20. Juli - 24. Juli; *Teilnehmerzahl:* max. 20; *Kursgebühr:* 950,00 Euro (inkl. Kursverpflegung, Skripten u.a.); *Teilnahmevoraussetzung:* Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), fortgebildete Assistentin Prophylaxe/Prophylaxeassistentin, Zahnmedizinische Fachassistentin, Zahnärztin/Zahnarzt.

Anmeldungen (nur schriftlich) und Anfragen: Renate Guder/Dörte Schlüsßler, Abteilung Parodontologie, Zentrum für ZMK-Heilkunde, Walther-Rathenau-Straße 42a, 17475 Greifswald, Tel.: 03834 8671 27, Fax: 03834 86 19648, email: [guder@uni-greifswald.de](mailto:guder@uni-greifswald.de)

## Curriculum Endodontologie



Start des ersten Curriculums Endodontologie der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am 9. Januar in Rostock. An dem Curriculum nehmen 20 Kolleginnen und Kollegen teil. Das Curriculum beinhaltet einen Lehrumfang von 100 Stunden in 10 Wochenendmodulen.

Fotos: Mario Schreen/privat

## Kurs „Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin“ 2009

Für das Referat ZAH/ZFA begann das neue Jahr am 9. Januar 2009 mit einem Höhepunkt: die Eröffnung des Kurses zur „Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin“ mit insgesamt 370 Unterrichtsstunden. Eine Premiere, denn diese Form eines Kompaktkurses wird in Mecklenburg-Vorpommern zum ersten Mal angeboten. Umfangreiche Vorarbeiten, wie die Erarbeitung der Fortbildungsprüfungsregelung (siehe dens

1/2009) waren notwendig, um für 24 Praxismitarbeiterinnen die Zeit des Wartens zu belohnen. Im Dezember 2009 wird die Fortbildung mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung für die Damen ein hoffentlich erfolgreiches Ende finden.

Bis dahin heißt es, am Freitagnachmittag und am Samstag, die Schulbank zu drücken.

Referat ZAH/ZFA



Zahnarzt Mario Schreen, Referatsleiter ZAH/ZFA und Mitglied im Vorstand der ZÄK M-V, bei der Eröffnungsrede zum Kurs „Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin“

# Sport- und Freizeitunfälle nehmen zu

## Trendsportarten sind in – bei Zahnunfällen hilft die Zahnrettungsbox

*Trendsportarten sind in; bei Jugendlichen, Erwachsenen und Kindern. Sie werden immer schneller, ausgefallener, verrückter, aber auch riskanter. Die Folge ist eine Zunahme an Sport- und Freizeitunfällen. Und oft werden dabei auch die Zähne in Mitleidenschaft gezogen.*

*Kommt es zu einer Verletzung der Zähne, ist die Zahnrettungsbox das ideale Medium zur Aufbewahrung und zum Transport avulsierter (veraltet auch „exartikulierter“ oder „totalluxierter“), aber auch frakturierter Zähne. Deshalb sollte überall dort, wo häufig Zahnunfälle passieren, eine Zahnrettungsbox vorhanden sein.*

*Die KZV M-V und die Zahnärztekammer M-V nahmen dies zum Anlass, die Betreiber von Indoor-Spielplätzen und Spaßbädern sowie in den Schulen unseres Landes auf diese Möglichkeit der Ersten Hilfe für Unfallzähne hinzuweisen. Erfreulich dabei die große Resonanz. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch in jeder Zahnarztpraxis solch eine Zahnrettungsbox vorhanden sein sollte.*

*Die Zahnrettungsbox enthält ein physiologisches Zell-Nährmedium sowie ein komplexes Puffersystem zur Stabilisation des pH-Wertes und einen Farbindikator. Dieses garantiert den Erhalt der Vitalität der Zementblasten eines avulsierten Zahnes über mindestens 24 Stunden. Sinkt der pH-Wert in zelltoxische Bereiche ( $< \text{pH } 6$ ), färbt sich die rosafarbene Flüssigkeit gelb. Muss der avulsierte Zahn im Fall eines Polytraumas länger extraoral aufbewahrt werden, kann der Zahn nach 24 Stunden in eine neue Zahnrettungsbox gelegt werden. So ist eine Lagerung von bis zu 48 Stunden möglich. Die Zahnrettungsbox ist drei Jahre haltbar.*

*Wie aber muss der Zahnarzt praktisch verfahren, wenn sich ein Patient nach einem Unfall mit einem avulsierten Zahn oder einem Zahnfragment in einer Zahnrettungsbox in der Praxis vorstellt? Dr. Grit Czapla sprach darüber mit Dr. Jan-Hendrik Lenz, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie sowie mit PD Dr. Dieter Pahncke, Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Rostock.*

*Herr Dr. Pahncke, der andere, wahrscheinlich häufigere Fall ist der, dass ein Patient mit einem Frontzahnfragment in einer Zahnrettungsbox in die Praxis kommt. Wie sollte der Zahnarzt in diesem Fall vorgehen?*

**PD Dr. Pahncke:** Zunächst einmal sollte der Zahnarzt feststellen, in welcher Situation sich der Restzahn befindet und um welche Art des Traumas es sich handelt. Ist es eine Fraktur ohne Komplikation, also ohne Eröffnung der Pulpa, kann er das Fragment wieder befestigen. Liegt die Frakturstelle knapp oberhalb der Pulpa, sollte eine indirekte Überkappung erfolgen.

*Wie ist die genaue Vorgehensweise bei der Wiederbefestigung?*

**PD Dr. Pahncke:** Das Anlegen eines Kofferdams ist zwar nicht zwingend notwendig, jedoch dringend zu empfehlen. Wurde keine Überkappung vorgenommen, kann das Fragment nach Säuberung mit einer Bürste unter fließendem Wasser mittels Säure-Ätz-Technik wieder befestigt werden. Die Konditionierung erfolgt nach Angabe des Herstellers an beiden Bruchflächen, also sowohl am Zahn als auch am Fragment. Eine vorherige Ansträngung ist nicht erforderlich. Oft treten allerdings Absplittungen am Frakturrand auf. In



PD Dr. Dieter Pahncke

diesem Fall ist es sinnvoll, von außen eine Schmelzrille anzulegen, entweder von vestibulär oder von palatinal oder von beiden Seiten. Zur Konditionierung ziehe ich Mehrflaschensysteme vor. Die Etch&Rinse-Technik scheint momentan noch besser geeignet als die Anwendung selbstständer Adhäsive. Die Befestigung selbst erfolgt dann mittels dünnfließendem Composite (Flow). Überschussentfernung und Po-

litur folgen. Ist die Pulpa zuvor direkt oder indirekt überkappt worden, muss eine Dentinpräparation vorgenommen werden. Diese interne Präparation ist notwendig, um Platz für das Überkappungsmaterial und den Befestigungszeit zu schaffen.

*Kann ein Fragment auch wiederbefestigt werden, wenn am Zahn eine Vitallexstirpation erfolgen musste?*

**PD Dr. Pahncke:** Prinzipiell ja, aber es ist natürlich schwieriger. Wichtig ist, das Fragment während der Dauer der endodontischen Behandlung feucht zu lagern. Nach erfolgter Wurzelfüllung muss zunächst die Zugangskavität dicht, aber ohne Überschuss mit Composite verschlossen werden. Passt das Fragment nach interner Dentinpräparation, kann es wieder aufgesetzt werden. Im Anschluss müssen durch die Präparation der Zugangskavität verlorengewangene Anteile ersetzt werden.

*Muss das Zahnfragment unbedingt in einer Zahnrettungsbox aufbewahrt werden?*

**PD Dr. Pahncke:** Nein. Es reicht aus, das Fragment feucht zu lagern. Wasser oder Kochsalzlösung genügen vollkommen.

*Was ist zu beachten, wenn das Fragment trocken aufbewahrt wurde?*

**PD Dr. Pahncke:** Durch die Austrocknung kommt es zum Kollaps des Kollagenflechtes. Wurde das Fragment weniger als eine Stunde trocken aufbewahrt, genügt es, das Fragment für einige Minuten wieder zu befeuchten. War das Fragment länger als eine Stunde trocken, sollte es vor der Wiederbefestigung 24 Stunden in Kochsalz lagern.

*Wie kann die Wiederbefestigung eines Zahnfragmentes bei gesetzlich Versicherten abgerechnet werden?*

**PD Dr. Pahncke:** Man kann sie wie Füllungen abrechnen. Ist die gesamte Schneidekante betroffen, ist das Ansetzen von zwei vierflächigen Füllungen legitim. Dies entspricht in etwa auch dem benötigten Zeitaufwand für diese Form der Versorgung.

*Herr Dr. Lenz, gesetzt den Fall, ein Patient kommt nach einem Unfall mit einem avulsierten Frontzahn in einer Zahnrettungsbox in die Zahnarztpraxis.*

*Wie sollte der Zahnarzt vorgehen?*

**Dr. Lenz:** Nun, zunächst einmal erfolgt die Erhebung der Anamnese. Besonders wichtig ist dabei die Abprüfung des Tetanusschutzes. Außerdem sollte gezielt danach gefragt werden, wann der Unfall passiert ist und wie der Zahn seit dem Unfall aufbewahrt wurde. Diese Angaben sind für die Prognose der Replantation entscheidend. Anschließend erfolgen klinische und Röntgenuntersuchung. Sind keine Begleitverletzungen vorhanden, kann der Zahn replantiert werden. Dazu wird, wenn vorhanden, das Koagulum vorsichtig aus der Alveole entfernt. Sowohl Alveole als auch Zahn werden mit steriler, physiologischer Kochsalzlösung gespült. Befinden sich festere Schmutzpartikel auf der Oberfläche des avulsierten Zahnes, können diese mit einem ebenfalls in Kochsalzlösung getränkten Tupfer schonend entfernt werden. Danach kann der Zahn wieder in seine Alveole zurückgesetzt werden. Das sollte nie mit hohem Kraftaufwand geschehen. Befindet sich der Zahn wieder in seiner ursprünglichen Position, muss er gesichert werden.

Allgemein wird empfohlen, eine sogenannte Drahtbogenklebeschiene anzubringen, bei der jeweils zwei bis vier nicht gelockerte Zähne neben dem replantierten miteinbezogen werden. Alternativ ist auch eine reine Composite-Schienung möglich. Wichtig ist dabei, dass bei intakter knöcherner Alveole der Zahn noch eine gewisse Restmobilität aufweist. Sonst könnte über eine Drucknekrose an der Alveolarwand eine Wurzelresorption induziert werden. Im Anschluss sollte standardmäßig eine Röntgenkontrolle erfolgen.

*Ist die Gabe eines Antibiotikums nach einer Replantation erforderlich?*

**Dr. Lenz:** Ja. Wir favorisieren die Verordnung eines Penicillins oder alternativ eines Cephalosporins über fünf Tage. Diese sind eigentlich in jeder Praxis vorhanden.

*Welche Verhaltenshinweise bekommt der Patient mit auf den Weg?*



*Dr. Jan-Hendrik Lenz*

**Dr. Lenz:** Der Patient sollte zunächst Schonkost zu sich nehmen und auf das Abbeißen verzichten. Außerdem sollte er seine gewohnte Mundhygiene durch Spülung mit einer Chlorhexidinlösung unterstützen. Des Weiteren sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen unabdingbar.

*Welche Alternativen gibt es zur Lagerung des avulsierten Zahnes in einer Zahnrettungsbox?*

**Dr. Lenz:** In der Literatur werden verschiedene Lagerungsmöglichkeiten kontrovers diskutiert, zum Beispiel die Lagerung in kalter, ultrahoherhitze Milch. Es stellt sich ja außerdem die Frage, was im Notfall tatsächlich verfügbar ist. Deshalb kann die Aufbewahrung in der eigenen Mundhöhle durchaus empfohlen werden, vorausgesetzt der Patient ist bei Bewusstsein.

