

# dens

Februar 2018

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

## Demografie und Notfalldienst

Treffen der Kreisstellenvorsitzenden mit Vorstand der ZÄK

## Gesundheit im Land im Blick

Bilanz 2017 und Ausblick 2018

## Erhalt der Kieferkammdimensionen

Autologer Knochen und bovines Knochenersatzmaterial

# ZahnRat 93

Medikamente · Nebenwirkungen · Zahngesundheit

## Information über Medikamente

### ZahnRat 93 klärt Patienten auf

Immer mehr Menschen nehmen immer mehr Medikamente. Mit zunehmendem Alter der Patienten steigt die Anzahl der Krankheiten und damit die Anzahl der verschiedenen eingenommenen Medikamente. Neben der gewünschten Hauptwirkung haben diese aber auch unerwünschte Nebenwirkungen und untereinander Wechselwirkungen. Zu welchen Komplikationen es dadurch bei einem Zahnarztbesuch kommen kann – darüber informiert der neue ZahnRat Nummer 93.

#### Fünf Antworten auf die Frage: Was sollte Ihr Zahnarzt unbedingt über Ihre Medikamente wissen?

1. Bei Medikamenten, die die Blutgerinnung verändern, muss das Ihr Zahnarzt unbedingt wissen. Sonst kann es zu schweren Nachblutungen nach dem Ziehen eines Zahnes oder Operationen im Mund kommen.
2. Bei Medikamenten gegen Osteoporose, sogenannten Bisphosphonaten, kann es zu schweren Wundheilungsstörungen am Kieferknochen nach Zahnextraktionen kommen.
3. Psychopharmaka und Neuroleptika vermindern den Speichelfluss. Das kann Mundtrockenheit und Mundbrennen nach sich ziehen.
4. Antiepileptika können zu einer Wucherung des Zahnfleisches führen.
5. Abführmittel, sogenannte Laxantien, entwässern den Körper und können ebenfalls zu Mundtrockenheit führen. Dadurch werden Ihre Zähne anfälliger gegen Karies.

#### Fünf Antworten auf die Frage: Wie sollten Sie mit Ihren Medikamenten umgehen?

1. Wenn Sie mehr als drei Medikamente dauerhaft einnehmen, ist ein Medikationsplan zu empfehlen. Diesen erstellt in der Regel Ihr Hausarzt.
2. Aktualität ist wichtig: Mindestens einmal im Jahr sollten Sie Ihren Medikationsplan überprüfen lassen.
3. Nehmen Sie den Medikationsplan zu allen ärztlichen und zahnärztlichen Sprechstunden mit – auch zu Notbehandlungen! So können künftige Verordnungen oder Behandlungen sicher auf Ihre Gesamtmedikation abgestimmt werden.
4. Sprechen Sie bei einem Verdacht auf Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten zuerst mit Ihrem behandelnden Arzt. Setzen Sie auf keinen Fall eigenmächtig die verordneten Medikamente ab und verändern Sie nicht eigenmächtig die Dosis.
5. Fragen Sie nach, ob Sie auf mögliche Alternativen ausweichen können. Setzen Sie gegebenenfalls Therapieziele, welche Ihnen die beste Lebensqualität ermöglichen.

Medikamente ab und verändern Sie nicht eigenmächtig die Dosis.

Fragen Sie nach, ob Sie auf mögliche Alternativen ausweichen können. Setzen Sie gegebenenfalls Therapieziele, welche Ihnen die beste Lebensqualität ermöglichen.

#### Hintergrund:

Die Patientenzeitung „ZahnRat“ ist Teil des zahnärztlichen Patienteninformationssystems, erreichbar unter [www.pat-info-system.de](http://www.pat-info-system.de) oder [www.zahnrat.de](http://www.zahnrat.de). Der „ZahnRat“ wird herausgegeben von den Zahnärzten der Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt sowie Thüringen.

Landeszahnärztekammer  
Brandenburg

**ZahnRat 93**  
Medikamente · Nebenwirkungen · Zahngesundheit

Das Einnehmen von Medikamenten ist für die meisten Menschen heutzutage eine Selbstverständlichkeit. Häufig sind die Nebenwirkungen bei eingenommenen Arzneimitteln auch im Kontext. Können bei mehreren Medikamenten häufig unerwünschte Wechselwirkungen entstehen. Mit jedem neuen Medikament steigt das Risiko für Fehlerdriftungen. Besonders gefährlich sind Arzneimittelwechselwirkungen, die nicht sofort sichtbar oder sich nur langsam aufbauen, wie beispielsweise eine verstärkte Blutgerinnung, eine gestörte Wundheilung oder eine erhöhte Kariesanfälligkeit des Zahns.

In diesem Zahnrat erfahren Sie, weshalb es auf jeden Fall wichtig ist, dass Ihr Zahnarzt über Ihre Medikamente genau informiert werden muss. Dazu gehört auch die Nutzung eines Medikationsplans, den Sie der Regel des Hausarzt erhält. Dieser sollten alle verschriebenen, eingenommenen und frei verkäuflichen Arzneimittel aufgelistet sein, auch einzelne Präparate wie Blutverdünner.

Ein Medikationsplan vermittelt dem behandelnden Arzt einen schnellen Überblick, welche Arzneimittel Sie einnehmen oder anwenden. Dadurch sind Patienten besser vor Unwohlsein sowie eventuellen Neben- und Wechselwirkungen geschützt.

Auf die spezielle Problematik Blutdruck wird ebenso eingegangen wie auf Psychopharmaka von Blutdruck.

**Was Ihr Zahnarzt über Ihre Medikamente wissen sollte**

Patienzenzeitung der Zahnärzte

## Zahnärzte im Gespräch mit der Landespolitik

Liebe Kolleginnen und Kollegen, auf den folgenden Seiten lesen Sie einen Bericht zur Sitzung des Vorstandes mit den Kreisstellenvorsitzenden unserer Zahnärztekammer. Schwerpunktthemen der Zusammenkunft waren neben dem Notdienst vor allen Dingen die von zahlreichen Kreisstellenvorsitzenden zum Ausdruck gebrachten Herausforderungen, die sich durch den demographischen Wandel innerhalb unseres Berufsstandes ergeben. In fast einem Drittel der Notfalldienstbereiche liegt der Anteil der über 60-jährigen Kolleginnen und Kollegen bei etwa 40 Prozent. Eine Entwicklung, die uns aufhorchen lässt und eine Antwort des Berufsstandes erfordert. Wenig tröstlich ist dabei, dass es anderen Berufsgruppen in unserem Bundesland genau so geht. Auch aus anderen Kammerbereichen im Bundesgebiet werden in bestimmten Regionen gleiche Entwicklungen festgestellt. Die Zahnärztekammer hat die gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe, die Zahnärzte bei ihrer Berufsausübung zu beraten und zu unterstützen. Wie Sie wissen, hat der neue Kammervorstand dem Bereich der Berufsberatung eine besondere Bedeutung zugemessen. Mit der Teilnahme des Fraktionsvorsitzenden der CDU im Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat diese Arbeit Beachtung erfahren. Vincent Kokert machte in seinen Ausführungen deutlich, dass die Landespolitik die Entwicklungen zum demographischen Wandel der Zahnärzte wahrnimmt und unseren Berufsstand daher aktiv in die Diskussionsprozesse einbeziehen möchte. Wichtig war es zu erfahren, dass die Landespolitik an unseren Erkenntnissen interessiert und für ein konstruktives Miteinander zur Verfügung steht. Schließlich ist Zahnmedizin ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Primärversorgung der Bevölkerung.

Deutlich wurde aber auch, dass wir selbst gefordert sind, ein Konzept zum Umgang mit diesen Entwicklungen zu erstellen. Zwischen KZV und Zahnärztekammer besteht Einigkeit, dass die bereits in der Vergangenheit begonnenen Gespräche fortgesetzt werden und sich die Gremien damit beschäftigen müssen. Die Diskussion mit den Kreisstellenvorsitzenden hat wichtige Erkenntnisse gebracht. So gab es zahlreiche Hinweise darauf, warum junge Kolleginnen und Kollegen den ländlichen Raum meiden. Hier gilt es anzusetzen und von der Politik Unterstüt-



*Vincent Kokert, Fraktionsvorsitzender der CDU im Landtag Mecklenburg-Vorpommern, (li.) und Präsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (re.) auf dem Treffen der Kreisstellenvorsitzenden mit dem Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am 17. Januar in Rostock*

*Foto: Steffen Klatt*

zung einzufordern. Auch die Versorgungsforschung bietet Möglichkeiten zu ermitteln, was junge Kolleginnen und Kollegen bewegt, sich im ländlichen Raum anzusiedeln und was sie davon abhält, z.B. über eine Studie zur Berufszufriedenheit, wie sie bei unseren Hausärzten 2012 publiziert wurde. Die Ergebnisse einer solchen Studie können nicht nur gute Argumente in der politischen Diskussion liefern, sondern wir erwarten auch zahlreiche Hinweise, wie die Selbstverwaltung die Niederlassung unterstützen kann. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, unsere älteren Kolleginnen und Kollegen bei der Praxisabgabe zu unterstützen und der nachrückenden Generation Mut zu machen, Verantwortung in einer eigenen Praxis zu übernehmen. Dabei darf die Förderung des Berufsnachwuchses für die Berufspolitik nicht fehlen. Mit dem erfolgreichen Abschluss zweier Kollegen an der Akademie für Freiberufliche Selbstverwaltung hat die Zahnärztekammer ihren Beitrag geleistet und wird diesen auch für die Zukunft fortsetzen.

Uns war und ist es wichtig, auch in der Politik für unsere Interessen Gehör und Unterstützung zu finden. Wir werden unsere Expertise einbringen, um nachteilige Auswirkungen für unsere Patienten und für den Berufsstand zu verhindern.

Ihr  
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

# Aus dem Inhalt

## M-V / Deutschland

Gesundheit im Blick .....	5-6
Bürgerversicherung keine Option .....	6-7
Rüstzeug für Verantwortung .....	10-11
KZBV-Jahrbuch.....	14
Patientenberatung .....	15
DGZMK: Leitlinien überarbeitet .....	19
Statistisches Jahrbuch der BZÄK .....	21
Sportweltspiele auf Malta .....	29-30
Bücher .....	31
Glückwünsche / Anzeigen .....	32

## Zahnärztekammer

Demografie und Notfalldienst .....	4-5
Prüfungstermine .....	9
Das neue Mutterschutzgesetz .....	11-13
Fortbildung März bis April .....	18-19
GOZ 9050 und 9060 .....	20-21
Gebührenverzeichnis .....	29

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Service der KZV .....	16
Aktuelle Fortbildungsangebote .....	17
Zuordnung und Kombination .....	22

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Versorgungswerk .....	8-9
Erhalt der Kieferkammdimensionen .....	23-27
Aktuelle Aufbewahrungsfristen .....	28

Impressum.....	3
Herstellerinformationen .....	2

# dens

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

27. Jahrgang  
3. Februar 2018

### Herausgeber:

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20  
E-Mail: info@zaekmv.de, Internet: www.zaekmv.de  
www.facebook.com/zaek.mv, www.twitter.com/zaekmv

### Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Telefon 03 85-5 49 21 73, Telefax 03 85-5 49 24 98  
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de, Internet: www.kzvmv.de

**Redaktion:** Dipl.-Stom. Gerald Flemming, ZÄK (verant.), Dr. Manfred Krohn, KZV (verant.), Konrad Curth

### Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

Satztechnik Meißen GmbH, Yvonne Joestel  
Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren  
Telefon 0 35 25-71 86 24, Telefax 0 35 25-71 86 10  
E-Mail: joestel@satztechnik-meissen.de

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

**Gestaltung und Satz:** Kassenzahnärztliche Vereinigung

**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 zahnärztlichen Körperschaften Mecklenburg-Vorpommern kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zuzüglich Versandkosten.

**Titelbild:** André Weise, Boltenhagen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.



Die Meinungen der Kreisstellenvorsitzenden zur Organisation des zahnärztlichen Notfallbereitschaftsdienstes waren heterogen. Für Regelungen, die das gesamte Land betreffen, könne nur der kleinste gemeinsame Nenner gelten. Foto: Steffen Klatt (2)

# Demografie und Notfalldienst

## Treffen der Kreisstellenvorsitzenden mit dem Vorstand der ZÄK

Am 17. Januar trafen sich im TriHotel in Rostock die Vorsitzenden der Kreisstellen mit dem Vorstand der Zahnärztekammer. Als Gäste waren der Fraktionsvorsitzende der CDU im Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Vincent Kokert, sowie der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KZV M-V, Wolfgang Abeln und Dr. Manfred Krohn, anwesend.

Zwei Themen beherrschten die Zusammenkunft: zum einen die demografische Entwicklung des zahnärztlichen Berufsstandes in Mecklenburg-Vorpommern und zum anderen die zukünftige Gestaltung des Notfallbereitschaftsdienstes in den Kreisstellen.

Präsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich zeigte in seinem einleitenden Vortrag auf, dass sich in den nächsten zehn Jahren sehr viele Zahnärzte aus den geburtenstarken Jahrgängen – angefangen beim Jahrgang 1953 – in den Ruhestand begeben werden. Schon jetzt gibt es Bereiche, wo der Anteil der Zahnärzte, die heute bereits das 60. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben, bei etwa 40 Prozent und mehr liegt, so Prof. Oesterreich. Der Vorsitzende der Kreisstelle Neustrelitz, Dr. Lutz Wilke, untermauerte dies am Beispiel der Region um Mirow/Wesenberg.

Wolfgang Abeln stellte dar, dass im Moment auf Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinien keine Unterversorgungen vorliegen. Gleichwohl sei es zeitnah notwendig, innerhalb des Berufsstandes erst gemeinsam Konzepte für die zukünftige Sicherstellung zu

entwickeln, mit denen man dann nicht zu vorschnell, aber gut vorbereitet an die Politik und die Öffentlichkeit herantreten muss.