Dies ist weitaus besser, als den Zahn trocken aufzubewahren. Das optimale Medium ist allerdings die Zahnrettungsbox.

*Sollte ein trocken gelagerter avulsierter Zahn trotzdem replantiert werden?*

**Dr. Lenz:** Das kommt ganz darauf an, wie lange sich der Zahn bereits außerhalb des Mundes befindet. Die Obergrenze für die Replantation eines trocken gelagerten avulsierten Zahnes wird mit zwei Stunden angegeben. Allerdings hängt die Entscheidung auch davon ab, wie alt der Patient ist und in welchem Zustand sich der Zahn befindet. Bei einem Erwachsenen mit parodontal vorgeschädigtem Gebiss sollte die Indikation sicher kritisch gestellt werden. Es gibt aber auch Berichte, dass sehr spät replantierte Zähne noch lange im Kiefer verbleiben können.

*Wann ist der günstigste Zeitpunkt zur endodontischen Behandlung eines replantierten Zahnes?*

**Dr. Lenz:** Ist nach sieben bis zehn Tagen sicher, dass der Zahn bei geschlossenem Foramen apicale devital ist bzw. bleibt, sollte er zu diesem Zeitpunkt vor Entfernung der Schiene endodontisch behandelt werden. Bei offenem Foramen kann man eine Revitalisierung wesentlich länger abwarten. Eine endodontische Behandlung vor der Replantation ist dagegen praktisch nur schwer realisierbar.

*Welche Hinweise können Sie dem Zahnarzt mit auf den Weg geben, um Komplikationen wie Ankylosen oder Resorptionen zu vermeiden?*

**Dr. Lenz:** Wichtig ist eine atraumatische Vorgehensweise. Weiterhin spielt die Einhaltung bestimmter Hygienemaßnahmen eine sehr große Rolle.

Das heißt: Verwendung von steriler, physiologischer Kochsalzlösung zur Spülung von Alveole und Zahn. Bitte keine desinfizierenden Lösungen wie Wasserstoffperoxid oder Chlorhexidin benutzen! Den Zahn so wenig wie nötig an der Wurzeloberfläche berühren! Außerdem ist eine zu lange und starre Schienung zu vermeiden. Und schließlich sollte auch bei scheinbar komplikationslosem Verlauf unbedingt auf regelmäßige Röntgenkontrollen des replantierten Zahnes geachtet werden.



*Patient männlich, 9½ Jahre alt, Sturz mit dem Fahrrad*



# Fortbildungsangebote der KZV

## PC-Schulungen

**Referent:** Andreas Holz, KZV M-V  
**Wo:** KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

**Punkte: 3**

Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.

**Gebühr:** 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorb.-Ass. und Zahnarzthelferinnen

## PowerPoint 2003

**Inhalt:** die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen, Arbeiten mit PowerPoint unter verschiedenen Ansichten, Freies Erstellen einer Präsentation, Verwendung des Folienmasters, Einfügen verschiedener Elemente, Aktienseinstellungen

**Wann:** 4. März 2009, 16 – 19 Uhr

## Schatztruhe Gratissoftware

**Inhalt:** Avira-AntiVir – Gratis-Virenschutz, OpenOffice – Alternative für Word, Excel & Co., Google-Picasa – kostenloser PhotoShop, Wikipedia – „Brockhaus-Ersatz“ für lau

**Wann:** 11. März 2009, 16 – 19 Uhr

## Einrichtung einer Praxishomepage

**Inhalt:** Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz, Freie Inhalte (Interessant für Patienten), Praxisphilosophie, Gestaltung (Corporate Design), Freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage, einfache Homepage selbst gestalten

**Wann:** 1. April 2009, 16 – 19 Uhr

## Sicherheit im Internet

**Inhalt:** Viren, Würmer und Trojaner – eine Unterscheidung; Hacker im Internet – ein kleiner Exkurs; Dialer – seriöse und unseriöse Anbieter unterscheiden; Schutzmöglichkeiten – Vorsicht ist die Mutter der Porzellankiste

**Wann:** 8. April 2009, 16 – 19 Uhr

## BEMA-Seminar für Auszubildende im 3. Lehrjahr und Neueinsteiger

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Elke Köhn, stellvertr. Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

**Inhalt:** Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH-, KFO- und ZE-Leistungen: gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung, endodontische Behandlungsmaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe, Praxisgebühr, zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht, vertragszahnärztliche Kfo-Behandlung, Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V, ZE-Festzuschüsse

**Wann:** 21. März 2009, 10 – 17 Uhr

**Punkte: 6**

**Gebühr:** 75 € für Auszubildende, Zahnarzthelferinnen, Vorbereitungsassistenten

## Individualprophylaxe – Chance für

## Umsatzzuwachs in der Praxis

**Referentin:** Prof. Dr. Sabine Fröhlich  
**Inhalt:** Status quo – KZV-Statistik über Inanspruchnahme von IP-Leistungen, Hinweise und Tipps für die Abrechnung nach BEMA und GOZ, gesetzliche Grundlagen. Prophylaxe Shop, Patientenbindung durch Individualprophylaxe

**Punkte: 3**

**Wann:** 22. April 2009, 15.30 – 18.30 Uhr in Neubrandenburg

**Gebühren:** 150 € für Zahnärzte, 75 € für Vorb.-assistenten und Zahnarzthelferinnen

KZV M-V, Tel: 0385-54 92 131

Fax-Nr.: 0385-54 92 498

Ansprechpartnerin: Antje Peters

E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de



## Ich melde mich an zum Seminar:

- Einrichtung einer Praxishomepage am 1. April 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- PowerPoint 2003 am 4. März 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Schatztruhe Gratissoftware am 11. März 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Seminar für Azubis und Neueinsteiger am 21. März 2009, 10 bis 17 Uhr, Schwerin
- Sicherheit im Internet am 8. April 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Individualprophylaxe am 22. April 2009, 15.30 bis 18.30 Uhr, Neubrandenburg

Datum/Seminar	Name, Vorname	Abr.-Nr.	ZA/Zahnarzthelferin/Vorb.-Assistent

Unterschrift, Datum

Stempel

## Hilfsaktionen weltweit

**Stiftung fördert seit 20 Jahren über 900 Projekte**

Der Klimawandel führt zu immer mehr Überschwemmungen, Wirbelstürmen, Dürren und einem höheren Meeresspiegel. Das wird noch mehr Menschen in einen reinen Kampf ums



Überleben zwingen. Eine der wichtigsten Aufgaben für die Industrienationen wäre es daher, neue Strategien zu entwickeln, um in den betroffenen Gebieten mit Nothilfe-Aktionen den Folgen des Klimawandels vorzubeugen. Dabei sind heute nicht die Regierungschefs dieser Welt die wichtigsten, verlässlichen und vertrauensvollen Akteure, sondern die vielen Hilfsorganisationen und Vereinigungen. Auch im zahnärztlichen Berufsstand steht



die größte der zahnärztlichen Hilfsorganisationen, die „Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ)“, mit der die Bundeszahnärztekammer einen Kooperationsvertrag hat, vor einer der bedeutendsten gesellschaftlichen Herausforderungen: die Not in der Welt zu lindern. Mit vorbildlichem sozialen Engagement setzen sich Zahnärzte persönlich und sehr aktiv in den Notgebieten der Welt ein. Das HDZ hat seit über 20 Jahren immer einen besonderen Akzent auf die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen gelegt. Zahlreiche Waisenhäuser, Kindergärten und Ausbildungsstätten für Kinder und Jugendliche sind durch das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte finanziert worden. Erst durch die Spenden der deutschen Zahnärzteschaft und deren Patienten ist diese Hilfe möglich geworden.

*Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiet, Hagenweg 2L, 37081 Göttingen, Tel. 0551-600232, Fax: 0551-600313.*

## Gundlach für Engagement geehrt Zahnmediziner bauen Behandlungszentrum im Jemen auf

Mediziner aus Aden im Südjemen und von der Universität Rostock arbeiten schon seit einigen Jahren eng zusammen. Offiziell besiegelt wurde dies durch den Abschluss eines Universitätsvertrages zur Kooperation in Forschung und Lehre zwischen den Hochschulleitungen beider Universitäten im Jahr 2007. Auch die Eröffnung des ersten Zentrums für Lippen-, Kiefer-, Gaumen-, Segelspalten im Jemen im März 2007 an der Universität Aden ist so ein Meilenstein der strukturierten Zusammenarbeit. Seit 2004 fährt einmal im Jahr ein mehrköpfiges Team, bestehend aus MKG-Chirurgen, Anästhesisten, OP- und Anästhesieschwestern aus dem Universitätsklinikum Rostock nach Aden, um vor Ort „Spaltkinder“ zu operieren (dens berichtete in Ausgabe 11/07).

Im November vergangenen Jahres reisten Prof. Dr. Dr. Karsten Gundlach und Oberarzt Dr. Jan-Hendrik Lenz aus der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie allerdings mit einer anderen Absicht in das ferne Land. Sie wollten dort eine Gruppe von Zahnmedizinern und Medizinern in die Grundlagen der Behandlung von Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten einführen. Die 19 Teilnehmer der Gruppe kamen zum größten Teil aus dem Jemen, aber auch aus Kuba und Äthiopien. Gefördert und ermöglicht hatte der Deutsche Akademische Austauschdienst (DAAD) das fünftägige Seminar über ein Drittmittelprojekt. Das Expertenseminar ist zentraler Bestandteil des drei Jahre vom DAAD geförderten Projektes, durch welches die interdisziplinäre Versorgung der mit diesen Fehlbildungen geborenen Patienten im Jemen verbessert werden soll.

Mit Prof. Abdulsamad Tareh, Direktor des Instituts für Public Health an der

Universität Aden, konnte ein Alumnus der deutsch-jemenitischen Zusammenarbeit als weiterer Experte gewonnen werden.

Das Seminar begann mit einer Eröffnungsveranstaltung unter Teilnahme des Rektors der Adener Universität, des Dekans der Medizinischen Fakultät sowie Vertretern des jemenitischen Gesundheitsministeriums. Anschließend wurden die Teilnehmer des Seminars zu ihrem spezifischen Vorwissen befragt. „Dabei stellte sich heraus“, so Gundlach, „dass siebzig Prozent gar keine oder nur sehr geringe Erfahrungen in der Behandlung von Spaltpatienten besaßen, der Wissensdurst der Kollegen aber sehr, sehr groß war“.

Fünf Tage lang erhielten die Teilnehmer dann auf Englisch umfangreiche Informationen über Ätiologie, Prävention, Behandlung und die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Fehlbildung. Abschließend wurde ihr Wissen schriftlich abgefragt. Der 60 Fragen umfassende Test zeigte, dass alle Teilnehmer das Fachwissen verinnerlicht hatten und das Seminar erfolgreich abschließen konnten. Dafür wurde ihnen ein Fortbildungszertifikat ausgehändigt.

Auf der Abschlussveranstaltung im zentralen Hörsaal der Medizinischen Kliniken wurde Prof. Gundlach, der 2004 die Zusammenarbeit der Kliniken begründet und zusammen mit den Mitarbeitern seiner Klinik in den Folgejahren ausgebaut hatte, mehrfach, unter anderem mit der Medaille der Universität Aden ausgezeichnet.

Besonders stolz sind die Rostocker Mediziner darauf, dass dieses das erste vom DAAD im Fachbereich der Zahnmedizin geförderte Projekt ist.

**OA Dr. Jan-Hendrik Lenz**  
Universitätsklinikum Rostock (AöR)



*Aufnahmen vom Seminar in Aden, Professor Karsten Gundlach beim Vortrag in der Universität. (Quelle UKR)*

# Beispiele für implantatgetragenen Zahnersatz

## Empfehlungen aus dem GOZ-Referat der Zahnärztekammer

Alle Fertigteile, die unverändert eingesetzt werden, dürfen nur nach den Ziffern 220 oder 500 GOZ berechnet werden. Nur wenn ein Implantat/Implantatkorpus tatsächlich mit einer erkennbaren Hohlkehle oder Stufe präpariert wird, können die Ziffern 221 oder 501 GOZ berechnet werden. Dies stellt allerdings eine absolute Ausnahme dar.

*Beispiel:* Einzelzahnkrone 11 auf Implantat (konfektionierte Implantatteile) 220 GOZ – Krone auf Implantat 905 GOZ – Auswechseln Sekundärteil, pro Implantatpfeiler und je Sitzung einmal berechenbar, auch in der Eingliederungssitzung möglich

*Beispiel:* Implantatgetragene Brücke 45 bis 47 (konfektionierte Implantatteile) 2x 500 GOZ – Brückenanker auf Implantat 1x 507 GOZ – Brückenspanne 905 GOZ – Auswechseln Sekundärteil

Die Verschraubung einer implantatgetragenen Krone löst nicht den Ansatz der Ziffer 508 GOZ (Verbindungselement) aus, da die Befestigung der Krone (Zementieren oder Einschrauben) mit der Kronengebühr (definitives Eingliedern als Leistungsbestandteil) abgegolten ist.

Nachfolgende Beispiele wurden für implantatgetragenen Kombi-Zahnersatz erstellt. Auch hier gilt die Regelung: Implantat-Fertigteile, die unverändert eingegliedert werden, lösen nur die Kronenposition 500 GOZ aus (ggf. zusätzlich die Ziffer 508 für die Verbindungsfunktion). Nur wenn ein individuell gestaltetes Sekundärteil auf den konfektionierten Implantatkörper gesetzt wird oder die Individualisierung eines konfektionierten Implantat-Sekundärteils erfolgt, können die Kronenpositionen 501 bis 504 GOZ zur Anwendung kommen.

*Beispiel:* Zahnloser UK, implantatgetragener Steg von 33-43 (konfektionierte Implantatteile), Cover-Denture-Prothese 2x 500 GOZ – Brückenanker auf Implantat 1x 507 GOZ – für den Steg 508 GOZ – je Stegreiter in der Prothese 523 GOZ – UK totale Prothese (Cover-Denture-Prothese)

519 GOZ – UK Funktionslöffel  
905 GOZ – Auswechseln von Sekundärteilen

Die Deckprothese (Cover-Denture) über Implantaten ist von keiner Leistungsbeschreibung in der GOZ erfasst. Der Leistungsinhalt der Kunststoff-Teilprothese (520 GOZ) und der Modellgussprothese (521 GOZ) wird hier nicht erfüllt, da es sich nicht um eine „Teilprothese“ mit unterbrochenen Prothesensätteln handelt und weder gebogene Halteelemente/gegossene Halte- und Stützelemente noch ein Einschleifen von Auflagen erfüllt. Deshalb kann zur Berechnung nur die am besten passende Leistungsbeschreibung herangezogen werden. In diesem Fall wäre das die totale Prothese nach 522/523 GOZ. Die Berechnung von Prothesenspannen nach 507 GOZ ist neben den Ziffern 522/523 GOZ nicht zusätzlich möglich, sondern auf die Gebührennummern der Teilprothesen nach 520/521 GOZ beschränkt.

*Beispiel:* Zahnloser UK, 33 und 43 implantatgetragene Wurzelstiftkappen mit Knopfankern (konfektionierte Implantatteile), Cover-Denture-Prothese 2x 500 GOZ – prothetische Krone auf Implantat 2x 508 GOZ – Verbindungselement (Knopfanker) 523 GOZ – Totale Prothese (Cover-Denture-Prothese) 519 GOZ – UK Funktionslöffel 905 GOZ – Auswechseln von Sekundärteilen

*Beispiel:* Zahnloser UK, implantatgetragene Wurzelstiftkappen auf 33 und 43 (konfektionierte Implantatteile), Befestigung des Zahnersatzes mit einem Magnetsystem, Cover-Denture-Prothese 2x 500 GOZ – prothetische Krone auf Implantat 2x 508 GOZ – Verbindungselement (Magnet) 523 GOZ – Totale Prothese (Cover-Denture-Prothese) 519 GOZ – UK Funktionslöffel 905 GOZ – Auswechseln von Sekundärteilen

*Beispiel:* Zahnloser UK, implantatgetragene Locator auf 33 und 43 (konfektionierte Implantatteile), Cover-Denture-Prothese 2x 500 GOZ – prothetische Krone auf

Implantat  
2x 508 GOZ – Verbindungselement  
523 GOZ – Totale Prothese (Cover-Denture-Prothese)  
519 GOZ – UK Funktionslöffel  
905 GOZ – Auswechseln von Sekundärteilen

*Beispiel:* Zahnloser OK; 16, 13, 23, 26 implantatgetragene Teleskopkronen (konfektionierte Implantatteile), Cover-Denture-Prothese mit Metallbasis, Teleskopkronen mit Präzisionspassung 4x 500 GOZ – prothetische Krone auf Implantat 4x 508 GOZ – Verbindungselement 522 GOZ – Totale Prothese (Cover-Denture-Prothese) 517 GOZ – Individueller Löffel 905 GOZ – Auswechseln von Sekundärteilen

Für die Metallbasis gibt es in der GOZ im Zusammenhang mit der totalen Prothese keine gesonderte Gebührenposition, sie ist mit den Gebührennummern 522/523 GOZ abgegolten. Im Leistungstext heißt es hierzu: ... Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis ....

Bei Teleskopen mit Präzisionspassung oder speziellen Verbindungselementen (z.B. Riegel, Geschiebe) ist die Berechnung des Verbindungselementes nach 508 GOZ zusätzlich möglich, Stütz- und Resilienzteleskope rechtfertigen dagegen keine 508 GOZ. Wir empfehlen, auf dem Laborauftrag „zusätzliche Friktionsfräsung“ zu notieren, um bei eventuellen Regressen/Gutachten einen Nachweis zu haben, ob eine Konus-/Teleskopkrone mit oder ohne Friktion gefertigt wurde.

Im Zusammenhang mit der Eingliederung von neuem implantatgetragenen Zahnersatz kann für die Ummantelung der kleinen Befestigungsschraube zwischen Krone und Implantatstumpf mit Kunststoff die Geb.-Nr. 205 GOZ (einfächige Füllung) nicht berechnet werden, auch keine andere Gebührenposition. Erst bei einer späteren Implantatkontrolle kann für die erneute Ummantelung der Schraube die 205 GOZ (einfächige Füllung) angesetzt werden.

Für das spätere Abnehmen und Wiederbefestigen bedingt abnehmbarer

Suprakonstruktionen können die Gebührennummern 229, 231 und 511 GOZ anfallen. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgetauscht werden, so ist die 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

Beim späteren Auswechseln einer Schraube bei horizontal verschraubten Suprakonstruktionen auf Implantaten ist die Ziffer 231 GOZ berechnungsfähig, da dadurch die Krone wieder eingegliedert wird. Für das alleinige Festziehen einer Befestigungsschraube bei einer späteren Implantatkontrolle kann in der Regel keine Position berechnet werden (Service). Die Ziffer 905 GOZ ist dafür nicht anzusetzen.

Dipl.-Stom. Andreas Wegener  
Birgit Laborn, GOZ-Referat



Fortbildung - kollegiale Gespräche - Erholung

- **18. Zahnärztetag**  
der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
  - **60. Jahrestagung**  
der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.
  - **6. Jahrestagung**  
des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der DGI
- Standespolitische Leitung: Dr. Dietmar Oesterreich (Stavenhagen)  
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Sümnick (Greifswald)

4. bis 6. September 2009  
im Hotel „Neptun“, Rostock-Warnemünde

- Themen**
1. Möglichkeiten und Grenzen der zahnärztlichen Chirurgie im Zeitalter der Implantologie
  2. Professionspolitik
  3. Aus der Praxis für die Praxis

- **17. Fortbildungstagung**  
für Zahnärzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

am 5. September 2009  
im Kurhaus Warnemünde

Das vorläufige Programm erhalten Sie unter [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de), Menüpunkt Zahnärztetag. Für die Anmeldung nutzen Sie bitte die vorgesehenen Anmeldekarten. Diese erhalten Sie Mitte Mai zusammen mit den Flyern zum Zahnärztetag und der Helferinnentagung sowie dem Fortbildungsprogramm der ZÄK M-V für das zweite Halbjahr.

## Veränderung der Festzuschüsse ab 1.1.2009

### Abrechnungshinweise – Neuer Punktwert ab 1. April

Zum 1. Januar traten neue Festzuschüsse zum Zahnersatz in Kraft. Die bisher geltenden Beträge sind um die für 2009 angepassten Preise für zahn-technische Leistungen gestiegen.

Die Höhe der Festzuschussbeträge wird sich zum 1. April durch die Anhebung des Punktwertes (EUR 0,7454) für das Jahr 2009 noch einmal ändern.

Erst ab diesem Zeitpunkt wird, wie gewohnt, die „Abrechnungshilfe für Festzuschüsse“ als Klappkarte an die Praxen gesandt.

Für den Ansatz des Punktwertes ist das Ausstellungsdatum des Heil- und Kostenplanes maßgeblich. Das bedeutet:

- alle Heil- und Kostenpläne mit Ausstellungsdatum bis 31.3. = 0,7316 €
- alle Heil- und Kostenpläne mit Ausstellungsdatum ab 1.4. = 0,7454 €

#### Zuordnung und Kombination der Festzuschüsse bei Wiederherstellungen

Für Wiederherstellungen von konventionellem Zahnersatz sind Festzuschüsse der Befundklasse 6 ansetzbar.

Bei einzeitigem Vorgehen sind die Befund-Nrn. 6.0, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 und 6.5 untereinander nicht kombinierbar.

Die Befund Nm. 6.2 bis 6.5 werden nach zwei Kriterien unterschieden:

1. Maßnahmen im Kunststoffbereich oder im gegossenen Metallbereich.
2. Maßnahmen mit Veränderung des Befundes (Zahnerweiterung) oder ohne Veränderung des Befundes.

Für die Erweiterung einer Prothese um einen Zahn mit einer gebogenen Retention *ohne Lötung* ist der Befund 6.4 ansetzbar. Die Erweiterung einer Prothese um einen Zahn mit einer gebogenen Retention, die an der Metallbasis befestigt wird (Lötung, Lasern) löst hingegen die Befund-Nr. 6.5 aus.

Die Metallverbindung nach 807 0 BEL II ist neben einer gebogenen Retention nach Nr. 803 0 BEL II nicht gesondert abrechnungsfähig. Daher wird empfohlen, auf dem Laborbeleg zu vermerken: „mit Lötung“ bzw. „ohne Lötung“, sonst ist die korrekte Festzuschusszuordnung nicht erkennbar.

Erfolgt im Wiederherstellungsfall neben den von Befund-Nr. 6.0 bis 6.5 erfassten Leistungen auch eine Unterfütterung, können die Befund-Nrn. 6.6 oder 6.7 (je nach Prothesenart) neben den Befund-Nrn. 6.0 bis 6.5 angesetzt werden.

#### Erneuerung einer Kunststoffverblendungen an Rückenschutzplatten

Zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KZBV besteht Konsens darüber, dass für die Wiederherstellung der Verblendung einer Rückenschutzplatte der Befund-Nr. 6.3 zuzuordnen ist. Die entsprechenden Regelversorgungsleistungen sind in den Festzuschuss-Richtlinien unter Befund-Nr. 6.3 abgebildet. Soweit keine Abformung erforderlich ist, ist auch Befund-Nr. 6.3 ansetzbar, allerdings nicht BEMA-Nr. 100b, sondern BEMA-Nr. 100a abrechenbar.