Der Fraktionsvorsitzenden der CDU-Landtagsfraktion, Vincent Kokert, war an der Thematik Zukunft der zahnärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern sehr interessiert. Er machte deutlich, dass die Fragestellung

in der Politik schon angekommen sei. Um zukünftigen Problemen entgegenzutreten, müssten Anreize zur Sicherung der Versorgungsdichte auch im zahnärztlichen Bereich frühzeitig gesetzt werden. Einen möglichen Beitrag zur Verbesserung der Situation, Nachfolger für ländliche Praxen zu finden, könnte aus seiner Sicht ein Stipendienmodell sein. Ein solches sei durch die Landespolitik bereits für die Ärzte als



Der Fraktionsvorsitzende der CDU-Landtagsfraktion, Vincent Kokert, war an der Thematik Zukunft der zahnärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern sehr interessiert.

Anreiz zur Niederlassung im ländlichen Raum geschaffen worden und könnte auf den zahnärztlichen Bereich ausgedehnt werden.

Prof. Oesterreich regte darüber hinaus an, mit einer Berufszufriedenheitsstudie unter Zahnärzten in M-V möglicherweise gezielter Antworten auf Anreize/Hemmnisse zur Niederlassung in ländlichen Bereichen geben zu können.

Im zweiten Teil stellte Vizepräsident Dr. Jens Palluch eine Problemanalyse bezüglich der Durchführung des zahnärztlichen Notfalldienstes in Mecklenburg-Vorpommern vor. Deutlich wurde, dass die aufkommenden Fragen zu dem Thema äußerst

heterogen sind. So könne für Regelungen im Land nur der kleinste gemeinsame Nenner gelten. Klarheit konnte zu der häufig gestellten Frage nach der möglichen zeitlichen Begrenzung des Dienstes geschaffen werden. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen ist eine 24-stündige Bereitstellung zwingend erforderlich.

Um einen möglichen Missbrauch des Notdienstes zu erkennen und gegebenenfalls zurückzuweisen, empfiehlt Dr. Palluch die Definition eines zahnärztlichen Notfalls der DGZMK ([www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de)) zu nutzen.

**Dr. Jens Palluch**  
Kreisstellenbeauftragter im Vorstand

# Gesundheit im Blick

## Bilanz 2017 und Ausblick 2018

Mecklenburg-Vorpommerns Wirtschafts- und Gesundheitsminister Harry Glawe hat auf aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik von Mecklenburg-Vorpommern aufmerksam gemacht. „Im Fokus steht dabei die Verbesserung der medizinischen Versorgung insbesondere in weniger stark besiedelten Regionen. Wir müssen den demografischen Wandel mit einer alternden Bevölkerung, die Veränderung der Morbidität und den zunehmenden Fachkräftebedarf bewältigen. Eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung unseres Landes sicherzustellen, steht dabei im Fokus. Wir werden auch im kommenden Jahr innovative Projekte im Bereich der Gesundheitsversorgung voranbringen. Es wird weiter in die Krankenhäuser investiert. Darüber hinaus wollen wir medizinische Fachkräfte für unser Land gewinnen“, sagte der Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Harry Glawe.

### Hindernisse zwischen ambulanter und stationärer Behandlung überwinden

„Ein wichtiges Ziel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist es, die Hindernisse zwischen der ambulanten und stationären Behandlung zu überwinden“, erläuterte Gesundheitsminister Glawe. Dazu wurde 2017 ein mehrjähriges Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung gestartet, das vom Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald durchgeführt wird. „Ziel in dem mehrjährigen Projekt ist es, Lösungen für konkrete Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen zu entwickeln und sie in Modellregionen zu erproben“, so Glawe weiter.

Das Projekt wird sich schwerpunktmäßig mit den Themen Pädiatrie, Geriatrie und Palliativversorgung einschließlich der Implementierung innovativer Versorgungskonzepte beschäftigen. Übergreifende Themen wie die Einbindung aller Sektoren und Professionen, der Fachkräftebedarf, die Fachkräftesicherung und telemedizinische Unterstützung werden jeweils in die Überlegungen mit einbezogen. Das Projekt ist auf insgesamt fünf Jahre angelegt. „Während in der ersten Phase zunächst Modelle für bestimmte Fokusregionen entworfen und umgesetzt werden, wird am Ende jeweils geprüft, inwieweit die Lösungen auf andere Regionen übertragbar sind“, sagte Gesundheitsminister Glawe. Im Rahmen dieses Modellprojektes wird auch die 2017 gestartete Portalpraxisklinik für die kinderärztliche Notfallversorgung am Kreiskrankenhaus Wolgast begleitet.

2018 sollen durch den Projektträger in mehreren Regionen unter Beteiligung der Akteure vor Ort zunächst beispielhafte Versorgungsmodelle und im Weiteren konkrete Umsetzungskonzepte in der Kinder- und der Altersmedizin entwickelt werden. In einem weiteren Schritt ist dies für die Palliativversorgung geplant. „Erkenntnisse, die auf andere Regionen übertragen werden können, sollen im Rahmen einer Evaluation gewonnen werden“, sagte Glawe.

Seit 1990 sind im Rahmen der Krankenhausfinanzierung mit mehr als zwei Milliarden Euro erhebliche finanzielle Mittel in die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern geflossen. „Die Krankenhauslandschaft Mecklenburg-Vorpommern ist grundsätzlich sowohl strukturell als auch baulich

gut aufgestellt. Es wurden und werden hier Erneuerungen und Modernisierungen der Krankenhausstandorte realisiert, die aufgrund von veränderten medizinischen, technischen und planerischen Anforderungen erforderlich waren und dem demografischen Wandel Rechnung tragen“, so Glawe. Die stationäre Gesundheitsversorgung ist in Mecklenburg-Vorpommern durch 37 moderne, leistungsfähige Krankenhäuser sichergestellt. Aktuell sind im Krankenhausplan 10.047 Betten und 1.339 tagesklinische Plätze ausgewiesen.

#### **Investitionsmaßnahmen im Krankenhausbereich**

Im Krankenhausbereich wurden 2017 rund 27 Millionen Euro Fördermittel für neue Investitionsmaßnahmen an Krankenhäusern und rund 23 Millionen Euro Pauschalfördermittel ausgereicht. „Damit geht der stetige und dringend erforderliche Sanierungs- und Erneuerungsprozess in den Krankenhäusern weiter“, betonte Wirtschafts- und Gesundheitsminister Glawe.

In diesem Jahr wurde beispielsweise feierlich das Richtfest für den Erweiterungsneubau der Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie an den Helios Kliniken in Schwerin begangen. Der Erweiterungsbau an der BDH-Klinik Greifswald ist fertiggestellt worden. In Karlsburg (Landkreis Vorpommern-Greifswald) wird die Dialyseabteilung umgebaut, eine Endoskopieabteilung mit zusammenhängenden Räumen entsteht. In Wolgast (Landkreis Vorpommern-Greifswald) wird eine psychiatrische Tagesklinik neu gebaut. Für 2018 ist geplant, rund 50 Millionen Euro Investitionsmittel an die Kranken-

häuser auszureichen. Darüber hinaus wird der Krankenhausplan stetig fortgeschrieben, um aktuellen Bedarfsentwicklungen Rechnung zu tragen. „Der Erhalt unserer leistungsfähigen und flächendeckenden Krankenhauslandschaft ist eine wichtige Aufgabe“, erläuterte Gesundheitsminister Glawe weiter.

#### **Stipendienprogramm für Medizinstudierende entwickelt – Beitrag zur Fachkräftesicherung**

In diesem Jahr hat das Wirtschafts- und Gesundheitsministerium ein Stipendienprogramm für Medizinstudierende entwickelt. Wer die finanziellen Hilfen erhält, verpflichtet sich, nach dem Studium und der entsprechenden Facharztweiterbildung für eine Dauer von mindestens fünf Jahren in ländlichen Regionen oder im öffentlichen Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommerns ärztlich tätig zu werden. „Das ist auch ein Beitrag, um gut ausgebildete Fachkräfte im Land zu halten und ihnen eine Perspektive aufzuzeigen. Im kommenden Jahr werden die ersten Stipendien ausgereicht. Es geht uns vorrangig darum, dass für Krankenhäuser und Praxen im ländlichen Raum und im öffentlichen Gesundheitsdienst mehr Mediziner zur Verfügung stehen“, so Gesundheitsminister Glawe weiter. Das Stipendium beträgt 300 Euro monatlich und kann bis zum Ende des Medizinstudiums (dem Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung), jedoch längstens für vier Jahre und drei Monate, ausgezahlt werden. Es liegen beim Landesamt für Gesundheit und Soziales 27 Anträge vor, von denen sich 25 auf das Wintersemester 2017/18 beziehen.

**Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit**

## **Bürgerversicherung keine Option**

### **Gemeinsames Schreiben der BÄK, BZÄK, KBV und KZBV**

In einem gemeinsamen Schreiben an die Partei- und Fraktionsvorsitzenden von CDU und CSU haben Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ihre Positionen erneut deutlich gemacht und die Argumente gegen eine Bürgerversicherung und gegen eine einheitliche Gebührenordnung noch einmal zusammengefasst.

Folgendes Schreiben ist am 5. Januar dem Verhandlungsteam der Union für die Sondierung des Bereiches Gesundheit zur Kenntnis gegeben worden:

Die Ärzte- und Zahnärzteschaft betrachtet die von der Sozialdemokratie geforderte Umstellung unse-

res Krankenversicherungssystems auf eine Bürgerversicherung mit größter Sorge. Wir sind der festen Überzeugung, dass ein solcher Systemwechsel keines der Probleme unseres Gesundheitswesens lösen, sondern im Gegenteil viele neue schaffen würde. Mit großer Erleichterung haben wir deshalb zur Kenntnis genommen, dass führende Politiker von CDU und CSU einen solchen Systemwechsel vehement als Vorbedingung der SPD für mögliche Koalitionsgespräche ablehnen. Auch im Interesse unserer Patientinnen und Patienten, die durch die angestoßene Systemdebatte zutiefst verunsichert sind, danken wir Ihnen für Ihre klare Haltung in dieser Frage und stehen Ihnen in der weiteren Debatte gerne unterstützend zur Seite.

Dies gilt auch für die ebenfalls im Kontext einer Regierungsbildung geführte Diskussion über eine mögliche Konvergenz der Vergütungssysteme für Leistungen von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die fundamental unterschiedlichen (sozial)rechtlichen Rahmenbedingungen der privatärztlichen und der vertragsärztlichen Tätigkeit lassen die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung aus unserer Sicht nicht zu. Das Sachleistungs- und Pauschalierungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherungen kann auch auf Ebene einer Gebührenordnung dem Kostenersatzungs- und Einzelleistungsprinzip in der Privatmedizin nicht angeglichen werden. Auch in der zahnmedizinischen Versorgung gelten zwischen GKV und PKV grundlegend unterschiedliche Vergütungsprinzipien.

Auch sind alle bislang bekannt gewordenen Behauptungen bezüglich der finanziellen Entwicklungen nach Einführung einer Einheitsvergütung Planspiele ohne verlässliche Grundlage. Mehr noch: Aussagen, in einem einheitlichem Honorarsystem würde dem Versorgungssystem kein Geld entzogen, sind schlichtweg irreführend. Vielmehr gingen der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung bei einem Wegfall der Mehrumsätze durch die PKV erst einmal finanzielle Mittel in Milliardenhöhe verloren. Bislang zeigen die gesetzlichen Krankenkassen keinerlei Bereitschaft für eine Kompensation dieser Mittel.

Von diesem Mittelabfluss wären letztlich alle Patienten betroffen. Denn Privatversicherte ermöglichen mit ihrem die tatsächlichen Kosten deckenden Finanzierungsbeitrag eine hochwertige medizinische Ausstattung von Krankenhäusern und Praxen, die allen Patientinnen und Patienten unabhängig

vom Versicherungsstatus zur Verfügung steht.

Auch das Argument, eine einheitliche Honorierung würde dem Ärztemangel in strukturschwachen Räumen entgegenwirken, ist wenig überzeugend. Eine höhere Ärztedichte in Ballungsräumen und weniger Ärzte in ländlichen Räumen sind in allen OECD-Ländern vorzufinden. Wie bei anderen Berufsgruppen auch, sind hier andere Faktoren ausschlaggebend, wie oftmals fehlende kulturelle Angebote, unzureichende Erwerbsmöglichkeiten für Ehepartner oder Einschränkungen bei Betreuungs- und Schulangeboten für die Kinder. Hier sollte man ansetzen, statt Einheitshonorare zu propagieren, die für die Bekämpfung des Ärztemangels absolut wirkungslos wären – ihn sogar noch verschärfen würden.

Einheitshonorare sind nach unserer festen Überzeugung nichts anderes, als der Einstieg in ein Einheitsversicherungssystem mit den Ihnen bekannten negativen Auswirkungen für die Patientenversorgung. Dies stellt am Ende nichts anderes dar, als die Einführung der Bürgerversicherung durch die Hintertür. Wir hoffen deshalb sehr, dass CDU und CSU in dieser Frage eine ebenso klare Haltung einnehmen wie in der Diskussion über die Bürgerversicherung.

Die Ärzte- und Zahnärzteschaft ist selbstverständlich bereit, sich in die Debatte über die Weiterentwicklung unseres dualen Krankenversicherungssystems einzubringen und gemeinsam mit Ihnen Konzepte zu erarbeiten, wie dem zunehmenden Versorgungsbedarf in einer Gesellschaft des langen Lebens wirksam begegnet werden kann.

## Ausbildung erfolgreich beendet

*Nach erfolgreich bestandener Abschlussprüfung hat Désirée Schuch am 16. Januar ihre Ausbildung zur Kauffrau für Büromanagement und damit auch ihre Tätigkeit in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beendet.*

*Désirée Schuch war eine der Besten ihrer Ausbildungsklasse. Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle gratulierte zum Abschluss und wünschte ihr für ihren weiteren beruflichen Werdegang alles erdenklich Gute.*







*Der Ausschuss hatte viele wichtige Themen auf der Agenda.*

*Foto: Antje Künzel (3)*

## Tagung diesmal in Schwerin

### Konferenz der Versorgungswerke am 17. Januar



**D**r. Karsten Georgi hatte im Namen des Versorgungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern seine Kooperationspartner, die Zahnärzterversorgungswerke Hamburg und Sachsen-Anhalt, zu einem Informationsaustausch nach Schwerin eingeladen. Die gemeinsame Beratungsgesellschaft, die Deutsche Performance Messgesellschaft (DPG), präsentierte für alle drei Versorgungswer-

*Hans G. Pieper, GF der Deutschen Performance Messgesellschaft, erläuterte seine Ergebnisanalyse.*

ANZEIGE

ke die Jahresanalysen der Vermögenswerte. Die Synergieeffekte für alle drei Werke wurden von dem Geschäftsführer der DPG, Dipl.-Kfm. Hans G. Pieper, herausgestellt. Ferner wurde festgelegt, die Zusammenarbeit in der Vermögensanlage auszubauen und die Kostenvorteile gemeinsamer Fondsplattformen zu nutzen.