Die Verblendgrenzen der ZE-Richtlinien gelten nicht für Rückenschutzplatten.

Alternativ kommt auch die Einarbeitung eines Konfektionszahnes in Betracht, dann sind neben Nr. 801 0 BEL II das Einarbeiten des Zahnes nach Nr. 802 3 BEL II und die Materialkosten für den Konfektionszahn abzurechnen. In einem solchen Fall sind allerdings die Befund-Nrn. 6.2 (mit Abformung) oder 6.1 (ohne Abformung) anzusetzen.

Wird ein Zahn aus zahnfarbenem Kunststoff individuell hergestellt, ist neben Nr. 801 0 BEL II die Herstellung des Zahnes nach Nr. 383 0 BEL II abrechenbar, nicht jedoch Nr. 802 3 BEL II für das Einarbeiten eines hergestellten Zahnes.

#### Erneuerung einer Kunststoffverblendung an einer nach Zahnextraktion aufgefüllten Teleskopkrone (mit oder ohne Abformung)

Die Festzuschussrichtlinien beinhalten für diesen Wiederherstellungsfall keine eindeutige Zuordnung. Da die Teleskopkrone nicht mehr die ursprüngliche Funktion besitzt, ist zu empfehlen, für diese Wiederherstellung Befund-Nr. 6.3 anzusetzen. Damit erhält dieser Fall einen Festzuschuss, der auch bei der vergleichbaren Wiederherstellung einer Verblendung einer Rückenschutzplatte ansetzbar ist.

Soweit keine Abformung erforderlich ist, ist auch Befund-Nr. 6.3 ansetzbar, allerdings nicht BEMA-Nr. 100b, sondern BEMA-Nr. 100a abrechenbar.

Heidrun Göcks



**ASI**  
Wirtschaftsberatung AG

A.S.I. Geschäftsstelle  
Rostock / Greifswald  
**Dipl.-Kfm. Lutz Freitag**  
Graf-Schack-Str. 6a  
18055 Rostock  
Tel. 0381- 25 222 30  
freitag@hro.asi-online.de  
www.asi-online.de

- Versicherungsvermittlung als Makler für Zahnärzte
- Finanzplanung/ Finanzierung
- Geldanlage/ Vermögensaufbau im Focus der Abgeltungssteuer '09
- Praxisniederlassung/ Praxisverträge
- Praxisbewertung/Praxisabgabe

in Kooperation: **Frau E. Lohpens** - Steuerberaterin für Zahnärzte/  
**Kanzlei Saß & Liskewitsch** - Arzt- und Medizinrecht

## Neue Gesichter in Rostock

Besetzung ausgeschriebener Professuren setzt sich fort



*Professor Peter Ottl wurde als Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde berufen und löst damit den langjährigen Direktor, Professor Heinrich von Schwanewede, nach dessen Eintritt in den Ruhestand ab.*

Zum 1. Januar traten gleich zwei Professoren ihren Dienst an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock an. Damit setzt die Medizinische Fakultät die erfolgreiche Besetzung ausgeschriebener Professuren mit hochrangigen Wissenschaftlern aus dem Vorjahr fort.

Professor Peter Ottl wurde als

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde berufen. Damit löst er den langjährigen Direktor, Professor Heinrich von Schwanewede, nach dessen Eintritt in den Ruhestand ab. Er wird insbesondere die Weiterentwicklung zur Optimierung von Biomaterialien und Implantaten im Dentalbereich fortführen.

Professor Ottl war zuletzt an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main tätig und bringt einen wertvollen Erfahrungsschatz im klinischen und wissenschaftlichen Bereich mit.

Professor Simone Baltrusch verstärkt zukünftig das Team am Institut für Medizinische Biochemie und Molekularbiologie. Der Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit liegt in der Diabetologie. Professor Baltrusch war zuvor tätig am Zentrum für Biochemie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

„Wir sind hocheifrig, zwei weitere hochrangige Wissenschaftler für unsere Fakultät verpflichten zu können. Damit wird den Studierenden das höchstmögliche Maß an fachlicher und menschlicher Kompetenz geboten und die Forschung im Bereich der Regenerativen Medizin weiter vorangetrieben“, so Professor Reisinger, Dekan der Medizinischen Fakultät.

Uni Rostock

## Mobil bleiben

Flyer zur Sturzprävention

Der Präventionsausschuss der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ein Projekt zur Förderung der Prävention im Seniorenalter – insbesondere zur Vermeidung von Sturzunfällen im Alter - gestartet.

Im Rahmen des Projektes wurden unter der Leitung von Dr. med. Peter Kupatz, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Rehabilitationsklinik „Moorbad“ Bad Doberan,

- Faltblätter für Ärzte und medizinisches Fachpersonal sowie
- für Patienten und Angehörige entwickelt.



Beide Faltblätter informieren über Sturzrisiken und -gefahren sowie über Maßnahmen zur Minderung/Vermeidung von Stürzen.

Die Flyer sind kostenlos über die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Frau Wulff (Tel.: 0381 49 280 12) beziehungsweise Frau Krsnik (Tel.: 0381 49 280 17), zu beziehen.

Download: <http://www.aek-mv.de>

ÄK M-V

# Effiziente nichtchirurgische Parodontaltherapie unter Verwendung von Ultraschallgeräten

Von Dr. Michael Maak, Lemförde

## Abstrakt

Die nichtinvasive Parodontaltherapie zur Behandlung von Parodontopathien hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.



Dr. Michael Maak

Viele Zahnärzte sind sich dabei der Tatsache bewusst, dass die gründliche subgingivale Säuberung und Wurzelglättung eine schwierige therapeutische Aufgabe darstellt. Weitere Entwicklungen und wissenschaftliche Untersuchungen neuer Verfahren mit Hilfe von Ultraschallgeräten und deren klinische Anwendung haben in letzter Zeit gezeigt, dass diese Methode mehr als eine Alternative zur konventionellen Therapie darstellt. Es konnte gezeigt werden, dass sie bis zu 38% effizienter ist als die Arbeitsweise mit herkömmlichen Handinstrumenten.

Schlagnote: Parodontologie, konservative Therapie, Ultraschall

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Maak  
Untere Bergstr. 12  
49448 Lemförde

## Einleitung

Der Grundgedanke der nichtchirurgischen Parodontaltherapie besteht darin, die infizierten Wurzeloberflächen, die an die entzündeten, subgingivalen Weichgewebe angrenzen, gründlich zu reinigen. Das beabsichtigte oder unbeabsichtigte, chirurgische Entfernen von Weichgewebe, welches an die Tasche oder den gingivalen Sulkus angrenzt, wirkt sich hierbei ungünstig aus. Die Verwendung von scharfen, „chirurgischen“ Küretten zieht diese Weichgewebentfernung aber unmittelbar nach sich. Für den Behandler wünschenswert und vorteilhaft wären Behandlungsmethoden und Instrumente, die eine optimale Säuberung mit weitestgehender Weichgewebsschonung ermöglichen und somit den aktuellen Wissenstand widerspiegeln.

Zusätzlich reduziert das Entfernen von akutem und/oder chronischem Entzündungsgewebe, welches die betroffene Wurzeloberfläche umgibt, das Potential zur Regeneration des parodontalen Komplexes. Weichgewebsschrumpfung, die häufig nach einer Parodontaltherapie mit Handinstrumenten auftreten, sind einerseits durch das Abklingen der Entzündung selbst, aber insbesondere durch das direkte oder ungewollte Entfernen des potentiell regenerierbaren Entzündungsgewebes erklärbar. Der Behandler sollte sich darüber im Klaren sein, warum das

Gewebe eine Entzündungsreaktion aufweist und parodontale Entzündungen und/oder Taschen auftreten; der größte Anteil der Parodontopathien ist eine unmittelbare Reaktion der zahnumgebenden Gewebe auf einen supra- und/oder subgingivalen Reiz.

Um den Entzündungsprozess in einen Heilungsprozess zu überführen, muß deshalb nur die Ursache bekämpft, d. h., die Reize eliminiert werden und nicht das entzündete Weichgewebe. Die Entzündung ist eine unspezifische Antwort auf verschiedenste Reize. Das resultierende Entzündungsgewebe enthält undifferenzierte Mesenchymzellen, die durch Differenzierung zur Regeneration des Gewebes beitragen.

Eine nichtchirurgische Therapie mit einer dabei effektiven Wurzel säuberung ist erst durchführbar, seitdem lege artis gestaltete Ultraschallinstrumente zur Verfügung stehen, anstatt auf die traditionellen, scharfen Handinstrumente und Küretten zu vertrauen. Das unbeabsichtigte Entfernen von potentiell reparationsgewebe bleibt hierbei nicht länger ein Risiko, da richtig gestaltete Ultraschall-Arbeitsspitzen nicht schneidend-chirurgisch arbeiten.

Über Jahrzehnte wurden maschinell angetriebene Instrumente mit dem Entfernen von supragingivalen Zahnbelägen und Zahnstein in Verbindung gebracht. In den achtziger Jahren erschienen wissenschaftliche Untersuchungen, die aufzeigten, dass einige maschinelle Instrumente mit den konventionellen Handinstrumenten gleichgesetzt werden können, wenn sie subgingival benutzt werden [1,6]. Eine weitere Untersuchung zeigte, dass Ultraschall-Scaler mit spezieller Spitzengestaltung bis zu 38 % effizienter für das subgingivale Debridement waren als Handinstrumente (Tab. 1).

Unter den vielen Vorteilen bei der Benutzung speziell gestalteter Ultraschall-Instrumente möchten wir folgende gesondert hervorheben:

1. Die Reinigung von supra- und subgingivalen Wurzeloberflächen ist weniger ermüdend für den Be-

Mittelwerte der Instrumente und prozentuale Abweichungen der Effizienz in Bezug auf die Handinstrumente

	Taschentiefe in mm	Wirkungsbereich in mm	Effizienz in mm	prozentuale Abweichung der Effizienz in Bezug auf die Handinstrumente
<b>Handinstrumente</b>				
mesial	7,3	5,8	3,8	
bukkal	5,8	4,7	3,1	
lingual	6,2	5,0	3,0	
distal	6,1	5,0	3,9	
<b>modifizierte Einsätze</b>				
mesial	6,7	5,7	5,2	+26,9%
bukkal	5,7	5,2	5,0	+38,0%
lingual	6,8	5,8	3,6	+16,6%
distal	6,2	5,6	4,8	+18,6%
<b>nicht modifizierte Dentsply-Einsätze P-10</b>				
mesial	7,0	6,7	3,2	18,8%
bukkal	6,7	4,0	3,3	+ 6,1%
lingual	8,0	5,3	2,7	11,1%
distal	8,2	7,3	3,3	18,2%

Tab. 1: Instrumenteneffizienz in mm und prozentuale Abweichung [4]

handler und den Patienten, weil die tatsächliche Arbeit des Entfernens der Auflagerungen durch den Ultraschall-Scaler geleistet wird und nicht durch die Finger- und Armmuskulatur des Behandlers.

2. Möglichen beruflichen Verletzungen wie u.a. das Karpan-Tunnel-Syndrom wird vorgebeugt, da bei der Handhabung der Ultraschallgeräte nur ein leichter Andruck benötigt wird - im Gegensatz zu den anstrengenden, wiederkehrenden Finger- und Handgelenkbewegungen, die bei der konventionellen Arbeitstechnik mit Handinstrumenten nötig sind.
3. Der Behandler kann unbeabsichtigte Verletzungen, Schnitte, Risse sowie das Entfernen von Weichgewebe vermeiden, die häufig bei der Benutzung von Handinstrumenten auftreten.
4. Die sichere, subgingivale Reinigung ist bis zu einer durchschnittlichen Tiefe von 4,65 mm möglich, bei Handinstrumenten nur durchschnittlich 3,45 mm [4].
5. Die Wasserkühlung erleichtert das Ausspülen der entfernten Auflagerungen und Bakterien aus den subgingivalen Bereichen, außerdem haben einige Geräte die Fähigkeit, antibakterielle Lösungen in das Wassersystem einzuspeisen, um bakterielle Plaque zu neutralisieren und somit die Heilung zu beschleunigen [7,8,9,10].
6. Richtig gestaltete Ultraschall-Arbeitsenden sind bedeutend graziler als die meisten Handinstrumente. Der Zugang und die Anpassung an den parodontalen Sulkus ist dadurch erleichtert, so dass die Behandlung von Furkationen, Wurzeleinziehungen und tiefen Taschenböden vereinfacht ist
7. Im allgemeinen ist es für Patienten angenehmer, wenn sie mit maschinell angetrieben, korrekt gestalteten Instrumenten behandelt werden. Es entsteht ein geringeres Weichgewebstrauma und eine geringere Gefahr der Eröffnung der Dentintubuli.

### Gestaltung der Arbeitsenden

Die meisten Ultraschall-Arbeitsenden weisen nicht die richtige Krümmung auf, die notwendig ist, um die verschiedenen subgingivalen Wurzeloberflächen zu reinigen. Das Ende einer geraden Parodontalsonde oder einer gebogenen Sonde ist wichtig für das Erfühlen während der Untersuchung. Bei einem Ul-

traschall-Arbeitsinstrument benutzt man hingegen die Rück- und Seitenflächen als Kontakt zur Reinigung der Wurzeloberfläche aber niemals die Spitze. Besitzt das Ultraschallinstrument eine gerade Arbeitsfläche statt einer gebogenen, so berührt die Spitze unausweichlich die Wurzel und erzeugt irreversible Schäden auf der Wurzeloberfläche. Das offensichtliche Problem für einen Behandler ist somit, nachdem die Tasche definiert ist und die Diagnose feststeht, das richtige Ultraschallinstrument zu finden, das optimalen Zugang zu den Wurzeloberflächen gewährleistet und eine Reinigung ermöglicht.

Einige Hersteller produzieren Arbeitsenden, die so dünn wie eine Parodontalsonde und so geformt wie eine gebogene Sonde sind (Abb. 1). Dieses ist wünschenswert, da diese Enden tief in die Taschen gelangen können und die subgingivale Plaque und Konkremete beseitigen, ohne iatrogene Schäden auf der Wurzel-



Abb. 1: Sicht auf die Enden der rechten und linken Ultraschall-Ansätze, die definierte Abwinkelungen haben und eine kontinuierliche Biegung auf der Arbeitsseite aufweisen.

oberfläche zu erzeugen. Eine Untersuchung, die die Effizienz verschiedener Arbeitsenden verglichen hat, kam zu folgenden Ergebnis: ein „so genanntes“ singuläres Arbeitsinstrument, d. h. ein Universalansatz, der so gestaltet ist, dass alle Flächen im Mund instrumentiert werden können, **ist nicht möglich und/oder nicht praktikabel** [4]. Es konnte gezeigt



Abb. 2: Ansicht zum Vergleich der Form und der Größenverhältnisse, v. l. n. r.: Korrekt geformter; linker Ultraschallansatz; gerader Universalansatz; Parodontalsonde



Abb. 3: Iatrogene Wurzelschäden an einem Unterkiefer-Schneidezahn verursacht durch die Benutzung eines geraden Universalansatzes (der in Abb. 2 zu sehen ist).

werden, dass wenn man das Design eines Universalinstrumentes benutzt, die resultierenden iatrogenen Wurzelschäden tiefe Taschen erzeugen, gleichzeitig wird auf Wurzeloberflächen mit Wurzeleinziehungen und/oder Furkationen der Zweck des subgingivalen Debridements verfehlt [4] (Abb. 2,3). Ähnliches gilt für Ansätze, an deren Ende sich statt einer Spitze eine Kugel befindet.

Eine rationelle Arbeitsweise und damit eine Beschränkung der Instrumentenanzahl ist in einer modernen Praxis eine wichtige Grundvoraussetzung. Zu beachten ist hierbei aber, dass eine Reduzierung der Instrumente nicht zu Einbußen der Qualität führen darf. Ein einzelner Ultraschallansatz ist therapeutisch nicht ausreichend. Betrachtet man eine Universalbürste, so hat sie zwei Arbeitsenden mit entgegengesetzten Abwinkelungen. Aus demselben Grund müssen bei der Ultraschallbehandlung die Arbeitsenden paarweise vorliegen, ein linkes und ein rechtes Arbeitsende, mit den korrekten Winkeln und Formen (Abb. 1).

Es erscheint einleuchtend, dass immer mehr Hersteller dazu übergehen, dieses paarige Instrumentarium für maschinell angetriebene Scaler zu übernehmen.

Eine Umfrage unter Zahnärzten ergab, daß sie die Benutzung eines rechten und linken Ultraschall-Ansatzes einem einzelnen Arbeitsende vorziehen würden, wenn sie da-

durch ein effektiveres, subgingivales Debridement erreichen würden [2]. Dazu würden Zahnärzte Ultraschall-Geräte zur Benutzung bevorzugen, die mit zwei Handstücken ausgestattet sind, damit der Behandler während der Wurzelreinigung nicht ständig den rechten und den linken Ansatz wechseln muß

### Auswahl des Ultraschall-Gerätes

Gegenwärtig sollten Behandler zur Auswahl der richtigen Ausrüstung folgende Kriterien berücksichtigen:

1. Gestaltung effizienter Arbeitsenden,
2. bewiesene Effizienz für das subgingivale Debridement bei minimalem, iatrogenem Schaden an der Wurzeloberfläche und
3. Frequenz von mindestens 20 kHz (Ultraschallbereich).

Da es keine effektiven Universalinstrumente für das subgingivale Arbeiten gibt und unter Beachtung der oben genannten Kriterien Schwierigkeiten auftreten beim ständigen Wechseln der Arbeitsenden, erscheint es sinnvoll, Geräte zu benutzen, die mit zwei Handstücken ausgerüstet sind.

Das ideale Ultraschall-Gerät für subgingivales Scaling und Wurzelglättung besteht aus einem Ultraschall-Gerät, das im Bereich von 25-35 Kilohertz arbeitet, mit zwei autoklavierbaren Handstücken ausgestattet ist, sodass der Behandler die richtig gestalteten, rechten und linken Arbeitsenden während der Behandlung nicht wechseln muss. Eine intern geführte Wasserkühlung der Arbeitsenden ist empfehlenswert.

### Einstellung des Ultraschall-Gerätes

Die drei Hauptfaktoren, die die Effizienz der Arbeitsenden maschinell-angetriebener Scaler beeinflussen, sind:

1. Design des Instrumentes
2. Einstellung der Leistungsstärke
3. Wasserjustierung [5].

Vor jedem Einsatz der Instrumente muss die Form des Arbeitsendes kontrolliert werden.



Abb. 4: Korrekte Haltung eines Ultraschall-Ansatzes an der faciale Oberfläche eines Oberkiefer-Eckzahnes.

Ausschlaggebend für die Effektivität des Arbeitsendes ist die Auslenkung der Spitze. Sie wird über die Leistungsstärke gesteuert. Eine höhere Einstellung erhöht die Möglichkeit, hartnäckige Auflagerungen zu entfernen, geringe Leistungsstärken (kleinere Auslenkung) dienen der Plaqueentfernung und verfeinern die Wurzelglättung (root planing).

Die Wasserzufuhr findet im wesentlichen ihre Begründung in der notwendigen Kühlung magnetostruktiver Scaler, zusätzlich kann jedoch durch die Regulierung der Wasserzufuhr die Temperatur des Wassers verändert werden, so dass angenähert Körpertemperatur erreicht wird, was vom Patienten als sehr angenehm empfunden wird. Darüber hinaus erzielt man eine Taschenspülung, die die Keime reduziert und den Sulkus von abgetragener Substanz reinigt.

Abschließend ist als wesentlicher Effekt noch zu erwähnen, dass durch Ultraschall mit Wasser wichtige Phänomene wie der Kavitationseffekt und das Microstreaming auftreten, die zur Eliminierung der Bakterien führen.

### Arbeitskonzept vs. -technik

Die TECHNIK bei Handinstrumenten besteht in dem Erlernen der Handhabung und dem genauen Wissen, welches Instrument an welcher Fläche effektiv arbeitet.

Das KONZEPT für die nichtchirurgische Parodontalbehandlung ist, eine gründliche und komplette Reinigung der gesamten subgingivalen Wurzeloberflächen zu erreichen. Abhängig von der Erfahrung des Behandlers, dem benutzten Equipment, der Zahnstellung und der Wurzelanatomie kann dieses KONZEPT von Behandler zu Behandler variieren. Es wird das Instrument benutzt, das sich am besten der Wurzeloberflä-

che anpaßt. Das Ultraschall-Arbeitsende sollte in ständiger Bewegung gehalten werden mit wischenden, sich überlappenden Arbeitszügen, bei denen nur ein sehr leichter Andruck angewandt wird. Exzessiver Druck kann zur Dämpfung und dem Verlust der Effizienz führen. Plaque kann mit einer sanften Berührung und einer niedrigen Leistungsstärke entfernt werden. Die Entfernung von mäßigem Zahnstein- oder Konkrementbefall und die Wurzelglättung wird mit einem niedrigen Andruck bei mittlerer Leistungseinstellung durchgeführt. Im Falle vieler, kompakterer Auflagerungen, wird der Zahnstein entfernt durch Zerfall und Zermürbung, welches durch multiple Bewegungen bei leichtem Andruck und hoher Leistungsstärke erreicht wird.

Eine Analyse der Tasche und der Wurzeltopographie ist schwierig, aber wichtig, um einen Kontakt zwischen der Arbeitsfläche des Instrumentes mit der gesamten subgingivalen Zahnoberfläche koronal zum Attachment zu gewährleisten. Trotzdem darf die Spitze des Ultraschall-Instrumentes niemals in Kontakt mit der subgingivalen Wurzeloberfläche geraten, um irreversible, iatrogene Schäden zu vermeiden. Der Behandler sollte während der parodontalen Säuberung alles versuchen, um die gesamte Zahnoberfläche zu kontaktieren, die an den Sulkus oder die Tasche angrenzt. Die Vorgehensweise sollte methodisch überlegt und präzise sein. Viele überlappende horizontale, diagonale und manchmal vertikale Arbeitsbewegungen sollten angewendet werden, um zu gewährleisten, daß die gesamte Oberfläche erfasst wurde.



Abb. 5: Falsches Ansetzen eines Ultraschall-Ansatzes an die faciale Oberfläche eines Oberkiefer-Eckzahnes. Bemerkte: Die entgegengesetzte Ultraschall-Arbeitsspitze sollte benutzt werden, um zu verhindern, dass irreversible Schäden der Wurzeloberfläche auftreten, die durch das Berühren der Spitze verursacht werden.



Um diese Aufgabe gut einschätzen zu können, ist es hilfreich sich die Analogie der Säuberung einer Zahnwurzel vorzustellen, die mit Farbe oder Tinte bedeckt ist. Das Ultraschall-Arbeitsende sollte bis zur apikalen Ausdehnung der Tasche eingeführt werden, dann mit einem sanften und leichten Andruck ansteigend in eine koronale Richtung bewegt werden mit überkreuzenden Bewegungen, um die gesamte Wurzeloberfläche zu erfassen. Mit etwas Übung kann dieses Konzept schnell umgesetzt werden.

### Instrumentenhaltung und Fingerabstützung

Die Handhaltung bei einem maschinell angetriebenen Scaler besteht aus einem sanften, weichen Füllhaltergriff, der im Gegensatz zu dem festen, modifizierten Füllhaltergriff, der für die Benutzung von Küretten ausgelegt ist, steht. Ein fester Griff verursacht einen Verlust der Taktilität, Unterdrückung der Schwingung am Arbeitsende und erzeugt beim Patienten Unbehagen. Das Handstück sollte ausbalanciert in der Hand liegen, ohne daß ein Zug auf den Schlauch auftritt. Das Aufsuchen einer festen, intraoralen Abstützung ist bei der parodontologischen Ultraschallbehandlung unbedeutend.