Die Mitglieder der Geschäftsführenden Ausschüsse der Versorgungswerke Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt verständigten sich darauf, mindestens einmal im Jahr eine gemeinsame Arbeitssitzung abzuhalten, um die strategische Ausrichtung für das Geschäftsjahr zu besprechen und die übergeordneten Rahmenbedingungen für den gemeinsamen Verwaltungsbetrieb zu erörtern.

**Dr. Verena Lemcke**



*Die drei Vorsitzenden der Versorgungswerke mit dem gemeinsamen Geschäftsführer (v.l.n.r.): Dr. Helmut Pfeffer (HH), Dr. Karsten Georgi (M-V), GF Gerald Matthies und Dieter Hanisch (S-A).*

## Prüfungstermine 2018

### Auszubildende zur/zum „Zahnmedizinischen Fachangestellten“

Die Prüfungstermine 2018 wurden wie folgt festgelegt:

#### **Zwischenprüfung**

Die Zwischenprüfungen finden einheitlich an allen vier Berufsschulstandorten, Rostock, Waren, Greifswald und Schwerin, des Landes Mecklenburg-Vorpommern am

Mittwoch, den 15. Mai,  
in der Zeit von 8 bis 10 Uhr statt.

#### **Abschlussprüfung**

Die schriftliche Abschlussprüfung wird am 6. Juni für alle Auszubildenden an den Berufsschulen Rostock, Greifswald, Schwerin und Waren in der Zeit von 8 bis 15 Uhr durchgeführt.

Die **mündliche** Abschlussprüfung findet wie folgt statt:

- 27. und 28. Juni Berufliche Schule Greifswald
- 2. Juli Berufliche Schule Waren
- 3. und 4. Juli Berufliche Schule Schwerin
- 5. und 6. Juli Berufliche Schule Rostock

Sämtliche Anmeldeformulare für die Zwischenprüfung und für die Abschlussprüfung werden durch das Referat ZAH/ZFA der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern an die Ausbilderpraxen verschickt und müssen fristgemäß eingereicht werden.

Die Auszubildenden sind nach Berufsbildungsgesetz § 15 für die jeweilige Prüfung freizustellen.

**Referat ZAH/ZFA**

# Rüstzeug für Verantwortung

## AS für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement

Seit 18 Jahren bietet die zahnärztliche Selbstverwaltung mit großem Erfolg ein besonderes berufs begleitendes Fortbildungsangebot für Zahnärztinnen und Zahnärzte an, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know-how dafür zulegen wollen.

Derzeit 15 zahnärztliche Körperschaften unter der Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV tragen die Bildungsplattform mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf. Neben den gesundheitspolitischen Fachkenntnissen erhalten die Teilnehmer im zweijährigen Studiengang auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Zum umfangreichen Themenspektrum der Akademie gehören u. a. Recht und Ökonomie des Gesundheitswesens und der Zahnarztpraxis, Gesundheitssystemforschung, Rhetorik, Öffentlichkeitsarbeit, Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern. Besuche bei politischen Institutionen in Berlin

und Brüssel runden ein vielseitiges interdisziplinäres Studienprogramm ab. Die Studienvermittlung erfolgt unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Christoph Benz, Vizepräsident der BZÄK, durch hochkarätige Dozenten aus Politik, Wissenschaft und Praxis.

Den 9. Studiengang der Akademie Anfang Dezember 2017 haben 21 Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich bereits in den Gremien der Kammern und der KZVs auf der Landesebene engagieren, erfolgreich mit dem Zertifikat „Manager in Health Care Systems“ abgeschlossen.

Am 1. März startet der neue, 10. Studiengang; fast alle Studienplätze sind bereits ausgebucht. 24 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, davon 15 Zahnärztinnen, werden zwei Jahre lang viel Neues gemeinsam erlernen und erleben – und zu ihrem Abschluss im Dezember 2019 auch das 20-jährige Jubiläum der AS Akademie feiern.

Nähere Informationen zur AS Akademie unter:

<https://www.zahnaerzte-akademie-as.de/die-akademie.html>  
Rückfragen bitte an die Geschäftsführerin der AS Akademie, Dipl.-Math. Inna Dabisch MPH (Telefonnummer: 030-40005 142, E-Mail: [i.dabisch@bzaek.de](mailto:i.dabisch@bzaek.de)).

## Erfahrung eines Absolventen

### Erfolgreicher Abschluss der Akademie

**L**iebe Kollegen, haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, Ihr Engagement in der Selbstverwaltung unseres Berufsstandes zu vergrößern? Haben Sie sich dann gefragt, was dort alles auf Sie zukommen kann und sind zum Schluss gekommen, dass es Ihnen an Wissen für dieses Engagement fehlt?

So ging es mir vor inzwischen zwei Jahren. Im dens wurde der Studiengang zahnmedizinische Selbstverwaltung und Praxismanagement der AS Akademie beworben und ich meldete mich an.

Nun, vier Semester später, ist das Curriculum abgearbeitet und eine Zeit mit vielen neuen Eindrücken und viel zusätzlichem Einblick in die Grundlagen der Selbstverwaltung und des Gesundheitswesens an sich ist vergangen.



Die beiden Absolventen der AS Akademie aus Mecklenburg-Vorpommern, Zahnarzt Michael Heitner (li.) und Vizepräsident Dr. Jens Palluch (re.), mit Präsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich nach der Übergabe der Zertifikate Foto: ZÄK

Am 6. Dezember 2017 wurden in einer festlichen Zeremonie in den Räumen der BZÄK die Zertifikate übergeben. Aber vor dem Lohn steht die Arbeit und so beschäftigten wir uns in neun Seminarblöcken a drei Tagen und einer Exkursion nach Brüssel mit den grundlegenden Gesetzen und Bestimmungen unseres Staates, unseres Gesundheitswesens, unserer Selbstverwaltung und unserer Praxen. Dabei wurden uns die Möglichkeiten aufgezeigt, wo wir Einfluss auf das Geschehen in EU, Bund, Land nehmen können. Dabei ging es nicht immer nur frontal zur Sache, viele Inhalte wurden auch durch Übungen, Rollenspiele und plastische Untermalung mit Anekdoten gefestigt und ins Gedächtnis gebracht.

Eine besondere Freude war es, mit 23 so unterschiedlichen Kollegen in diesen zwei Jahren zusammen zu kommen und durch intensive Gespräche

und Diskussionen einen weiten Ausblick über den eigenen Horizont – aus dem eigenen Land hinaus – zu bekommen. Dies und die große Bereitschaft aller Teilnehmer, einen offenen und kollegialen Umgang miteinander zu pflegen, hat dazu beigetragen, diese Fortbildung zu einem besonderen Erlebnis werden zu lassen.

Ich kann denjenigen, die Interesse an einer zukunftsgerichteten kollegialen Selbstverwaltung haben, nur empfehlen, dieses Studium als Einstieg in diesen Teil der Zahnmedizin zu wählen.

Ein Dank gilt allen Organisatoren und Trägern der AS Akademie, den Mitarbeitern dort und meinen Kommilitonen, besonders auch der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die mich mit einem Zuschuss zu den Semestergebühren unterstützte.

**Michael Heitner**

# Das neue Mutterschutzgesetz

## Was tun bei einer Schwangerschaft des Praxispersonals?

Im Jahr 2017 hat der Gesetzgeber den Mutterschutz neu geregelt. Das bis dahin geltende Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter wurde durch das Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium vom 23.05.2017 (Mutterschutzgesetz – MuSchG) abgelöst. Dieses Gesetz reformierte den Mutterschutz grundlegend und löste das bisherige Mutterschutzgesetz ab, welches ursprünglich aus dem Jahr 1952 stammte. Viele Bestimmungen des neuen Mutterschutzgesetzes treten am 01.01.2018 in Kraft.

Wie bisher auch, gilt das Mutterschutzgesetz für Arbeitnehmerinnen und Auszubildende, nicht aber für Selbstständige. Eine angestellte Zahnärztin wird somit vom Mutterschutzgesetz erfasst, die selbstständig tätige Zahnärztin jedoch nicht.<sup>1</sup>

Ein wesentlicher Unterschied zum bisherigen Rechtsstand besteht in der anlassunabhängigen Gefährdungsbeurteilung.

### 1. Anlassunabhängige Gefährdungsbeurteilung

Unabhängig von einem konkreten Schwangerschaftsfall ist jeder Arbeitgeber verpflichtet, eine Beurteilung der jeweiligen Arbeitsplätze hinsichtlich der mit der Tätigkeit verbundenen Gefährdungen vorzunehmen (§ 5 Arbeitsschutzgesetz). Im Rahmen dieser Überprüfung muss gemäß § 10 (1) MuSchG nunmehr auch geprüft werden, ob an dem Arbeitsplatz mögliche Gefährdungen für schwangere oder stillende Frauen bestehen und ob diese durch geeignete Schutzmaßnahmen ausgeschlossen werden können. Schutzmaßnahmen können z.B. die Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder die Verwendung von Schutzkleidung sein.

Diese Überprüfungspflicht ist anlassunabhängig, d. h., es ist unerheblich, ob der Arbeitsplatz aktuell von einer Frau besetzt ist oder nicht. Durch diese Verpflichtung soll Transparenz und Sensibilität hergestellt werden.

Für jede Tätigkeit sind die Gefährdungen nach Art, Ausmaß und Dauer zu beurteilen, denen die schwangere oder stillende Frau oder ihr Kind ausgesetzt sein kann. Ferner muss geprüft werden, ob

- Schutzmaßnahmen erforderlich sein werden,
- eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes notwendig sein wird

oder

- ob eine Tätigkeit der schwangeren/stillenden Frau an diesem Arbeitsplatz ausscheidet.

Die durchgeführte Gefährdungsanalyse sowie das Ergebnis müssen vom Arbeitgeber dokumentiert werden (§ 14 (1) MuSchG). Das Ergebnis der abstrakten Gefährdungsanalyse muss allen Mitarbeitern (auch den männlichen) mitgeteilt werden (§ 14 (2) MuSchG).

### 2. Bekanntgabe der Schwangerschaft/Stillzeit

Wie bisher auch, soll die werdende Mutter ihrem Arbeitgeber die Schwangerschaft sowie den mutmaßlichen Entbindungstermin mitteilen, sobald sie weiß, dass sie schwanger ist (§ 15 (1) S. 1 MuSchG). Eine stillende Frau soll ihrem Arbeitgeber so früh wie möglich mitteilen, dass sie stillt (§ 15 (1) S.2 MuSchG). Formvorschriften über die Mitteilungen existieren nicht. Zum Nachweis der Schwangerschaft kann der Arbeitgeber verlangen, dass ihm die Schwangere ein ärztliches Zeugnis oder ein Zeugnis der Hebamme/des Entbindungspfleger vorlegt. Dieser Nachweis soll den voraussichtlichen Entbindungstermin enthalten (§ 15 (2) S.2 MuSchG). Die Kosten für diesen Nachweis hat der Arbeitgeber zu tragen (§ 9 (6) S.2 MuSchG).

### 3. Konkrete Gefährdungsbeurteilung / unverantwortbare Gefährdung

Die Bekanntgabe der Schwangerschaft/Stillzeit durch die Arbeitnehmerin begründet die Verpflichtung des Praxisbetreibers, unverzüglich die im Rahmen der Gefährdungsanalyse ermittelten Schutzmaßnahmen zu ergreifen und die Frau darüber zu informieren. Zusätzlich hat er der Frau ein Gespräch über die Anpassung ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten (§ 10 (2) MuSchG).

<sup>1</sup> Infolge einer im April 2017 in Kraft getretenen Änderung im Versicherungsvertragsgesetz hat die privat krankenversicherte selbstständige Zahnärztin nun während der mutterschutzrechtlichen Schutzfristen einen Krankentagegeldanspruch zum Ausgleich des Verdienstauffalles, wenn ein entsprechender privatrechtlicher Versicherungsschutz für Krankentagegeld abgeschlossen wurde.

Die Arbeitsbedingungen der schwangeren/stillenden Frau müssen gemäß § 9 MuSchG so gestaltet werden, dass keine unverantwortbare Gefährdung vorliegt.

Eine Gefährdung liegt vor, wenn die Möglichkeit besteht, dass die schwangere oder stillende Frau und das ungeborene oder gestillte Kind durch eine bestimmte Tätigkeit/Arbeitsbedingung gesundheitlich beeinträchtigt werden kann.

Unverantwortbar ist eine solche Gefährdung, wenn der möglicherweise eintretende Gesundheitsschaden so schwer sein kann, dass es nicht hinnehmbar ist, dieses Risiko einzugehen. Wie Hoch die Schadenswahrscheinlichkeit sein muss, um als nicht mehr hinnehmbar eingestuft zu werden, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Grundsätzlich ist bei der Beurteilung die mögliche Schwere des Gesundheitsschadens entscheidender, als die Wahrscheinlichkeit, dass dieser eintritt.

Beispiele für eine solche unverantwortbare Gefährdung für werdende und stillende Mütter können den §§ 11-12 MuSchG entnommen werden. Diese Normen enthalten Tätigkeiten, die für schwangere und stillende Frauen als unzulässig angesehen werden. Von besonderer Praxisrelevanz sind die §§ 11 (2), 12 (2) MuSchG. Diese Paragraphen untersagen, dass schwangere oder stillende Frauen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie in einem Maße mit Biostoffen<sup>2</sup> der Risikogruppe 2,3 und 4 in Kontakt kommen oder kommen können, dass dies für sie oder das Kind eine unverantwortbare Gefährdung darstellt.

In der Zahnarztpraxis sind dies vor allem Tätigkeiten, bei denen die Mitarbeiter Kontakt mit Blut und/oder Speichel haben bzw. haben können. Man denke in diesem Zusammenhang an die zahnärztliche Behandlung, Assistenz, Prophylaxe oder die Aufbereitung von Medizinprodukten. Auch bei Einhaltung aller Schutzvorschriften und bei Anwendung größter Sorgfalt kann eine Nadelstichverletzung nicht ausgeschlossen werden. Resultiert aus einem solchen Ereignis z.B. eine Infektion mit HIV, Hepatitis oder Röteln, können die Folgen (Fehlgeburt, Missbildungen usw.) schwerwiegend sein.

Folglich ist von einer unverantwortbaren Gefährdung auszugehen.

#### 4. Konsequenzen bei Vorliegen einer unverantwortbaren Gefährdung

Hat die Gefährdungsanalyse das Vorliegen von unverantwortbaren Gefährdungen ergeben, besteht für den Arbeitgeber Handlungsbedarf. Der § 13 (1) MuSchG definiert zwingend die Rangfolge von einzuleitenden Schutzmaßnahmen:

1. Umgestaltung der Arbeitsbedingung durch Schutzmaßnahmen
2. Versetzung auf einen ungefährdeten Arbeitsplatz
3. Betriebliches Beschäftigungsverbot

Zunächst hat der Arbeitgeber also zu prüfen, ob die Arbeitsbedingungen durch Schutzmaßnahmen so umgestaltet werden können, dass keine unverantwortbare Gefährdung mehr vorliegt (§ 13 (1) Nr. 1 MuSchG). Ist dies nicht möglich oder mit einem unzumutbaren Aufwand verbunden, hat er die Mitarbeiterin an einen anderen geeigneten und zumutbaren Arbeitsplatz zu versetzen (§ 13 (1) Nr.2 MuSchG). Ist auch dies nicht möglich, hat er ein betriebliches Beschäftigungsverbot auszusprechen (§13 (1) Nr. 3 MuSchG).

Wie bereits ausgeführt, kann bei Tätigkeiten in der zahnärztlichen Behandlung, Assistenz, Prophylaxe oder bei der Aufbereitung von Medizinprodukten eine Stich-oder Schnittverletzung nicht ausgeschlossen werden. Dies kann auch durch das Ergreifen von Schutzmaßnahmen nicht verhindert werden. Folglich ist für schwangere/stillende Frauen, die bisher mit derartigen Aufgaben betraut sind, die Zuweisung eines anderen gefahrlosen und zumutbaren Arbeitsplatzes zu prüfen. Hierbei muss zwischen angestellten Zahnärztinnen und dem nichtapprobieren Fachpersonal (ZFA, ZMP, DH usw.) unterschieden werden, da sich diese hinsichtlich der Zumutbarkeitsgrenze unterscheiden.

Die Zuweisung einer anderen Tätigkeit muss billigem Ermessen entsprechen, objektiv und subjektiv (z.B. Vereinbarkeit mit

familiären Verpflichtungen) zumutbar sein. Ferner muss die soziale Wertigkeit gewahrt bleiben (BAG, Urteil vom 22.04.1998 – 5 AZR 478/97).

Angestellte Zahnärztinnen schulden aufgrund ihres Arbeitsvertrages die Patientenbehandlung. Eine Umsetzung an die Rezeption oder in die Verwaltung wäre aufgrund der vertraglich geschuldeten Arbeitsleistung bzw. der geringeren sozialen Wertigkeit der zugewiesenen Tätigkeit nicht zumutbar. Für Zahnmedizinische Fachangestellte wäre eine solche Umsetzung jedoch grundsätzlich möglich, wenn sie aufgrund ihres aktuellen Kenntnisstandes auf diesem Arbeitsplatz einsetzbar sind und die Zuweisung des neuen Arbeitsplatzes insgesamt organisatorisch umsetzbar ist.

Wenn auch die Zuweisung eines gefahrlosen und zumutbaren Arbeitsplatzes ausscheidet, hat der Arbeitgeber ein betriebliches Beschäftigungsverbot auszusprechen.

#### 5. Dokumentationspflichten des Arbeitgebers

Mit dem neuen Mutterschutzrecht geht eine Ausweitung der Dokumentationspflichten des Arbeitgebers einher. Der Arbeitgeber hat das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach § 10 (1) MuSchG sowie den Bedarf an erforderlichen Schutzmaßnahmen zu dokumentieren. Im Falle der Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau hat er ferner die festgelegten Schutzmaßnahmen sowie das Gesprächsangebot bzw. das Gesprächsdatum zu dokumentieren (§ 14 MuSchG).

#### 6. Ärztliches Beschäftigungsverbot

Nach § 16 MuSchG darf eine Beschäftigung einer Schwangeren nicht erfolgen, soweit nach ärztlichem Zeugnis ihre Gesundheit oder die des Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.

#### 7. Mutterschutzfristen

##### 7.1 Vor der Geburt

Auch das neue Mutterschutzgesetz kennt Schutzfristen. Nach § 3 (1) MuSchG darf ein Arbeitgeber eine Schwangere in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen, es sei denn, die Schwangere erklärt sich ausdrücklich zur Arbeitsleistung bereit. Dieses Einverständnis kann sie jedoch jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Wichtig ist, dass die Schwangere ihr Einverständnis auch ausdrücklich erklärt, eine bloße Weiterarbeit ist nicht ausreichend. Zur Absicherung des Arbeitgebers sollte die Erklärung schriftlich erfolgen. Für die Berechnung der sechswöchigen Schutzfrist ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem Zeugnis des Arztes oder der Hebamme/des Entbindungspflegers ergibt. Während der Mutterschutzfrist erhält die Arbeitnehmerin Mutterschaftsgeld. Entscheidet sie sich zur Weiterarbeit, ruht dieser Anspruch und sie erhält weiter ihr Gehalt.

##### 7.2 Nach der Geburt

Gemäß § 3 (2) MuSchG darf ein Arbeitgeber eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen. Diese Schutzfrist verlängert sich auf zwölf Wochen bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten und wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei dem Kind eine Behinderung festgestellt wurde.

Bedauerlicherweise halten sich Kinder nur selten an den errechneten Geburtstermin und werden früher oder später geboren. Wird ein Kind nach dem voraussichtlichen Geburtstermin geboren, verlängert sich automatisch die Schutzfrist vor der Geburt. Wird das Kind jedoch früher geboren, verlängert sich die Schutzfrist nach der Geburt um die Verfrühung (§ 3 (2) MuSchG).

Ein Verzicht der Frau auf die Mutterschutzfrist nach der Geburt ist nicht möglich.

<sup>2</sup> Biostoffe im Sinne von § 3 (1) Biostoffverordnung

## 8. Arbeitsentgelt während der Schutzfristen / eines Beschäftigungsverbotes

### 8.1 Während des Beschäftigungsverbotes

Unterliegt die schwangere oder stillende Frau einem ärztlichen oder betrieblichen Beschäftigungsverbot, erhält sie von ihrem Arbeitgeber Mutterschutzlohn nach § 18 MuSchG. Dies ist das durchschnittliche Beschäftigungsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor dem Eintritt der Schwangerschaft.

Da Zahnärzte, wie alle anderen Arbeitgeber auch, am Umlage- und Ausgleichsverfahren der Krankenkassen gemäß dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) teilnehmen, können sie sich diese Aufwendungen aus der U2-Umlage erstatten lassen. Zu diesen Aufwendungen zählt das durch den Arbeitgeber fortgezählte Arbeitsentgelt während eines Beschäftigungsverbotes sowie eine pauschale Erstattung seiner Aufwendungen zur Sozialversicherung, deren konkrete Höhe jedoch von der jeweiligen Krankenkasse abhängig ist (zumeist erfolgt eine Erstattung in Höhe von 20% des fortgezählten Bruttoarbeitsentgeltes der Schwangeren). Wichtig ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass das Beschäftigungsverbot die alleinige Ursache für das Aussetzen der Mitarbeiterin ist.

Ziel des neuen Mutterschutzgesetzes ist es u. a. den schwangeren oder stillenden Frauen eine Fortführung ihrer Beschäftigung zu ermöglichen (§ 1 (1) MuSchG). Vor diesem Hintergrund ist auch die Rangfolge von Schutzmaßnahmen des § 13 MuSchG zu sehen, die nur in letzter Konsequenz ein Beschäftigungsverbot vorsieht. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen künftig vor einer Erstattung aus der U2-Umlage prüfen, ob das betriebliche Beschäftigungsverbot tatsächlich die einzige Option ist oder ob nicht z.B. eine Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz möglich ist.

### 8.2 Während der Mutterschutzfristen

Frauen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten für die Zeit in der sie sich in der Schutzfrist vor und nach der Geburt befinden Mutterschaftsgeld von der Krankenkasse (maximal 13,- Euro pro Kalendertag). Sofern das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt den Betrag von 13 EUR übersteigt, hat der Arbeitgeber den Differenzbetrag als Zuschuss zu zahlen (§ 20 MuSchG). Auch dieser Zuschuss ist zu 100 % aus der U2-Umlage erstattungsfähig.

## 9. Arbeitszeiten

Die maximale Arbeitszeit für volljährige Frauen, die schwanger sind oder stillen, beträgt gemäß § 4 (1) MuSchG achteinhalb Stunden täglich bzw. 90 Stunden in der Doppelwoche (einschließlich der Sonntage). Für Minderjährige gelten acht bzw. 80 Stunden. Der Arbeitgeber darf ferner eine schwangere oder stillende Frau nicht in einem Umfang beschäftigen, der die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt des Monats übersteigt. Bei mehreren Arbeitgebern sind die Arbeitszeiten zusammenzurechnen.

Nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit müssen Schwangeren oder Stillenden mindestens 11 Stunden ununterbrochene Ruhezeit gewährt werden (§ 4 (2) MuSchG).

## 10. Nachtruhe

Grundsätzlich dürfen gemäß § 5 (1) i.V.m. § 28 MuSchG schwangere oder stillende Frauen nicht zwischen 20 Uhr und 6 Uhr beschäftigt werden. Die Aufsichtsbehörde (Gewerbeaufsichtsamt – in M-V: zuständige Abteilung für Arbeitsschutz und technische Sicherheit des LAGuS) kann eine Beschäftigung bis 22 Uhr ausnahmsweise genehmigen, wenn

1. sich die Frau dazu ausdrücklich bereit erklärt,
2. nach ärztlichem Zeugnis nichts gegen die Beschäftigung spricht und
3. Alleinarbeit ausgeschlossen ist.

Die Frauen können ihre Zustimmung gemäß Nummer 1 jederzeit widerrufen.

## 11. Freistellung für Untersuchungen

Der Arbeitgeber hat eine Frau für Untersuchungen, die im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, freizustellen (§ 7 (1) MuSchG). Während der Freistellung für diese Untersuchungen ist gemäß § 23 MuSchG das Entgelt so zu zahlen, als wenn die Arbeitnehmerin gearbeitet hätte.

## 12. Freistellung für die Stillzeit

Der Arbeitgeber hat gemäß § 7 (2) MuSchG eine stillende Arbeitnehmerin auf ihr Verlangen während der ersten zwölf Monate nach der Entbindung für die zum Stillen erforderliche Zeit freizustellen, mindestens zweimal täglich eine halbe Stunde oder einmal täglich eine Stunde. Auch in diesem Fall darf der Frau kein Verdienstausschlag entstehen (§ 23 MuSchG).

## 13. Urlaubsanspruch

Gemäß § 24 MuSchG werden Ausfallzeiten wegen mutterschutzrechtlicher Beschäftigungsverbote als Beschäftigungszeiten gewertet. Die Schwangere erwirbt somit auch für Zeiten des Beschäftigungsverbotes einen Urlaubsanspruch, obwohl sie nicht gearbeitet hat. Hat die Schwangere ihren Urlaub vor Beginn der Beschäftigungsverbote nicht oder nicht vollständig erhalten, so kann sie nach Ablauf des Beschäftigungsverbotes den Resturlaub im laufenden oder im nächsten Urlaubsjahr beanspruchen. Schließt sich an das Beschäftigungsverbot unmittelbar eine Elternzeit an, kann der Urlaub nach Ablauf der Elternzeit entsprechend beansprucht werden.

## 14. Kündigungsschutz

Dem Gedanken der besonderen Schutzwürdigkeit von Müttern kommt der Gesetzgeber auch auf dem Gebiet des Kündigungsschutzes nach. Gemäß § 17 (1) MuSchG ist die Kündigung gegenüber einer Frau unzulässig:

- während der Schwangerschaft
- bis zum Ablauf von vier Monaten nach einer Fehlgeburt nach der 12. Schwangerschaftswoche
- bis zum Ende ihrer Schutzfrist nach der Entbindung, mindestens jedoch bis zum Ablauf von 4 Monaten nach der Entbindung

wenn dem Arbeitgeber zum Zeitpunkt der Kündigung die Schwangerschaft, die Fehlgeburt oder die Entbindung bekannt war oder innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird.

Auf befristete Arbeitsverhältnisse hat der Kündigungsschutz des Mutterschutzgesetzes jedoch keinen Einfluss, da diese Arbeitsverhältnisse durch Fristablauf und nicht durch Kündigung enden.

## 15. Mitteilung an das Gewerbeaufsichtsamt

Der § 27 (1) MuSchG verpflichtet jeden Arbeitgeber, die zuständige Gewerbeaufsicht (in M-V die zuständigen Abteilungen für Arbeitsschutz und technische Sicherheit des LAGuS) über die Schwangerschaft einer Arbeitnehmerin zu informieren. Auf den Internetseiten der Zahnärztekammer M-V finden sich entsprechende Dokumente zum Download. Auf Verlangen hat der Arbeitgeber dem LAGuS alle Angaben zu machen, die das LAGuS benötigt, um die Einhaltung des Mutterschutzes zu kontrollieren (§ 27 (2) MuSchG). Hierzu gehört z.B. auch das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung.

## 16. Aushangpflicht des MuSchG

In Betrieben, in denen regelmäßig mehr als drei Frauen beschäftigt werden, hat der Arbeitgeber das Mutterschutzgesetz an geeigneter Stelle auszulegen. Wahlweise kann er das Gesetz auch in elektronischer Form zugänglich machen (§ 26 MuSchG).