### Instrumentierung

Der Behandler kann die Gewebedehnung minimieren, indem er das Arbeitsende parallel zur Zahnoberfläche einführt (Abb. 4). Sobald er das Instrument aktiviert, sollte der Behandler den Zahn mit der Arbeitsfläche berühren, die am besten der Wurzelanatomie entspricht. Dabei ist die wichtigste Regel, **niemals mit der Spitze des Instrumentes den Zahn zu berühren**, da dieses irreversible Wurzelschäden auslösen kann. Ein immenser Vorteil, den die Ultraschall-Instrumentierung gegenüber der Handinstrumentierung hat, ist, dass richtig gestaltete Ultraschall-Enden an jeder Zahnoberfläche funktionieren, die mit ihnen in Kontakt kommen.

### a) Faciale und linguale Oberflächen:

Die faciale und linguale Oberfläche wird mit den Seiten und/oder der Rückseite des rechten oder linken Endes bearbeitet. Benutzt man das falsche Arbeitsende, so ist die Einführung des Instrumentes durch die Aufdehnung des Gewebes limitiert

und die Spitze des Arbeitsendes kommt mit der Wurzel in Berührung, wodurch iatrogene Schäden erzeugt werden (Abb. 5).

### b) Approximale Flächen

Die rechten und linken Arbeitsenden sind wichtig für die Behandlung der approximalen Flächen, insbesondere in den distalen Regionen des Mundes, wo der Zugang erschwert und der bucco-linguale Durchmesser des Zahnes zunimmt. Die approximalen Oberflächen werden normalerweise mit den Seiten des rechten und linken Arbeitsendes instrumentiert und die approximalen Konkavitäten (Wurzeleinziehungen) mit den Seiten und der Rückfläche.

### c) Furkationen

Die Säuberung einer Furkation ist für den Behandler häufig eine große Herausforderung, dabei benötigen einige Klasse-II- und III-Furkationsläsionen den linken und den rechten Ansatz. Der relativ gerade Teil des Instrumentes wird benötigt, um die apikale Ausdehnung der Tasche zu erreichen. Die inneren Konkavitäten und der gebogene Teil des Instrumentes wird benötigt, um Zugang zum „Furkationsdach“ zu gewinnen.

### Vorteile von richtig gestalteten rechten und linken Ultraschallansätzen gegenüber Handinstrumenten zum subgingivalen Scaling und der Wurzelglättung

1. Größe und Form der Enden sind so gestaltet, dass sie dieselben Regionen erreichen wie die Parodontalsonde
2. Effektivität an allen Oberflächen
3. Effektiv bei jeder Bewegung und einem leichten Andruck
4. Eine feste Fingerabstützung ist nicht erforderlich
5. Gesteigerte Taktilität für die Ta-

6. Effektiv in Furkationen, Wurzeleinziehungen
7. Verringerung des Weichgewebstraumas
8. Erleichterung der Taschenspülung
9. Das Nachschärfen der Instrumente entfällt
10. Weniger Ermüdung und Stress für den Behandler bei richtiger Körperhaltung des Behandlers und korrekter Patientenpositionierung
11. Gesteigerter Patientenkomfort und größere Akzeptanz
12. Leichtere Erlernbarkeit

### Zusammenfassung

Der gleiche Eifer und die Übung, die uns mit dem Umgang mit Küretten vertraut gemacht haben, sollten für die Ultraschall-Scaler angewendet werden. Sobald Sie mit der Ultraschallbehandlung vertraut geworden sind, werden Sie nicht mehr zu Ihren Handinstrumenten zurückkehren wollen. Der Schlüssel zum Erfolg besteht aus einem offenen Blick und der Bereitschaft, ständig Verbesserungen anzustreben. Ihre Belohnung wird eine gesteigerte Effizienz bei der Therapie von Parodontalerkrankungen sein, verbunden mit einer drastischen Reduktion physischer Kraftanstrengungen.

Die neue Entwicklung von Ultraschall-Geräten mit zwei Handstücken, korrekt gestalteten Arbeitsenden, die Aufnahme dieser Therapieform in die Lehrpläne und staatlichen Prüfungen werden das subgingivale Scaling und die nichtchirurgische Therapie deutlich revolutionieren.

Diese neuen Entwicklungen sind durch mehr Komfort und Effizienz zum beiderseitigen Vorteil für den Patienten und den Behandler.

### Literatur beim Verfasser

Anzeige

## KERA-DENT

Gesellschaft für Dentaltechnik mbH

Am Mühlenbach 1 · 18233 Neubukow  
Tel. 03 82 94/1 37 03 · Fax 03 82 94/1 37 04



**Mit uns haben SIE „gut lachen“ und  
Zahnersatz vom Allerfeinsten.**

Internet: [www.kera-dent.de](http://www.kera-dent.de) · E-Mail: [KeradentGmbH@aol.com](mailto:KeradentGmbH@aol.com)

# Strahlenexposition (Strahlenbelastung) in der zahnärztlichen Röntgendiagnostik

## Präambel

Der Einsatz der Röntgenstrahlung zur bildgebenden Diagnostik in der Medizin führt über eine sogenannte Strahlenexposition, verbunden mit einer Wechselwirkung der Strahlung im Objekt und dem Einsatz technischer Systeme, zu einem Röntgenbild.

Diese Wechselwirkungen finden im atomaren Bereich statt. Es sind physikalische Reaktionen der Röntgenstrahlung, die über eine Absorption der Strahlung zu Ionisation und Anregung führen. Sie sind Grundlage sowohl der Abbildung des Objekts mit seinen inneren Strukturen als auch der sichtbaren Darstellung durch technische Systeme und für den Nachweis der Strahlung.

Im Patienten führen Ionisation und Anregung nachfolgend zu weiteren chemischen und biologischen Reaktionen, die letztlich zu einem Risiko für den Patienten bei der diagnostischen Anwendung der Röntgenstrahlung führen.

Um inhaltlich die Strahlungswirkung zu beschreiben, wurde der Begriff Dosis eingeführt.

## Die physikalische Strahlungsreaktion – Energiedosis –

Das aus der Anwendung der Röntgenstrahlung sich ergebende Bedürfnis nach einer Einheit, um den physikalischen Sachverhalt der Strahlungswirkung zu beschreiben, führte zu der Definition der Energiedosis, als absorbierte Energie der Strahlung pro Masse eines Stoffes, mit der Einheit Gray (Bild 1).

Da die Energiedosis direkt nicht messbar ist, kommen Indikatoren z.B. Ionisationskammern zum Einsatz, die über Messung und Berechnung die Energiedosis zu bestimmen gestatten.

Diese Einheit ist geeignet

- technische Systeme hinsichtlich ihres Dosisbedarfs zur Erzielung einer qualitätsgerechten Aufnahme zu vergleichen (Bild 2/3).

- Messwerte in Strahlungsfeldern in der Umgebung des Patienten zu gewinnen, z.B. der Strahlenexposition durch Untersuchungen mit konventionellen und digitalen intraoralen Verfahren sowie PSA (Bild 4).

<b>Energiedosis</b> $D = \frac{E}{m}$	<b>Einheit → Gray ( Gy )</b> <b>1 Gy = 1 J / kg eines Stoffes</b>
Wenn in einer Masse eines Stoffes von einem kg eine Energie von einem Joule absorbiert wird, sprechen wir von 1 Gray.	

Bild 1

Röntgenfilme für intraorale Aufnahmen unterschiedlicher Empfindlichkeitsklassen		
Empfindlichkeitsklassen nach ISO 3665	Bildempfängerdosis Dosisbereich in µGy	z.B. Fabrikate
D	360 - 710	Kodak Ultra
E	180 - 360	Kodak Ektaspeed, Agfa Dentus M 2
F	90 - 180	Kodak Insight

Bild 2

Film-Folien-Kombinationen für Panoramaschichtaufnahmen unterschiedl. Systemempfindlichkeit		
Empfindlichkeit S	Bildempfängerdosis in µGy	z.B. Fabrikate
100	10,0	Kodak T-MAT G mit Lanex Medium Kodak T-MAT G mit Lanex Regular
200	5,0	
400	2,5	
800	1,25	

Bild 3

Dosis Hautoberfläche in µGy	
<b>Intraorale Aufnahmeverfahren</b>	
Konventionelle Röntgenfilme	
Kodak Ultraspeed	3,15
Agfa Dentus M 2 comfort	1,77
Kodak Ektaspeed Plus	1,56
Kodak Insight	1,25
Digitale Systeme	
Dexis	1,56
Sidexis 1.0	1,41
Sidexis 2.0	0,71
Visualix	0,92
Digora, DenOptix	0,78
<b>Panoramaschichtverfahren</b>	
Orthophos mit Kodak T-Mat L und Lanex Medium ( 200er System )	0,56 max. im Nackenbereich
Lanex Regular ( 400er System )	0,28 max. im Nackenbereich

Bild 4

<b>Effektive Dosis</b> $E = \sum_T w_T H_T$	<b>Einheit → Sievert ( Sv )</b> <b>1 Sv = 1 J / kg für z.B. Weichteilgewebe</b>
$w_T$ Gewebewichtungsfaktor $H_T$ Organdosis	

Bild 5

Natürlich ist die Anwendung eines empfindlicheren Röntgenfilmes oder einer Folienkombination verbunden mit einer entsprechenden Reduzierung der Patientendosis. Die Bestimmung der direkten Patientendosis ist jedoch kompliziert. Sie muss über die physikalische Absorption der Strahlung hinaus die nachfolgend im Patienten ablaufenden chemischen und biologischen Reaktionen berücksichtigen, um zur Aussage über die Strahlenbelastung zu kommen.

**Strahlenexposition des Menschen – Körperdosis –**

Eine Aussage über die Strahlungswirkung beim Menschen muss, ausgehend von der Energiedosis, die Einflüsse

- der Strahlungsenergie,
- der Art der ionisierenden Strahlung,
- der Art der Anwendung (extern - bzw. intern ),
- der Region in Verbindung mit den exponierten, unterschiedlich sensiblen Gewebearten berücksichtigen.

Der Strahlenschutz bezieht sich in der Regel auf die Körperdosen. Körperdosis als Sammelbegriff für Organodosen z. B. als Gonadendosis und effektive Dosis als Maß für das Risiko, das der Mensch durch Einwirkung ionisierender Strahlung eingeht.

Die *Organodosen* ergibt sich aus der Organ-Energiedosis multipliziert mit einem Strahlungswichtungsfaktor, der sowohl die Energie der Strahlung, als auch die Art der Strahlung berücksichtigt.

Die *effektive Dosis* stellt die Summe der mit den zugehörigen Gewebewichtungsfaktoren  $w_T$  multiplizierten Organodosen  $H_T$  aus externer als auch interner Strahlenexposition in relevanten Organen und Geweben dar. Die Gewebewichtungsfaktoren sind der Literatur zu entnehmen (Bild 5).

Die Dosis zu berechnen bzw. zu bestimmen geht in der Praxis weit über unsere Verhältnisse, wir müssen auf Angaben in der Literatur zurückgreifen.

Das Risiko einer Strahlenexposition des Menschen beginnt mit der natürlichen und setzt sich fort in der zivilisatorischen Strahlenexposition.