**M. Behring, LL.M.**

**Geschäftsführer Zahnärztekammer Niedersachsen**

*Mit freundlicher Genehmigung aus dem Newsletter ZKN, Dezember 2017*

# Aufwärtstrend bei Pflege-Kooperationen

## Jahrbuch 2017 mit fundierten Versorgungsdaten

Eine flächendeckende, wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen, ist die zentrale Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVs) in den Ländern. Hierzu bedarf es jedoch verlässlicher Daten und Informationen: Wie viele Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sichern die gute Versorgung in Deutschland Tag für Tag in den Praxen? Welche vertragszahnärztlichen Behandlungen wurden im Jahr 2016 am häufigsten von gesetzlich versicherten Patienten in Anspruch genommen? Die Antwort auf diese und viele weitere Fragen beantwortet das aktuelle Jahrbuch der KZBV – präzise, fachlich belastbar und umfassend.

Ein großes Augenmerk legt der Berufsstand zum Beispiel auf Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf. Dazu zählen Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung. Ältere Menschen mit Pflegebedarf haben eine deutlich schlechtere Mundgesundheit als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren. Auf diesen besonderen Behandlungsbedarf reagiert die Vertragszahnärzteschaft unter anderem mit speziellen Kooperationsverträgen, die seit dem Jahr 2014 mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden können. Sie ermöglichen Zahnärzten eine systematische Betreuung pflegebedürftiger Patienten vor Ort.

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Bei 3210 Kooperationsverträgen mit den etwa 13 600 Einrichtungen ergibt sich – für den Berichts-

zeitraum des Jahrbuchs – bereits ein Versorgungsgrad von bundesweit rund 24 Prozent. Die aktuelle Zahl der Verträge liegt im zweiten Quartal 2017 sogar schon bei 3516. Der Aufwärtstrend bei den Kooperationen hält also weiter an.“

### Zahnärztlicher Nachwuchs gesichert

Auch um den zahnärztlichen Nachwuchs steht es dem aktuellen Jahrbuch der KZBV zufolge sehr gut. Die Zahl der Approbationen hat im Jahr 2016 mit 2409 ein 25-Jahres-Hoch erreicht. Zum Vergleich: Im Jahr 2000 waren es lediglich 1873 Approbationen.

Das von der Abteilung Statistik erarbeitete, regelmäßig aktualisierte Jahrbuch ist seit Jahrzehnten etabliertes Standardwerk für Informationen und wissenschaftlich fundierte Erhebungen im Bereich Zahnmedizin. Die Ausgabe 2017 kann auf der Website der KZBV bestellt werden. Die Vollversion des Nachschlagewerks kann dort zudem im PDF-Format kostenfrei heruntergeladen werden. Alternativ ist eine postalische Bestellung unter folgender Anschrift möglich: KZBV, Abteilung Statistik, Universitätsstr. 73, 50931 Köln. Bestellungen per Fax: 0221/4001-180, telefonische Bestellungen können unter 0221/4001-215/-117/-216. **KZBV**



## Was kostet eine Zahnarztstunde?

### Einnahmen- und Kostensituation

Führt man die betriebswirtschaftlich relevanten Daten aus dem KZBV-Jahrbuch zusammen, ergibt sich die Einnahmen- und Kostensituation einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis. Dabei ist die Kenntnis der eigenen Basisdaten für jeden Freiberufler unverzichtbar, um eine sichere Honorarkalkulation vornehmen, möglicherweise aber auch Fehlentwicklungen rechtzeitig entgegensteuern zu können.

Im Beispielfall Durchschnittspraxis ergibt sich aus den wöchentlichen 34,5 Stunden Behandlungstätigkeit bei 42 Arbeitswochen ein jährliches Volumen von 1449 Behandlungsstunden. Stellt man dem nun die durchschnittlichen Praxisausgaben in Höhe von 321 400 Euro (minus 82 700 für Arbeiten von Fremd-

laboren) gegenüber, kommt man auf Betriebsausgaben mit einer Summe von 165 Euro pro 60 Minuten. Erst ab dieser Grenze wird Geld verdient. Soll – wie in der „Durchschnittspraxis“ – das Jahresziel von 157 300 Euro erreicht werden, bedarf es eines zusätzlichen Umsatzes von umgerechnet 109 Euro pro Stunde. Insgesamt müssen demnach je Stunde 274 Euro erwirtschaftet werden (Alte Bundesländer: 287 Euro, Neue Bundesländer 204 Euro). Unter Einbeziehung der Fremdlaboraausgaben errechnet sich ein durchschnittlich notwendiger Gesamtumsatz von 330 Euro (Alte Bundesländer: 346 Euro, Neue Bundesländer: 249 Euro) pro Stunde.

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2017

# Ein Film für alle Fälle

## Praktischer Wegweiser der Patientenberatung

Die Zahnärztliche Patientenberatung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVs) und (Landes-)Zahnärztekammern berät bereits seit vielen Jahren Patientinnen und Patienten zu allen Fragen rund um die Mundgesundheit und die zahnärztliche Versorgung – kompetent, transparent, kostenfrei. Jetzt wurde die zentrale Website [www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de](http://www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de) um einen Informationsfilm erweitert, der das vielfältige Angebot dieser Beratung kompakt erläutert.

Das neue Video beschreibt anschaulich die Kontaktmöglichkeiten und das Beratungsspektrum im gesamten Bundesgebiet. Der Film dient damit als praktischer Wegweiser für Patienten, die zum Beispiel Fragen zur Versorgung mit Zahnersatz oder zum Heil- und Kostenplan ihrer behandelnden Zahnärztin oder ihres Zahnarztes haben. Nutzer der Website finden darüber hinaus schnell und übersichtlich die Kontaktdaten sämtlicher Beratungsstellen in den Ländern sowie weiterführende Informationen rund um die Leistungen und den Service der Zahnärztlichen Patientenberatung.

### Zufriedenheit als Ziel

Seit dem Jahr 2016 werden die Ergebnisse der Patientenberatung bundesweit nach einheitlichen Kriterien erfasst und ausgewertet. Das Ziel ist, die Beratung durch die zahnärztliche Selbstverwaltung weiterzuentwickeln, sodass die Patienten in ihrem Anliegen nach Beratung und Information optimal unterstützt werden. Die Auswertung liefert darüber hinaus Hinweise auf weitere Handlungsfelder im zahnärztlichen Beratungsgeschehen und hilft dabei, mit geeigneten und zielgerichteten Maßnahmen frühzeitig gegenzusteuern. Erstmals ist der Bericht Ende Mai 2017 erschienen, welche die durchgeführten Beratungen über zwölf Monate hinweg erfasste.

Die Daten der zahnärztlichen Patientenberatung sind systematisch erfasst und die Ergebnisse der Evaluation der Beratungsleistungen wurden wissenschaftlich ausgewertet. Die Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche



Bundesvereinigung haben zudem vereinbart, dass diejenigen (Landes-)Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die ihre Beratungen der Zahnärztlichen Patientenberatung und/oder die von ihnen bearbeiteten Beschwerden von Patienten über die gemeinsame Doku-

mentationssoftware erfassen, jeweils eine eigene Regionalauswertung auf Basis einer einheitlichen Struktur zur Verfügung gestellt bekommen. Diese länderspezifischen Daten für das Jahr 2016 wurden inzwischen an die teilnehmenden Kammern übersendet.

Die Software Updates werden zum Anfang des neuen Jahres wieder erfolgen. Das Handbuch der Dokumentationssoftware wird ebenfalls aktualisiert.

Der aktuelle Jahresbericht kann abgerufen werden unter:

<https://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/qualitaetsfoerderung.html> oder

<http://www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de/patienten-im-mittelpunkt/>

**KZBV/BZÄK**

Wir trauern um

**Zahnarzt Rainer Winkelmann**

Wismar

geb. 12. September 1941

gest. 12. Januar 2018

Wir werden ihm ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern



# Service der KZV

## Nachfolger gesucht

In folgenden Planungsbereichen werden Nachfolger für **allgemeinzahnärztliche Praxen** gesucht: Bad Doberan, Güstrow, Ludwigslust, Mecklenburg-Strelitz, Müritz, Nordvorpommern, Nordwestmecklenburg, Ostvorpommern, Parchim, Rostock, Rügen, Schwerin, Stralsund, Uecker-Randow, Wismar. Ein Nachfolger für eine **kieferorthopädische Praxis** wird gesucht: Vorpommern-Greifswald. Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym.

## Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am **14. März** (*Annahmestopp von Anträgen: 21. Februar*) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 19055 Schwerin, Wismarsche Straße 304, 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. Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nicht gezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt. Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses: Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung, Ruhen der Zulassung, Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes, Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes), Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang), Verzicht auf die Zulassung. Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Telefonnummer 0385-54 92-130 oder unter der E-Mail: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de)). **KZV**

Beschlüsse des Zulassungsausschusses		
Name	Vertragszahnarztsitz	ab / zum
<b>Ende der Zulassung</b>		
Karin Voß	17438 Wolgast, Chausseestraße 56	31.12.2017
Heidmarie Walther	18107 Rostock, Stockholmer Straße 14a	27.01.2018
Dr. Heinz-Günther Ahrens	23966 Wismar, Tucholskyweg 7	31.12.2017
PD Dr. habil. I Peter Machinek	18106 Rostock, Kolumbusring 61	01.01.2018
Dipl.-Stom. Sybille Schlüter	18106 Rostock, Ehm-Welk-Straße 22	01.01.2018
Dipl.-Stom. Bettina Groß	17489 Greifswald, Karl-Marx-Platz 2	10.01.2018
Dr. Martin Woelk	23966 Wismar, Philipp-Müller-Straße 44	31.01.2018
DS Claus u. Claudia Ebert	23992 Neukloster, Ernst-Thälmann-Straße 3a	01.02.2018
Frauke Waterstraat	17235 Neustrelitz, Zierker Straße 30	01.02.2018
<b>Angestelltenverhältnisse</b>		
angestellter Zahnarzt	in Praxis	ab / zum
<b>Genehmigung der Anstellung</b>		
Dr. Birte Ingwersen	Dr. Holger Garling M.Sc., 19055 Schwerin	01.01.2018
<b>Ende der Anstellung</b>		
Mohammed Saif	Dr. Lutz Knüpfer, 17139 Malchin	31.12.2017
Marc Morenz	PD Dr. habil. P. Machinek, 18106 Rostock	01.01.2018
Franziska Klinkhammer	MVZ „32-Zähne im Glück MVZ GmbH“, 19053 Schwerin	31.12.2017
Dr. Martin Ebert	BAG Claus und Claudia Ebert, 23992 Neukloster	31.01.2018
Dr. Diana Ellmer	Dr. Martin Woelk, 23966 Wismar	31.01.2018

# Fortbildungsangebote der KZV

## PC-Schulungen *Punkte: 3*

**Referent:** Andreas Holz, KZV M-V;  
**Wo:** KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin. Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung. **Gebühr:** 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorbereitungsassistenten und Mitarbeiter des Praxisteam (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung).

## Einrichtung einer Praxishomepage

**Inhalt:** Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; einfache Homepage selbst gestalten. **Wann:** 7. Februar, 15 bis 18 Uhr, Schwerin, 25. April, 15 bis 18 Uhr, Schwerin

## Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen Leistungen

Grundkenntnisse in der vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Susann Wünschowski, Mitarbeiterin Abteilung Kons./Chir. KZV M-V

**Inhalt:** gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen – wann bezahlt die Krankenkasse – an aktuellen Fallbeispielen dargestellt; allgemeine Hinweise zur Füllungstherapie; zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige mit und ohne einen Kooperationsvertrag; die Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern – aktueller Stand; die zahnärztliche Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; Vorsorgeprogramme für Kinder; rechtliche Grundlagen und Hinweise zur Dokumentation in den Behandlungsunterlagen; zur Anforderung von Behandlungsunterlagen durch Prüfungsgremien und Krankenkassen – Mitwirkungspflicht; Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern anhand aktueller Prüfergebnisse aus der Quartalsabrechnung, der rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigung sowie der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d (alt: § 106a) SGB V

**Wann:** 21. März, 14 bis 18 Uhr, Schwerin, 28. März, 14 bis 18 Uhr, Güstrow

**Punkte:** 5

## Ich melde mich an zum Seminar:

*(Bitte zutreffendes Seminar ankreuzen)*

- Einrichtung einer Praxishomepage am 7. Februar, 15–18 Uhr, Schwerin
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen Leistungen am 21. März, 14–18 Uhr, Schwerin
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von ZE-Leistungen am 21. März 15–18 Uhr, Güstrow
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen Leistungen am 28. März, 14–18 Uhr, Güstrow
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von ZE-Leistungen am 11. April, 15–18 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 25. April, 15–18 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

**Gebühr:** 75 Euro *(inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)*

## Die vertragszahnärztliche Abrechnung von Zahnersatz-Leistungen

Grundkenntnisse in der vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt

**Referentin:** Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

**Inhalt:** Erörterung der wichtigsten Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinien; Erläuterung der Befundgruppen; Regelversorgung, gleich- und andersartige Versorgungsformen – Abrechnungsbeispiele; Wiederherstellungen; Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern

**Wann:** 21. März, 15 bis 18 Uhr, Güstrow  
 11. April, 15 bis 18 Uhr, Schwerin

**Punkte:** 4

**Gebühr:** 75 Euro *(inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)*

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin; Ansprechpartnerin: Antje Peters, E-Mail-Adresse: mitgliederwesen@kzvmv.de, Tel.: 0385-54 92-131, Fax: -498. **KZV**

# Fortbildung März und April

**Fachgebiet:** Hygiene

**Thema:** Zeitgemäßes Hygienemanagement in Zahnarztpraxen

**Referenten:** Dipl.-Stom. Holger Donath (Teterow), Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski (Rostock)

**Termin:** 14. März, 15–20 Uhr

**Ort:** Hotel am Ring, Große Krauthöfer Str. 1, 17033 Neubrandenburg

**Fortbildungspunkte:** 6

**Kurs-Nr.:** 7/I-18

**Kursgebühr:** 138 Euro

**Fachgebiet:** Prothetik

**Thema:** Kranimandibuläre Dysfunktion (CMD):

„Ein Buch mit sieben Siegeln“?

**Referent:** Univ.-Prof.

Dr. Peter Ottl (Rostock)

**Termin:** 17. März, 9–17 Uhr

**Ort:** Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Morat“, Hörsaal III, Stempelstr. 13, 18057 Rostock

**Fortbildungspunkte:** 8

**Kurs-Nr.:** 8/I-18

**Kursgebühr:** 200 Euro

**Fachgebiet:** ZFA

**Thema:** Endlich raus aus dem Produkte-Labyrinth:

Von Zahnpasten, Mundspüllösungen und Co.