Ausgehend von Veröffentlichungen des Bundesamtes für Strahlenschutz ist die durchschnittliche Strahlenexposition der Bürger aus natürlichen Strahlenquellen etwa 2,1 mSv im Jahr, in zivilisatorischer insbesondere

Mittlere effektive Jahresdosis der Bevölkerung der BRD			
Natürliche Strahlenquellen		Künstliche Strahlenquellen	
kosm. Strahlung	0,3 mSv / a	kerntechnische Anlagen	<0,01mSv / a
terrestische Strahlung	0,4 mSv / a	Atombomben Fallout	<0,01mSv / a
Nahrung	0,3 mSv / a	Tschernobyl	<0,015 mSv / a
Inhalation	1,1 mSv / a	Forschung, Technik, Haushalt	<0,01mSv / a
		<b>Medizin</b>	<b>2,0 mSv / a</b>
	$\Sigma$ 2,1 mSv / a		$\Sigma$ 2,0 mSv / a

Bild 6

Zivilisatorischen Strahlenbelastungen	effektive Dosis
Urlaub ( 4 Wochen ) in 2000 m Höhe	0,050 mSv
<b>Flugreisen</b>	
Frankfurt nach New York und zurück	0,100 mSv
Frankfurt nach Singapur und zurück	0,060 mSv
Frankfurt nach Palma de Mallorca und zurück	0,006 mSv
München nach New York und zurück	0,080 mSv

Bild 7

**Gerundete Mittelwerte  
der effektiven Dosis bei verschiedenen  
Untersuchungen  
in mSv**

Zahn	0,01
Brustkorb ( Thorax )	0,03
Gliedmaßen	0,05
Kopf	0,1
Brust ( Mammografie )	0,5
Becken	0,6
Wirbelsäule	1
Harntrakt	5
Magen	10
Darm	15
<b>CT - Untersuchungen</b>	
Schädel	3
Wirbelsäule	7
Brustkorb	10
Bauchraum	20

Bild 8

medizinischer Anwendung 2,0 mSv im Jahr.

Weitere mögliche andere zivilisatorische Strahlenexpositionen, z.B. ein 4-Wochen Urlaub in 2000 m Höhe, führen zu einer effektiven Dosis von 0,05 mSv bzw. ein Flug von München nach New York und zurück zu 0,08 mSv (Bild 7).

Bei den medizinischen Anwendungen stellen die zahnärztlichen Untersuchungen mit ca. 290 Aufnahmen pro 1000 Einwohner im Jahr die zweithäufigsten dar.

Der gerundete Mittelwert der effektiven Dosis ist für die Zahnaufnahmen mit 0,01 mSv vergleichsweise zu anderen Untersuchungsarten (Bild 8) sowie anderen Untersuchungen in der zahnärztlichen Praxis nach (Bild 9) gering.

Dennoch verpflichtet die Röntgenverordnung auch jeden Zahnarzt, nach Wegen zur Verringerung des Risikos des Patienten bei Röntgenuntersuchungen zu suchen.

An erster Stelle sollte stehen, unnötige Untersuchungen zu vermeiden

<b>Strahlenbelastung der Patienten bei zahnärztlichen Untersuchungen</b>	
effektive Dosis in mSv	
PSA ( konventionell )	0,007 - 20
PSA ( digital )	0,005 - 15
Status ( konventionell )	0,020 - 50
Status ( digital )	0,010 - 20
Fernaufn. Schädel	0,002
Dig. Volumentomografie	0,036
Dental - CT	0,150 - 350

Bild 9

und alternative Verfahren in die Diagnostik einzubeziehen, um die Anzahl der Röntgenuntersuchungen zu reduzieren. Im weiteren sollte über die Realisierung des modernsten Standes der Technik in Verbindung mit dem Programm der Qualitätssicherung der optimale Einsatz der Röntgeneinrich-

tungen hinsichtlich Bildqualität und Strahlenexposition des Patienten sichergestellt sein.

**Literatur beim Verfasser**

Verfasser:

**Dr.-Ing. Klaus-Peter Führ**

**Zahnärztliche Stelle für Röntgendiagnostik der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern**

## Grober Behandlungsfehler bei mehreren „einfachen“ Fehlern

Bekanntlich liegt die Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, dessen Ursächlichkeit für den Eintritt des Primärschadens und das Verschulden des Zahnarztes nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen grundsätzlich beim Patienten.

Nur ausnahmsweise lassen die Gerichte Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten zu. So entspricht es ständiger Rechtsprechung, dass bei einem – vom Patienten – bewiesenen Behandlungsfehler, der vom Gericht als grob gewertet wird, für den Kausalzusammenhang zwischen dem festgestellten Behandlungsfehler und dem beim Patienten eingetretenen Schaden eine Beweislastumkehr eingreifen kann.

In diesem Fall wird die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden vermutet, sodass der Zahnarzt beweisen muss, dass der Behandlungsfehler für die Schädigung nicht ursächlich gewor-

den ist. Ein grober Behandlungsfehler liegt nach der Rechtsprechung bei einem medizinischen Fehlverhalten vor, welches aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Betroffen sind also

Verstöße gegen eindeutig gesicherte medizinische Erkenntnisse und bewährte ärztliche Behandlungsregeln und Erfahrungen.

Das Oberlandesgericht Koblenz hat in einem Urteil vom 6. Dezember 2007 entschieden, dass auch

Anzeige



**KORTE**  
RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte\*\*  
Marian Lamprecht\*  
Constanze Herr\*

**Absage durch Hochschule oder ZVS?  
– Klagen Sie einen Studienplatz ein!**

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei\* liegt direkt an der Humboldt-Universität.  
Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

\*Unter den Linden 12  
10117 Berlin-Mitte  
\*\*Rudower Chaussee 12  
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:  
030-226 79 226  
www.studienplatzklagen.com

www.anwalt.info  
Fax 030-226 79 661  
kanzlei@anwalt.info

mehrere „einfache“ Behandlungsfehler in einer Gesamtschau als grober Behandlungsfehler gewertet werden können. Der Leitsatz der Entscheidung lautet: „Extrahiert ein Zahnarzt einen Weisheitszahn, obwohl die Röntgenbefunde unzureichend sind, kann der darin liegende einfache Behandlungsfehler gleichwohl im Endergebnis zu einer Beweislastumkehr führen, wenn auch die Nachsorge derart mangelhaft

war, dass das ärztliche Vorgehen insgesamt schlechterdings unverständlich erscheint. Dafür bedarf es einer wertenden Gesamtschau aller Maßnahmen des Arztes.“

Voraussetzung einer Beweislastumkehr ist, dass der grobe Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen. Eine Verlagerung der Beweislast ist nur dann ausgeschlossen,

wenn jeglicher Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist.

In dem zu entscheidenden Fall hat das Oberlandesgericht Koblenz dem Kläger wegen einer irreversiblen Schädigung des Nervus alveolaris ein Schmerzensgeld in Höhe von 6000 Euro zugesprochen.

Rechtsanwalt Peter Ihle,  
Hauptgeschäftsführer ZÄK M-V

## Kürzung des vertragszahnärztlichen Honorars mangels ausreichender Dokumentation

Immer wieder stellt sich die Frage nach den Anforderungen an die Dokumentation einer medizinischen Behandlung. Im Falle einer Zahnärztin aus dem Raum Marburg kam es mangels ausreichender Dokumentation einer Parodontosebehandlung zur vollständigen Absetzung in 18 sowie einer Teilabsetzung in weiteren drei Fällen.

Sämtliche (zahn) -ärztliche Leistungen unterliegen bekanntlich dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Solche, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder aber unwirtschaftlich sind, dürfen daher nicht erbracht werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entfällt im Falle einer Parodontosebehandlung die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht bereits deshalb, weil die jeweilige Krankenkasse die Behandlung bereits genehmigte. Vielmehr verkürzt sich die Aufklärungs- und Beweispflicht der Krankenkassen und Gerichte bei Verstößen gegen die **Richtlinien zur systematischen Behandlung von Parodontien**. Es muss in diesen Fällen nicht im Einzelfall bewiesen werden, dass die Behandlungsweise unwirtschaftlich war. Insbesondere sind die Prüfungsgremien bei Verstößen nicht verpflichtet, in jedem Einzelfall eine zahnärztliche Untersuchung durchzuführen. Diese Handhabung soll der Schwierigkeit Rechnung tragen, die Wirtschaftlichkeit einer **PAR-Behandlung** im Nachhinein festzustellen.

Im vorliegenden Fall entschied das SG Marburg (AZ: S 12 KA 804/06), dass die Absetzung der kompletten PAR-Behandlung einschließlich der

Material- und Laborkosten zu recht erfolgte. Grund hierfür sei eine nicht ausreichend durchgeführte Vorbehandlung. Die Kollegin hatte in ihrer Dokumentation lediglich allgemeine Angaben gemacht. Im Verfahren trug sie ergänzend vor, dass sie stets eine bestimmte Art der PAR-Vorbehandlung durchführe und entsprechend lediglich die Abweichungen bei atypischen Fällen dokumentiere. Sie gab u.a. die Therapieform sowie die Lockerungsgrade nicht an. In einem Fall rechnete sie die Anästhesie nicht ab.

Diese Art der Dokumentation hielt das Gericht für unzureichend. Insbesondere die Vorbehandlung stelle einen höchst individuellen Vorgang dar. Deren Dokumentation müsse Daten zur Befunderhebung einschließlich Parodontalstatus, Röntgenaufnahmen und Kiefermodellen enthalten. Weiterhin sind die Ausführung der systematischen Vorbehandlung einschließlich der Entfernung des Zahnsteins und der weichen Beläge jeweils mit Arbeitsmethode sowie sonstiger Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundpflege, die Kariesbehandlung und die Behandlung der Behörde festzuhalten. Anschließend ist das Ergebnis der Vorbehandlung (Rückgang der Zahnfleischschwellung o.ä.) einschließlich der geplanten weiteren Behandlung zu dokumentieren. Die Dokumentation müsse weiterhin die erfolgte Belehrung des Patienten enthalten sowie eine Darstellung, ob dieser die Anweisungen des behandelnden Arztes zur Verbesserung der Mundhygiene umsetze.

Die Kollegin hingegen hatte erst

im Gerichtsverfahren ihre Behandlungsschritte erläutert. Dies erfülle nicht die Anforderungen an eine ausreichende Dokumentation. Die bloße Angabe der API-Werte reiche hierzu jedenfalls nicht aus.

Für die Beurteilung, ob die erfolgte Behandlung den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit entspricht, sei ausschließlich die Dokumentation maßgeblich. Soweit keine Anzeichen für eine unwahre Dokumentation vorliegen, haben die Prüfungsgremien von deren Richtigkeit auszugehen. Die gesamte Abrechnung beruht damit im Wesentlichen auf den Angaben des Vertragsarztes. Dieser muss sich entsprechend an seinen eigenen Angaben festhalten lassen **und kann nicht einwenden, er habe dokumentationspflichtige Leistungen erbracht, aber nicht dokumentiert**.

Mit dem Einwand er habe dokumentationspflichtige Leistungen erbracht aber nicht dokumentiert, ist er abgeschnitten.

Die unzureichende Dokumentation führte vorliegend zu einer Komplettabsetzung in 18 Fällen. Als wesentlich für diese Entscheidung sah das Gericht insbesondere die Nichtangabe der Therapieform an, als weniger elementar wertete es die Nichterfassung der Lockerungsgrade.

Als Fazit ist jede Diagnose, jeder Behandlungsschritt und jede Belehrung genauestens in die Dokumentation aufzunehmen. Anderenfalls verbleibt ein erhöhtes Absetzungsrisiko. Die Anforderungen an die Zahnärzteschaft sind damit nicht geringer geworden.