**Referent:** DH Sona Alkozei (Bremen)

**Termin:** 17. März, 9–17 Uhr

**Ort:** Zahnärztekammer M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

**Kurs-Nr.:** 30/I-18

**Kursgebühr:** 237 Euro

**Fachgebiet:** ZFA

**Thema:** Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz

**Referenten:** Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg), Dr. Christian Lucas (Greifswald)

**Termin:** 21. März, 15–18 Uhr

**Ort:** TriHotel am Schweizer Wald Tessiner Str. 103, 18055 Rostock

**Kurs-Nr.:** 31/I-18

**Kursgebühr:** 45 Euro

**Fachgebiet:** Konservierende Zahnheilkunde

**Thema:** Die endodontische Revision

**Referenten:** Dr. Heike Steffen (Greifswald), Dr. Michael Drefs (Greifswald)

**Termin:** 24. März, 9–16 Uhr

**Ort:** Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42 a, 17489 Greifswald

**Fortbildungspunkte:** 9

**Kurs-Nr.:** 9/I-18

**Kursgebühr:** 300 Euro

**Fachgebiet:** Prophylaxe

**Thema:** Prophylaxe in der zahnärztlichen Prothetik

**Referenten:** Prof. Dr. Torsten Mundt (Greifswald), DH Jutta Daus (Greifswald)

**Termin:** 7. April, 9–16 Uhr

**Ort:** Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42 a, 17489 Greifswald

**Fortbildungspunkte:** 8

**Kurs-Nr.:** 10/I-18

**Kursgebühr:** 230 Euro

**Fachgebiet:** Röntgen

**Thema:** Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz

**Referenten:** Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg), Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek (Rostock)

**Termin:** 18. April, 14.30–20.30 Uhr

**Ort:** TriHotel am Schweizer Wald Tessiner Str. 103, 18055 Rostock

**Fortbildungspunkte:** 9

**Kurs-Nr.:** 12/I-18

**Kursgebühr:** 90 Euro

**Fachgebiet:** Prophylaxe

**Thema:** Mundschleimhautveränderungen und PZR

**Referenten:** Dr. med. Dr. med. Stefan Kindler (Greifswald), DH Livia Kluve-Jahnke (Greifswald)

**Termin:** 20. April, 14–18 Uhr

**Ort:** Hotel am Ring, Große Krauthöfer Str. 1, 17033 Neubrandenburg

**Fortbildungspunkte:** 5

**Kurs-Nr.:** 13/I-18

**Kursgebühr:** 220 Euro

**Fachgebiet:**

Parodontologie

**Thema:** Systematische Parodontitistherapie

**Referent:** Prof. Dr. Clemens Walter (Basel)

**Termin:** 21. April, 9–13 Uhr

**Ort:** Zentrum für ZMK W.-Rathenau-Str. 42 a, 17489 Greifswald

**Fortbildungspunkte:** 5

**Kurs-Nr.:** 14/I-18

**Kursgebühr:** 291 Euro

**Fachgebiet:** ZFA

**Thema:** Risikofaktoren in der Prophylaxe und deren Bedeutung für eine erfolgreiche PZR

**Referent:** DH Brit Schneegaß (Priepert)

**Termin:** 21. April, 9–15 Uhr

**Ort:** TriHotel am Schweizer Wald Tessiner Straße 103, 18055 Rostock

**Kurs-Nr.:** 32/I-18

**Kursgebühr:** 173 Euro

**Fachgebiet:** Chirurgie

**Thema:** Die intraligamentäre Anästhesie

**Referenten:** Dr. Maria Csides (Potsdam), Lothar Taubenheim (Erkrath)

**Termin:** 25. April, 14–18.30 Uhr

**Ort:** Zahnärztekammer M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

**Fortbildungspunkte:** 6

**Kurs-Nr.:** 15/I-18

**Kursgebühr:** 188 Euro

**Fachgebiet:** ZFA

**Thema:** Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz

**Referenten:** Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg), Dr. Christian Lucas (Greifswald)

**Termin:** 25. April, 15–18 Uhr

**Ort:** TriHotel am Schweizer Wald Tessiner Straße 103, 18055 Rostock

**Kurs-Nr.:** 33/I-18

**Kursgebühr:** 45 Euro

Online-Anmeldung unter  
www.zaekmv.de

**Fachgebiet:** Prothetik  
**Thema:** Aufbau wurzelbehandelter Zähne  
**Referent:** Prof. Dr. Klaus Böning (Dresden)  
**Termin:** 27. April, 14–18 Uhr  
**Ort:** Zahnärztekammer M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Kurs-Nr.:** 16/I-18  
**Kursgebühr:** 172 Euro

**Fachgebiet:** ZFA  
**Thema:** Prophylaxe – Ein Muss in jeder Praxis  
**Referenten:** Astrid Marchewski, Birgit Böttcher (Schwerin)

**Termin:** 28. April, 9–16 Uhr  
**Ort:** Zahnarztpraxis Thun, Steinstraße 11, 19059 Schwerin  
**Kurs-Nr.:** 34/I-18  
**Kursgebühr:** 325 Euro

Das Referat Fortbildung der Zahnärztekammer M-V ist unter Telefon: 0385 59108-13 und über Fax: 0385 59108-20 sowie per E-Mail: s.bartke@zaekmv.de zu erreichen. Siehe auch unter [www.zaekmv.de/](http://www.zaekmv.de/) Fortbildung Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt

## DGZMK: Leitlinien überarbeitet

### Zahnärztlich-chirurgische Sanierung vor Herzklappenersatz

Unter Federführung der DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) und der DGMKG (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) wurden die wissenschaftlichen Leitlinien „Zahnärztlich-chirurgische Sanierung vor Herzklappenersatz“ sowie „Odontogene Infektionen“ aktualisiert und veröffentlicht.

Die S2k-Leitlinie zu den Indikationen, Risikofaktoren und anerkannten Durchführungsmethoden einer Zahnsanierung vor Herzklappenersatz wurde erstmals nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) überarbeitet und dabei zur S3-Leitlinie aufgewertet. Koordinatoren und Hauptautoren waren Prof. Dr. Herbert Deppe (TU München), Prof. Dr. Hans Pfister (Uni München) und Prof. Dr. Dr. Klaus-Dietrich Wolff (TU München). So wurde in Zusammenarbeit mit zehn weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen die breit konsentrierte Entscheidungshilfe bei der angemessenen

senen Therapie der sanierungsbedürftigen Befunde auf den aktuellen Stand gebracht.

Auch die ehemalige S2-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie odontogener Infektionen wurde in der Überarbeitung methodisch nach den AWMF-Regularien zur S3-Leitlinie aufgewertet. Verantwortlich zeichnen Leitlinienkoordinator Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas und die Hauptautorin der Leitlinie, Dr. Dr. Julia Karbach (beide Uni Mainz). In Kooperation mit 15 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen wurde damit eine evidenzbasierte und breit konsentrierte Orientierungshilfe zur Diagnostik und Therapie odontogener Infektionen ohne/mit Ausbreitungstendenz und ohne/mit lokalen und systemischen Komplikationen präsentiert.

Die beiden Leitlinien und der jeweilige Methodenreport wurden auf der Homepage der DGZMK veröffentlicht und können als PDF-Dokument heruntergeladen werden. ([www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de))

**DGZMK**

## Zahl des Monats

50 927 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sichern Tag für Tag in Praxen und Kliniken in Deutschland die flächendeckende und wohnort-

nahe vertragszahnärztliche Versorgung.

**(Stand: Ende II. Quartal 2017, Quelle: Jahrbuch 2017 der KZBV)**

# Implantatpositionen 9050 und 9060

## Unterschiede sind zu beachten

Der Gesetzgeber hat mit der Leistungsbeschreibung der Ziffern 9050 und 9060 (Auswechseln von Aufbauelementen) eine Trennung von Rekonstruktions- und Erhaltungsphase vorgenommen. Beide Gebührennummern kommen nur bei zusammengesetzten Implantaten (so genannte zweiphasige Implantate) zur Anwendung.

### Ziffer 9050 GOZ

**Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase**

### Berechnungsstimmungen

1. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.
2. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und nur höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.

Die Ziffer 9050 beschreibt das Auswechseln (auch das Entfernen und Wiedereinbringen) eines oder mehrerer Aufbauelemente. Die Ziffer 9050 ist nur in der rekonstruktiven Phase berechnungsfähig. Die „rekonstruktive Phase“ beginnt erst mit der prothetischen Versorgung des verloren gegangenen Zahnes oder der Zähne und endet mit der endgültigen Eingliederung der Suprakonstruktion. Die 9050 kommt also nur bei der Erstversorgung der gesetzten Implantate mit einer entsprechenden Suprakonstruktion zur Anwendung.

Auch wenn bei einigen Implantatsystemen mehrere Sekundärteile ineinander zu einer funktionellen Einheit zusammengefügt werden, kann die Ziffer 9050 nur einmal je Implantat und Sitzung berechnet werden. Innerhalb der rekonstruktiven Phase ist für die Ziffer 9050 eine Mengenbegrenzung von höchstens dreimal je Implantat festgeschrieben, unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Wechselvorgänge. Sind darüber hinaus Wechselvorgänge notwendig, ist der Mehraufwand in der Faktorenbemessung zu berücksichtigen.

Die Ziffer 9050 GOZ kann auch in der Eingliederungssitzung des implantatgetragenen Zahnersatzes berechnet werden (z. B. ein Gingivaformer wird gegen einen Implantataufbau ausgetauscht).

Auf einen angemessenen Steigerungsfaktor sollte hierbei geachtet werden.

Die Leistung nach der Ziffer 9050 kann in derselben Sitzung weder mit der Ziffer 9010 noch mit der Ziffer 9040 zusammen berechnet werden.

Maßnahmen zur Verbesserung des Emergenzprofils der Gingiva (trichterförmige Ausformung der den Implantatpfosten umgebenden Schleimhautmanschette) finden vor der rekonstruktiven Phase statt. Das damit verbundene Aus- und Einschrauben der Aufbauelemente (z.B. Gingivaformer) ist nicht nach der Ziffer 9050 zu berechnen, sondern muss nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer analog § 6 Abs. 1 GOZ erfolgen.

Das alleinige Wiedereingliedern oder Festziehen eines gelösten Gingivaformers im Notdienst wird analog § 6 Abs. 1 GOZ berechnet.

### Ziffer 9060 GOZ

**Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall**

### Berechnungsbestimmungen

Die Leistung nach der Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.

Wird implantatgetragener Zahnersatz repariert oder erfolgt die Herstellung einer neuen Suprakonstruktion auf bereits vorhandenen Implantaten (also keine Erstversorgung), wird der Austausch von Aufbauteilen nach der Nummer 9060 berechnet. Honorarmäßig sind die Ziffern 9050 und 9060 gleich bewertet.

Aufbauelemente bzw. Sekundärteile auf Implantaten unterliegen Verschleißbelastungen, so dass ein Austausch gegen neue Teile erforderlich werden kann. Als Berechnungsvoraussetzung für die 9060 muss ein „Austausch“ von Aufbauteilen erfolgen, d.h., ein altes Teil wird entfernt und neues Teil eingegliedert.

Das Entfernen und Wiedereinsetzen desselben Abutments, z.B. im Rahmen der Periimplantitis-Prophylaxe erfüllt dagegen nicht den Leistungsinhalt der 9060, da kein „Auswechseln“ erfolgt (analoge Berechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ).

Zu den Sekundärteilen zählen auch Befestigungsschrauben. Dies gilt sowohl für Abumentverschraubungen als auch für Koronalver-

schraubungen. Die Ziffer 9060 beschreibt nur das Auswechseln von Aufbauelementen. Maßnahmen wie die Entfernung und Wiedereingliederung der prothetischen Suprakonstruktion (z.B. 2290, 2310, 5110), Wiederherstellungsmaßnahmen an der Suprakonstruktion oder der provisorischen Versorgung (z.B. 2320, 5090, 5250, 5260, 7100) etc. können zusätzlich berechnet werden.

Die Ziffer 9060 ist je Sitzung und Implantat einmal berechnungsfähig. Die Anzahl der Sitzungen bestimmt sich nach der medizinischen Notwendigkeit - eine Mengengrenzung auf dreimal je Implantat wie bei der Ziffer 9050 GOZ besteht nicht

#### Immer wieder nachgefragt

Frage: Was kann sich der Zahnarzt für die Herstellung einer Scanprothese berechnen?

Antwort: Da die Scanprothese für die 3D-Implantatplanung nicht in der GOZ beschrieben ist, ist die Herstellung gemäß § 6 Abs. 1 analog zu berechnen. Hinzu treten die ggf. anfallenden M/L-Kosten.

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

## GOZ-Kommentar erneut überarbeitet Neue Fassung zur Gebührenordnung liegt vor

Eine neue Fassung des Kommentars der Bundeszahnärztekammer zur Gebührenordnung für Zahnärzte liegt vor. Dafür den Download hier starten (pdf, 285 Seiten, ca. 6 MB): <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>

Ergänzend zum Kommentar lässt sich die tabellarische Übersicht über die vorgenommenen Aktualisierungen abrufen:

[http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz\\_kommentar\\_aktualisierungen.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz_kommentar_aktualisierungen.pdf) **BZÄK**

## Angestelltenverhältnis sehr beliebt Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer

Das Angestelltenverhältnis wird bei jungen Zahnärzten immer beliebter. Die Anzahl der niedergelassenen Zahnärzte dagegen sinkt kontinuierlich. Von den 71 926 zahnärztlich tätigen Personen in Deutschland waren zum 31. Dezember 2016 insgesamt 16 715 in einer Praxis angestellt. Dabei stellen die Aus- und Weiterbildungsassistenten bereits seit Jahren in dieser Gruppe nicht mehr die größte Zahl dar. Vor allem Frauen verbleiben auch nach der Assistenzzeit (zunächst) in einem Angestelltenverhältnis – fast zwei von drei angestellten Zahnärzten sind weiblich. Fällt die Entscheidung für die Niederlassung, geschieht dies am häufigsten durch die Übernahme einer bestehenden Einzelpraxis – knapp zwei Drittel der 2016 neu niedergelassenen Zahnärzte wählten diesen Weg – und gaben dafür durchschnittlich 342 000 Euro aus. 30 Prozent der Gründer

machten sich durch Übernahme, Beitritt oder Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft selbstständig, während die Neugründung einer Einzelpraxis nur von sieben Prozent der Zahnärzte gewählt wird.

Die kontinuierliche Erfassung zahnärztlicher Berufsverläufe ist für die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wesentliche Grundlage für die weitere Ausgestaltung der Unterstützung bei der zahnärztlichen Berufsausübung und für die Weiterentwicklung des Berufsbildes.

Diese und weitere Zahlen sind der aktuellen Ausgabe des Statistischen Jahrbuchs der Bundeszahnärztekammer zu entnehmen. Das Statistische Jahrbuch 2016/2017 kann für zehn Euro zzgl. Versand über die BZÄK bestellt werden: [www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen.html](http://www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen.html) **BZÄK**

# Zuordnung und Kombination

## Wiederherstellungen im Festzuschuss-System

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 Nrn. 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 muss im Feld Bemerkung auf dem Heil- und Kostenplan ver-

merkt werden: „mit Lötung“ bzw. „ohne Lötung“, ansonsten ist die korrekte Festzuschusszuordnung nicht erkennbar.

Erfolgt im Wiederherstellungsfall neben den von Befund-Nrn. 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.

Im Bemerkungsfeld auf dem Heil- und Kostenplan ist die Art der Wiederherstellung, gegebenenfalls mit Zahnangabe, einzutragen (z.B. Zahn 23 neue Verblendung an Teleskopkrone, Erweiterung um Zahn 34), um nachvollziehbar den Umfang der Wiederherstellung zu dokumentieren. Ein leeres Bemerkungsfeld erzeugt bei der Online-Abrechnung eine Fehlermeldung.

Es ist jedoch nicht ausreichend, wenn nur Wiederherstellung mit bzw. ohne Abdruck vermerkt ist.

### **Bonusregelung**

Bei Wiederherstellungsmaßnahmen ohne Bewilligung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse ist der Bonus durch die Praxis zu vermerken. Mögliche Eintragungen sind: „00“, „20“ oder „30“ entsprechend des Bonusheftes. Bei der papierlosen Abrechnung ist auf den korrekten Eintrag in der Erfassungsmaske zu achten. Bestehen Zweifel bezüglich der Anspruchsberechtigung des Versicherten bzw. der Höhe des Festzuschusses, ist die Bewilligung der Krankenkasse einzuholen, um spätere Berichtigungen zu vermeiden.

Ist zum Zeitpunkt der Behandlung bekannt, dass eine Härtefallregelung gemäß § 55 Abs. 2 SGB V vorliegt bzw. vorliegen könnte, ist der Heil- und Kostenplan zur Bewilligung der Festzuschüsse der Krankenkasse vorzulegen.

Das Gleiche gilt, wenn eine Wiederherstellung innerhalb der 2-jährigen Gewährleistungspflicht gemäß § 136a Abs. 4 SGB V durchgeführt werden muss, die der Zahnarzt nicht zu vertreten hat.

**Heidrun Göcks**

# Erhalt der Kieferkammdimensionen

## Autologer Knochen und bovines Knochenersatzmaterial

*Zahnextraktionen beeinflussen das Knochenangebot, auf das Restaurationen mit Implantaten aufbauen. Es existieren verschiedene Augmentationsmaterialien und -techniken zum Erhalt der Kieferkammdimensionen, wie z. B. Membrantechniken, Augmentationen mit autologem und xenogenem Knochen, synthetischen Materialien oder Kombinationen dieser Varianten. Im Beitrag wird ihr Einfluss auf die typischen Volumenveränderungen der Extraktionsalveolen untersucht.*

### Einleitung

Zahnextraktionen führen zu Veränderungen des Kieferkammes. Schropp et al. (2003) konnten in einer klinischen Studie zeigen, dass Zahntentfernungen einen Verlust von bis zu 50 Prozent der Kieferkammbreite in den posterioren Bereichen verursachen. Dabei traten etwa zwei Drittel dieses Verlustes in den ersten drei Monaten auf. Im ästhetischen Bereich konnte ein ausgeprägter Verlust des bukkalen Knochens nach Extraktionen beobachtet werden (Farmer und Darby, 2014). Araujo und Lindhe (2005) beobachteten diese Resorptionen besonders im krestalen Bereich der bukkalen Lamelle. Die Ursachen für diese Veränderungen sind in parodontalen Erkrankungen, periapikalen Läsionen, Zahntraumata oder traumatischen Extraktionsmethoden zu finden (Horvath et al., 2013). Für die orale Rehabilitation ist jedoch ein suffizientes Knochenangebot erforderlich. Für eine Implantatinsertion werden zirka sechs bis sieben Millimeter Knochenbreite benötigt (Darby et al., 2008). Eine ausgeprägte Atrophie des Kieferknochens führt somit zu Schwierigkeiten, Implantate an der korrekten Position zu inserieren (Kassim et al., 2014).

Die Anwendung von Membranen hat, entweder allein als Guided Tissue Regeneration (GTR) oder in Kombination mit Knochenersatzmaterialien, positive Ergebnisse des Kieferkammerhalts gezeigt (Lekovic et al., 1998; Iasella et al., 2003). Membrane dienen dabei als Barriere, um das Einwachsen von Bindegewebe oder Epithel in die Extraktionsalveole zu verhindern (Mardas et al., 2010). In der rekonstruktiven Chirurgie wird autologer Knochen, von intra- oder extraoralen Spenderregionen, aufgrund seiner osteogenen, osteoinduktiven und fehlenden allergenen Eigenschaften als Goldstandard angesehen (Khan et al., 2005). Die Entnahme aus intraoralen Regionen kann jedoch Probleme mit sich bringen. Es ist ein zweiter chirurgischer Eingriff in der Spenderregion mit potenziellen Blutungen, Schwellungen, Schmer-

zen oder Wundheilungsstörungen notwendig (Arx und Buser, 2006). Es wurden, abhängig von der Spenderregion, Sensibilitätsstörungen im Bereich der Haut, Zunge und Schleimhaut oder auch an Zähnen beschrieben (Hoppenreijts et al., 1992; Nkenke et al., 2001). Daher stehen verschiedene xenogene und synthetische Knochenersatzmaterialien im Fokus der Forschung. Ihre Vorteile sind unbegrenzte Verfügbarkeit und das Entfallen eines Entnahmeeingriffs. Eines dieser xenogenen Materialien ist Bio-Oss® Collagen. Wong und Rabie (2010) konnten in einer Studie an Kaninchen eine Stimulation der Knochenneubildung in mit Bio-Oss® Collagen augmentierten Kalottendefekten im Vergleich zu reinem Kollagen beobachten. In einer anderen Tierstudie zeigte Bio-Oss® Collagen einen volumenerhaltenden Effekt in Extraktionsalveolen (Fickl et al., 2008).

Das Anliegen der vorliegenden Untersuchungen war es, das Ausmaß des Verlustes an Hart- und Weichgewebe vier und sechs Monate nach Extraktion eines Zahnes unter dem Einsatz des Biomaterials Bio-Oss® Collagen als Füller und einer Bio-Gide® Membran als Abdeckung im Vergleich zum Einsatz von autologem Knochen als Füller und einer Bio-Gide® Membran als Abdeckung klinisch und histologisch zu bestimmen.

### Methode

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität Freiburg (08/2010) akzeptiert und unter Einhaltung der Vorgaben der Deklaration von Helsinki realisiert. Die Untersuchung war als prospektive, nicht-randomisierte, nicht-verblindete Studie in einer privaten Praxis angelegt, eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie aller Patienten lag vor. Insgesamt gingen 20 Extraktionsalveolen (Oberkiefer: 13; Unterkiefer: 7) von 17 Patienten (11 weiblich, 6 männlich) mit einem Durchschnittsalter von 47,2 Jahren (28–59 Jahre) in die Untersuchungen ein. Die Extraktionsindikationen umfassten in elf Fällen nicht behandelbare endodontische Läsionen, in sechs Fällen ausgedehnte Karies und in drei Fällen Längsfrakturen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Die Zuordnung zu den Therapiegruppen erfolgte nach der Notwendigkeit eines zweiten chirurgischen Eingriffes, wie z. B. die operative Entfernung eines Weisheitszahnes, zur Knochengewinnung. Initial wurden die Sondierungstiefen gemäß Parodontalem Screening Index (PSI), der Approximale Plaque Index (API) sowie der Sulkus-Blutungs-Index (SBI)



erhoben. Vor der Extraktion erhielten alle Patienten eine professionelle Zahnreinigung, sodass entzündungsfreie Verhältnisse vorhanden waren.

**Materialien**

Als Knochenersatzmaterial wurde Bio-Oss® Collagen (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz), der Alveole entsprechend zugeschnitten, verwendet. Der autologe Knochen wurde im Rahmen von Weisheitszahnentfernungen retromolar im Unterkiefer mittels Piezo-Technik (Piezosurgery®, mectron Deutschland Vertriebs GmbH, Köln) entnommen. Nach der Entnahme erfolgte die Zerkleinerung der kortikospongiösen Blöcke mittels Knochenmühle.

Zum Abdecken der Alveolen wurde eine Bio-Gide® Membran (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Schweiz) der Größe 25 x 25 Millimeter verwendet.

**Klinisches Vorgehen**

Vor den Extraktionen erfolgten Abformungen der Kiefer zur Herstellung von Gipsmodellen. Auf diesen wurden standardisierte Messschienen hergestellt. Im Bereich des zu extrahierenden Zahnes enthielten die Messschienen oral und lingual jeweils drei Messreihen mit fünf Messpunkten. Dabei wurde der zervikale Messpunkt zwei Millimeter unterhalb des Gingivarandes gelegt; der Abstand zwischen den Messpunkten betrug ebenfalls zwei Millimeter (Abb. 1).

In Lokalanästhesie (Ubistesin®, 1:100.000; 3M Deutschland, Neuss) wurde die Dicke der Gingiva mittels einer Sonde orthogonal zur Knochenoberfläche gemessen. Ein Silikonstopp markierte die Eindringtiefe der Sonde (Abb. 2).

Die Extraktionen wurden schonend in Lokalanästhesie mittels Skalpell und Periotom durchgeführt, mehrwurzelige Zähne vor der Entfernung getrennt (Abb. 3). Nach vorsichtiger Exkochleation wurden die Alveolen mit einer zahnärztlichen Sonde auf die Intaktheit der Wände inspiziert und bei deren Unversehrtheit die Alveole entweder mit Bio-Oss® Collagen oder autologem Knochen bis zum Rand aufgefüllt. Zur Abdeckung kam die Bio-Gide® Membran in Double layer Technik, mit zwei Matratzennähten mittels Seralon® (Serag-Wiessner KG, Naila) fixiert, zum Einsatz (Abb. 4).

Postoperativ erhielten die Patienten zweimal täglich Ibuprofen 600 (Aliud® Pharma GmbH, Laichingen) sowie ab dem zweiten postoperativen Tag Chlorhexamed 0,1 Prozent (GlaxoSmithKline ConsumerHealthcare GmbH & Co. KG, Brühl) Mundspüllösung. Kontrollen fanden am 1., 4. und 7. postoperativen Tag, der auch die Nahtentfernung beinhaltete, statt. Vier und sechs Monate post extractionem (p. e.) wurde das Profil des Alveolarkammes erneut vermessen.

Sechs Monate p. e. erfolgten die Implantationen in Lokalanästhesie unter Bildung eines Mukoperiostlappens nach krestaler Inzision. Mittels Trepanbohrer (DIT Diamanttechnik GmbH & Co. KG, Oberlungwitz) wurden eine Knochenbiopsie (2 x 5 Millimeter) aus der Mitte der Alveole entnommen (Abb. 5) und die Implantate (alphatech® BONITex®; Henry Schein Deutschland GmbH, Langen) inseriert. Reposition des Mukoperiostlappens sowie der Wundverschluss mit Seralon® schlossen den Eingriff ab. Nach histologischer Aufbereitung der Bohrkerne wurden 50 µm dünne Schliffe hergestellt (Donaths Trenndünnschliff-Technik), nach Masson-Goldner gefärbt und axial in oro-bukkaler Richtung lichtmikroskopisch ausgewertet. Der Fokus der histologischen Untersuchung lag in der Beurteilung von Entzündungsreaktionen und der Knochenneubildung. Histomorphometrisch erfasst wurden die Flächenanteile von reifem und unreifem Knochen, Stroma und verbliebenem Knochenersatzmaterial im Verhältnis zur Gesamtfläche des Bohrkerns. Zur statistischen Analyse wurde ein lineares Modell der Kovarianzanalyse mit dem repeated measures-Faktor Zeitpunkt, dem primären Prüffaktor Behandlungsgruppe und dem Ausgangswert als quantitative Kovariable sowie anschließende Tukey-adjustierte Vergleiche der modellprädiktierten Mittelwerte benutzt. Als Kovarianzstruktur für die korrelierten Messungen wird compound symmetry unterstellt, d. h. identische Korrelation aller Messungen am gleichen Patienten und identische Varianzen. Alle Berechnungen erfolgten mit der Software SAS (SAS Institute, Cary, USA).