Ass. Claudia Mundt

## Wir gratulieren herzlich zum Geburtstag

In den Monaten Februar und März vollenden

### das 80. Lebensjahr

Prof. Dr. Herbert Sponholz (Rostock) am 28. Februar,

### das 75. Lebensjahr

Dr. Renate Jäschke (Rostock) am 15. Februar,

SR Dr. Hildegard Becker (Rerik) am 2. März,

### das 70. Lebensjahr

Dr. Uta Bauch (Rostock) am 12. Februar,

Zahnärztin Inge Pohl (Feldberger Seenlandschaft) am 21. Februar,

Zahnärztin Ingrid Kuhlmann (Rostock) am 4. März,

### das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Heidrun Letzner (Rostock) am 1. März,

### das 60. Lebensjahr

Dr. Hartmuth Rüttgardt (Rostock) am 8. März,

### das 50. Lebensjahr

Prof. Dr. Dr. Reinhard Bschorer (Schwerin) am 11. Februar,

Dr. Ingo Vollstädt (Wismar) am 15. Februar und

Dipl.-Stom. Bernd Hagen (Wittenburg) am 18. Februar.

**Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.**

### Praxiseinrichtungen

- Planung, Fertigung, Montage
- Um- und Ausbauleistungen
- Behandlungszeilen



**Klaus Jerosch GmbH**  
 Info-Telefon (kostenfrei)  
 (0800) 5 37 67 24  
[www.jerosch.com](http://www.jerosch.com)

**Umsatzstarke, attraktive Praxen an der Mecklenburger Seenplatte und an der Ostseeküste (auch in Rostock) im Mandantenauftrag abzugeben.**



**MLP**

Telefon: 01 78/4 72 73 79  
 E-Mail: gerd.mohrfeldt@mlp.de

**ZMV, freundl., zuverl. und flexibel,** 30 Jahre Berufserfahrung in Verwaltung und Stuhlassistenz sucht neue Anstellung im Raum Rostock **Chiffre 0741**

Dt. Oralchirurg sucht Stelle in chirurgischer Zuweiserverpraxis. Sozietät ggf. spätere Übernahme erwünscht.  
**Tel.: 01 76/23 50 87 48 (ab 19.00 Uhr)**

**Praxis in Rostock sucht ZMF mit Tätigkeitspunkt** Rezeption u. Verwaltung ab August 2009 **Chiffre 0740**

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an

**Sabine Sperling**  
**Satztechnik Meißen GmbH**  
**01665 Nieschütz**  
**Am Sand 1c**

**Praxis in HRO sucht ZA/ZÄ zur Vertretung** ab Juni 2009, auch Vorbereitungsass. mit 1 Jahr BE **Chiffre 0739**

Das nette Team einer großen, umsatzstarken Gemeinschaftspraxis in Malchow (Meckl. Seenplatte) **sucht Praxismachfolger.** Auch für 2 Behandler geeignet. **Telefon: 039932/13344**

Dieser Ausgabe liegen Beilagen der APW – Akademie Praxis und Wissenschaft und der DGI GmbH bei.

**Wir bitten um freundliche Beachtung.**



**K & P PRAXISKONZEPTE GMBH**  
WIRTSCHAFT VERTRIEB KOMMUNIKATION



**Wir bedanken uns bei unseren Kunden für das große Vertrauen und die zahlreichen Empfehlungen.**

Interessenten bieten wir auch 2009 kostenlose und unverbindliche Erstgespräche in Ihrer Praxis.  
 Rufen Sie uns an, wenn es darum geht, Ihre Praxis noch erfolgreicher zu gestalten.

**K & P Praxiskonzepte GmbH**  
 Eckdrift 81 • 19061 Schwerin • Tel.: 0385 / 2 02 86 10 • Fax: 0385 / 2 02 86 08  
[www.kundp-praxiskonzepte.de](http://www.kundp-praxiskonzepte.de) • [info@kundp-praxiskonzepte.de](mailto:info@kundp-praxiskonzepte.de)

## Reduzierte Packungseinheit ab IDS 2009

Auf vielfache Nachfrage wird das in Endodontie und Parodontologie bewährte Präparat Cupral® zukünftig auch in einer 5-g-Packungseinheit angeboten. Erstmals wird diese kleinere „Probier“-packung auf der IDS vorgestellt.



Cupral® ist ein stabilisiertes Gleichgewichtssystem, das durch seine Wirkstoffe eine über 100-fach stärkere Desinfektionskraft als normales Calciumhydroxid zeigt. Die Wirkung ist durch unterschiedliche Reaktionswege polyvalent gegenüber Aerobiern, Anaerobiern, Pilzen und deren Sporen, ebenso gegen Viren. Aufgrund eines Regenerationsprozesses ist diese keimtötende Wirkung permanent. Cupral® ist dabei gegenüber nichtinfiziertem Material durch Membranbildung gewebefreundlich. Daher ist es als

Breitbandtherapeutikum ohne Resistenzbildung in der Parodontologie vielfach bewährt. Durch die selektive Auflösung des Taschenepithels und durch seine starke augmentative Wirkung ist es das Therapeutikum der Wahl. In der Praxis sind verschiedene unkomplizierte Anwendungsmöglichkeiten langjährig erprobt. Optimal ausgenutzt wird die Wirkung des Cuprals auch in der Depotphorese®, einer seit Jahren bekannten und praxiserprobten Alternative zur konventionellen Wurzelbehandlung.

Weitere Informationen:  
**HUMANCHEMIE GmbH**  
 Telefon 05181 24633  
[www.humanchemie.de](http://www.humanchemie.de)

## Postendodontische Versorgung

Begeisterte Zahnärzte bestätigen, dass dem Cuxhavener Unternehmen gelungen ist, den bewährten Stumpfaufbau-Klassiker Rebilida DC zusammen mit den darauf abgestimmten neuen Composite-Wurzelstiften Rebilida Post zu einem perfekten Stiftaufbausystem zu machen.

Mit dem neuen glasfaserverstärkten Composite-Wurzelstift Rebilida Post bringt das Unternehmen eine hervorragende Ergänzung zum dualhärtenden Stumpfaufbau- und Befestigungsmaterial Rebilida DC. Der besonders röntgenopake, transluzente Rebilida Post mit dentinähnlichem Elastizitätsverhalten führt, verankert mittels Adhäsivtechnik, zu einer dauerhaften und ästhetisch hochwertigen, metallfreien Restauration.

Die Entwicklung hat sich eng an den physikalischen Eigenschaften des Dentins orientiert. Die dentinähnliche Elastizität sorgt dabei – im Gegensatz zu Metall- oder Keramikstiften – für eine gleichmäßige Verteilung der auftretenden Kräfte und minimiert so die Gefahr von Wurzelfrakturen. Darüber hinaus führt die hohe Biegefestigkeit zu einer sehr guten Ermüdungs- und Bruchresistenz der Stifte und so zu einer langlebigen Restauration. Die zylindrisch-konische Geometrie entspricht dem anatomischen Verlauf der Zahnwurzel, wodurch eine substanzschonende Präparation ermöglicht wird. Auch die Transluzenz ist genau an das Dentin angepasst, wobei der Rebilida Post die hervorragenden optischen Eigenschaf-

ten mit einer exzellenten Röntgensichtbarkeit, einer hohen Biokompatibilität und leichter Entfernbarkeit kombiniert.

Der Wurzelstift ist Bestandteil eines kompletten, optimal aufeinander abgestimmten Stift-Aufbau-Systems (Rebilida DC, Futurabond DC, Ceramic Bond, Zubehör). Wie das bewährte Stumpfaufbaumaterial Rebilida DC besteht der neue Wurzelstift aus einer Dimethacrylat-Matrix, so dass ein zuverlässiger Verbund unter Aufbau eines stabilen Monoblocks erzielt wird. Mit Futurabond DC wird zudem in einer einfachen, zeitsparenden Anwendung ein sicherer Verbund zum Dentin erreicht.

Besonders hoch bewertet wurde im Rahmen einer Feldstudie die Durchdachtheit des Systems: So wird mit den neuen Endo-

Brushes (Endo Tim) und den Endo-Kanülen die postendodontische Arbeit wesentlich erleichtert. Insgesamt wurde auch die Verwendung nur eines Materials für die Befestigung des Stiftes und den eigentlichen Stumpfaufbau als vorteilhaft hervorgehoben. Das innovative Wurzelstift-Komplettsystem erhöht die klinische Sicherheit, da alle Bestandteile aufeinander abgestimmt sind und vollständig zur Hand sind, wenn eine postendodontische Versorgung ansteht.

Der Wurzelstift ist in drei Größen ( $\varnothing$  1,2 mm,  $\varnothing$  1,5 mm,  $\varnothing$  2,0 mm) – jeweils einzeln in Blistern verpackt – mit den dazugehörigen Bohrern sowohl im Rahmen eines Wurzelstift-Intro-Sets als auch eines kompletten Angebots zur postendodontischen Versorgung erhältlich. Seit dem 01.10.2008 bietet das Unternehmen zudem ein neues System-Set an, das auf

15 postendodontische Behandlungen ausgelegt ist. Das neue Set ist den einzelnen Arbeitsschritten der Postzementierung und des nachfolgenden Stumpfaufbaus optimal angepasst.

Weitere Informationen:  
**VOCO GmbH**  
 Telefon 04721 719187  
[www.voco.de](http://www.voco.de)



Alle Herstellerinformationen sind Informationen der Produzenten.  
 Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers / der Redaktion wieder.



## **Einladung**

**zum 14. Greifswalder Fachsymposium der Mecklenburg-Vorpommerschen  
Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten  
Greifswald und Rostock e.V. am 4. Juli von 9 bis 16 Uhr  
im Vortragssaal des Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg Greifswald**

**zum Thema:  
„CMD - Kontroverses und Gesichertes bei der Diagnostik und  
Therapie von Kiefergelenkerkrankungen“**

**Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. W. Sümnick**

### **Programm:**

- 1. Prof. Dr. J. Fanghänel (Greifswald)**  
Gibt es neue Aspekte zur Morphologie des Kiefergelenkes?
- 2. PD Dr. A. Wolowski (Münster)**  
Wie viel Psyche ist bei CMD-Patienten im Spiel?
- 3. Prof. Dr. B. Kordaß (Greifswald)**  
Kann das fMRT bei CMD-Patienten funktionelle Vorgänge im Gehirn abbilden?
- 4. PD Dr. O. Bernhardt (Greifswald)**  
Epidemiologische Aspekte bei CMD und Funktionsanalytische Leistungen in der täglichen Praxis
- 5. Dr. S. Westphal (Greifswald)**  
Der Stellenwert der Physiotherapie bei CMD-Patienten
- 6. Prof. Dr. Dr. G. Meyer (Greifswald)**  
Craniomandibuläre Dysfunktion aus der Sicht der Zahnerhaltung
- 7. Dr. T. Mundt (Greifswald)**  
Craniomandibuläre Dysfunktion und die Möglichkeiten des Prothetikers
- 8. Prof. Dr. W. Sümnick (Greifswald)**  
Der Stellenwert der Parafunktionen bei der Diagnostik und Therapie von Kiefergelenkerkrankungen
- 9. Prof. Dr. Dr. W. Kaduk (Greifswald)**  
Wann und wie sollte der Chirurg bei Craniomandibulären Dysfunktionen eingreifen?

*Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, bitte kurze Anmeldung per Fax oder Email an Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Poliklinik für MKG-Chirurgie, Rotgerberstr. 8, 17475 Greifswald, Tel.: 03834-867168, Fax: 03834-867302, Email: [suemnick@uni-greifswald.de](mailto:suemnick@uni-greifswald.de).*

**Tagungsgebühr:** Mitglieder der Gesellschaft u. der DGI: 50,00 €, Nichtmitglieder: 75,00 €, **Zahlung an:** Klinikum EMAU Greifswald, Sparkasse Vorpommern, BLZ: 150 505 00, Konto-Nr.: 230005454, Verwendungszweck: DRM-ZZM16. Die Anmeldung wird nach der Überweisung der Tagungsgebühr wirksam. Anmeldebestätigungen werden aus diesem Grunde nicht verschickt. Später eingehende Anmeldungen können aus Kapazitätsgründen nicht berücksichtigt werden.