**Ergebnisse**

**Klinische Ergebnisse**

Alle 17 Patienten beendeten planmäßig die Studie. Bei zwei Patienten (jeweils einer jeder Gruppe) traten leichte Wundheilungsstörungen nach den Zahnextraktionen auf, die jedoch unter einer lokalen Behandlung mit Chlorhexamed über fünf Tage rückläufig waren und keiner weiteren Therapie bedurften. Im Bereich der Knochenentnahmeregionen traten weder Wundheilungs- noch Sensibilitätsstörungen auf.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenalter mehr als 18 Jahre</li> <li>- gute Mundhygiene</li> <li>- Extraktionsalveole mit mindestens einem Nachbarzahn</li> <li>- Alveole von vier intakten Wänden umgeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangerschaft oder Stillzeit</li> <li>- Verlust der bukkalen Lamelle</li> <li>- Restknochenhöhe von weniger als 4 mm</li> <li>- Genuss von täglich mehr als 10 Zigaretten</li> <li>- Alkohol- oder Drogenabusus</li> <li>- rheumatische Erkrankungen</li> <li>- schlecht eingestellter Diabetes</li> <li>- systemische Knochenkrankung oder kompromittierter Immunstatus</li> </ul>

Tab. – Ein- und Ausschlusskriterien der Studie

### Dynamisches Kieferkammprofil

Sowohl nach vier als auch nach sechs Monaten zeigte sich in beiden Gruppen eine erkennbare Abnahme der Kieferkammbreite (Abb. 6). Die krestale Region war dabei mehr betroffen als die apikale, die bukkale stärker als die linguale Lamelle, woraus ein in der horizontalen und vertikalen Richtung konkaves Kieferkammprofil resultierte. Die Abnahme der Kieferkammbreite war unter Augmentation autologen Knochens ausgeprägter. Die größte Abnahme resultierte im posterioren Oberkiefer, die geringste im Bereich der Unterkiefer-Prämolaren, was jedoch weder nach vier noch nach sechs Monaten statistisch gesichert werden konnte ( $p = 0,0745$ ). Auch zwischen den beiden Therapievarianten resultierten keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $p = 0,4556$ ).



Abb. 1 – Herstellung der Messschiene: a) vorbereitete Schiene (oben links), b) markierter Gingivaverlauf und aufgeklebte Millimeterfolie mit angezeigten Messpunkten (oben rechts), c), d) Messschiene auf dem Modell (Ansichten von vestibulär und oral)

### Histomorphologie

Nach sechsmonatiger Heilungsphase zeigte sich in den mit Bio-Oss® Collagen augmentierten Alveolen ein spongioser reifer Knochen. Die Knochenbälkchen waren von Geflechtknochen umgeben, was auf eine Knochenneubildung hindeutet. In allen Proben konnten großflächige Stromaareale beobachtet werden. Die wenigen auffindbaren Bio-Oss®-Partikel waren in Geflechtknochen eingebettet. Entzündungs- oder Resorptionszeichen fanden sich nicht. In den mit autologem Knochen augmentierten Alveolen waren im Vergleich zur Bio-Oss® Collagen-Gruppe signifikant mehr Areale mit reifem Knochen zu erkennen. Ein dichtes Netzwerk von trabekulärem Knochen fiel im apikalen Bereich auf. Verglichen mit der Bio-Oss® Collagen-Gruppe ließen sich weniger Geflechtknochen und Stroma feststellen. Auch hier konnten keine Entzündungszeichen beobachtet werden (Abb. 7).

### Histomorphometrie

Die histomorphometrische Auswertung zeigte vergleichbare Flächen an Knochen und Stroma in den beiden Gruppen. Statistisch signifikante Unterschiede ließen sich nicht erkennen.

### Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden die Volumenstabilität und das histologische Verhalten von Bio-Oss® Collagen und autologem Knochen in einer klinischen Situation verglichen. Einschränkend sind die geringe Patientenzahl sowie das Fehlen einer Kontrollgruppe ohne jegliche Augmentation anzuführen. Die klinischen Ergebnisse zeigten, dass nach der



Abb. 2 – Erste Messung am Patienten zum Zeitpunkt T0



Abb. 3 – Atraumatische Extraktion: a) Trisektion eines Oberkiefersmolaren zur atraumatischen Extraktion, b) Inspektion der Alveole



Abb. 4 – Alveolenmanagement mit Bio-Oss® Collagen: a) eingebrachtes Bio-Oss® Collagen bis zum Margo alveolaris, b) doppelt eingelegte Bio-Gide® Membran, c) Nahtverschluss

Augmentation mit Bio-Oss® Collagen eine tendenziell geringe Abnahme der Kieferkambbreite festzustellen war. lasella et al. (2003) fanden in einer klinischen Studie nach vier und sechs Monaten ähnliche Resultate. Eine Reduktion von  $1,2 \pm 0,9$  mm in der Mitte des Kieferkammes wurde für die Augmentationsgruppe beobachtet, was mit den  $1,24 \pm 1,14$  mm aus unserer Studie vergleichbar ist. Verglichen mit den nicht-augmentierten Extraktionsalveolen zeigte sich eine statistisch signifikante Differenz. Die Resorption der bukkalen Lamelle wurde ebenfalls beobachtet. Die bukkale Lamelle der Alveole besteht hauptsächlich

aus Bündelknochen, in den die Sharpey'schen Fasern einstrahlen. Durch die Extraktion werden diese entfernt, womit der Bündelknochen seine Funktion verliert und während des Remodellings durch die Osteoklasten abgebaut wird. Ein weiterer Einflussfaktor, der das Ausmaß der Resorption beeinflusst, könnte die Dicke der bukkalen Lamelle sein. In die vorliegende Studie wurden nur Extraktionsalveolen mit vier taktil intakten Wänden eingeschlossen. Die Dicke der Knochenwände wurde jedoch nicht gemessen. Ein weiterer Faktor ist der Einschluss von ein- und mehrwurzeligen Zähnen in die Studie. Schropp et al. (2003) stellten fest, dass die prozentuale Abnahme der Kieferkambbreite in der Prämolarenregion geringer ist als in der Molarenregion. So könnten die Effekte der Augmentation nach Extraktion von mehrwurzeligen Zähnen ausgeprägter sein als nach der Extraktion von einwurzeligen Zähnen. Dennoch wird im anterioren Oberkiefer ein größerer Knochenverlust nach Zahnextraktion erwartet, als in der Prämolaren- oder Molarenregion (Farmer und Darby, 2014). In der vorliegenden Studie wurde ein sehr he-

terogenes Kollektiv untersucht. Des Weiteren kann durch die Präparation eines Mukoperiostlappens eine Knochenresorption von bis zu einem Millimeter auftreten (Wood et al., 1972). Um den Knochenverlust zu minimieren, erfolgten die Extraktionen daher ohne Lappenbildung. Auch in Tierstudien konnten ähnliche Ergebnisse beobachtet werden. Fickl et al. (2008) stellten in einer Studie an Hunden den geringsten Volumenverlust für mit Bio-Oss® Collagen augmentierte Alveolen fest. Der Verlust nach zwei Monaten betrug  $1,3 \pm 0,2$  mm und nach vier Monaten  $1,5 \pm 0,2$  mm. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denen der vorliegenden Studie, jedoch muss die höhere Knochenumbaurate an Hunden beachtet werden (Pearce et al., 2007). Weiterhin zeigten auch Araujo und Lindhe in ihrer experimentellen Studie an Hunden eine stärkere Resorption der bukkalen Lamelle, was auch in unserer Studie auffällig war (Araujo und Lindhe, 2005). Eine mögliche Erklärung dafür wäre der Verlust des Bündelknochens. Die histomorphologischen Beobachtungen zeigten in mit Bio-Oss® Collagen augmentierten Alveolen nach sechs Monaten die verbleibenden Partikel in direktem Kontakt mit Geflechtknochen. Dies ist übereinstimmend mit den Beobachtungen von Artzi et al. (2001), die nach neun Monaten eine verstärkte Geflechtknochenbildung um die Bio-Oss®-Partikel feststellten. Der erhöhte Anteil von Bio-Oss®-Partikeln in letzterer Studie kann mehrere Ursachen haben. Zum einen lässt sich mit purem Bio-Oss® eine höhere Dichte des Ersatzmaterials erreichen. Dies könnte das Einwachsen von Blutgefäßen verlangsamen und damit auch die Resorption des Materials. Zum anderen könnte das Knochenremodelling durch die Verwendung der Kombination mit Kollagen Typ I beschleunigt werden, da für Kollagen Typ I ein den Knochenumbau fördernder Effekt nachgewiesen wurde (Lynch et al., 1995). Die Ergebnisse deuten auch auf eine gute Biokompatibilität des Materials

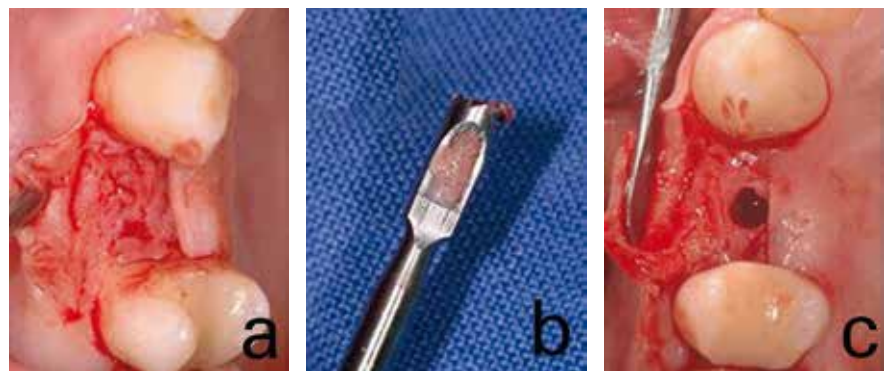


Abb. 5 – Klinische Situation zum Zeitpunkt der Biopsie: a) klinischer Befund zur Biopsie, b) Trepanbohrer mit Biopsie, c) klinische Situation nach Entnahme der Biopsie – Das postoperative Vorgehen entsprach dem nach den Extraktionen



Abb. 6 – Dynamik der Alveolenveränderung: a) Zustand 14 Tage nach Augmentation, b) Zustand sechs Monate nach Augmentation – horizontale Dimension, c) Zustand sechs Monate nach Augmentation – vertikale Dimension

hin, da weder fibröse Einscheidungen noch Entzündungsreaktionen beobachtet werden konnten.

In Alveolen, die mit autologem Knochen augmentiert wurden, konnte ein höherer Anteil an lamellärem Knochen gefunden werden. Während der Geflechtknochen ein Stadium der membranösen Ossifikation darstellt, handelt es sich bei lamellärem Knochen um ein reifes Stadium. Autologer Knochen besitzt osseoinduktive Eigenschaften, da er unter anderem Bone Morphogenetic Proteins enthält, die die Differenzierung von mesenchymalen Zellen in osteogen differenzierte Zellen fördern (Blokhuis und Arts, 2011). Im Gegensatz dazu ist Bio-Oss® Collagen osseokonduktiv. Es bietet mit seiner porösen Struktur ein Gerüst für einwandernde Zellen und deren Differenzierung (Tapety et al., 2004). In vorliegender Studie zeigte sich eine im Vergleich zur Gruppe mit autologem Knochen verlangsamte Knochenneubildung und -reifung. Ein Grund für die verzögerte Knochenneubildung in mit Bio-Oss® Collagen gefüllten Alveolen könnte in der Resorption der Bio-Oss®-Partikel liegen. Dies scheint ein lang andauernder Vorgang zu sein. Ähnliche Resultate konnten auch Araújo und Lindhe (2011) in einer Studie an Hunden beobachten, indem sie nach drei Monaten einen höheren Anteil an mineralisiertem Knochen für autolog augmentierte Alveolen im Vergleich zu

bovinem Knochenersatzmaterial fanden. Die histomorphometrischen Ergebnisse zeigten vergleichbare Anteile an Knochen und Stromagewebe für beide Methoden. Eine unerwartete Beobachtung war der geringe Anteil an Bio-Oss®-Partikeln, da in anderen Studien höhere Fraktionen gefunden wurden (Heberer et al., 2008; Lindhe et al., 2014), was durch unterschiedliche Entnahmeregionen erklärt werden kann.

#### Schlussfolgerungen:

1. Extraktionsalveolen zeigen typische Volumeneinbußen in horizontaler und vertikaler Dimension.
2. Mit augmentativen Maßnahmen werden diese Veränderungen nicht verhindert, wohl aber reduziert.
3. Zwischen den geprüften Augmentationsmaterialien bzw. -techniken konnten lediglich tendenzielle, nicht aber statistisch signifikante Unterschiede ermittelt werden.
4. Für die Praxis bedeutet dies, dass beide Varianten zum Einsatz kommen können, weitere Studien jedoch angezeigt sind, da die Applikation von Bio-Oss® Collagen der Vorteil des Verzichts auf eine Knochenentnahme beim Patienten auszeichnet.

**Dres. Susan und Mario B. Kallweit M. Sc., M.Sc.**  
**Paroimplantologie, Kirchberg/Sa.**  
**Dr. med. dent. Matthias C. Schulz**  
**Dr. med. Dr. med. dent. Ronald Mai**  
**Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer**  
**Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**  
**Universitätsklinikum Dresden**  
**Prof. em. Dr. Rainer Koch**  
**Medizinische Informatik und Biometrie, Radebeul**  
**Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Hoffmann**  
**Poliklinik für Parodontologie**  
**Universitätsklinikum Dresden**

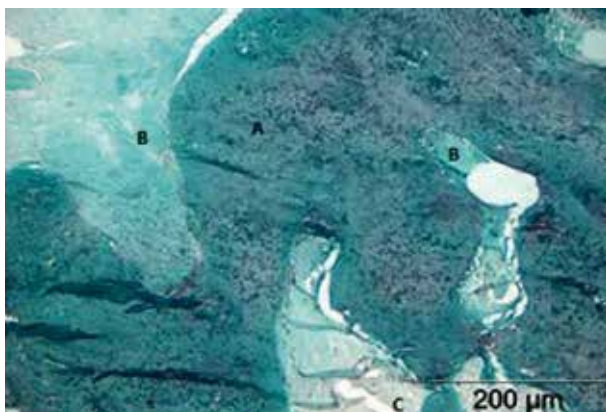


Abb. 7 – Masson-Goldner-Färbung mit 20-facher Vergrößerung (Gruppe mit autologem Knochen): A – ortständiger Knochen, B – neu gebildeter Knochen, C – Bindegewebe

Literaturverzeichnis und weitere Abbildungen:  
[www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

Mit freundlicher Genehmigung aus dem Zahnärzteblatt Sachsen

# Aktuelle Aufbewahrungsfristen

## Datenschutzgerechte Entsorgung der Patientenunterlagen

Art der Unterlagen	Aufbewahrungsfrist	Rechtsgrundlage
<p><b>Krankenblatt, -kartei:</b> Aufzeichnungen über Behandlungstage und ausgeführte Leistungen, Diagnosen</p> <p><b>Sonstige Behandlungsunterlagen:</b> Heil- und Kostenpläne sowie Laborrechnungen, Kiefermodelle, Fotografien, HNO-Befunde bei kieferorthopädischen Maßnahmen, Planungsmodelle KFO/KBR/ZE (gem. BEMA-Nummern 7a/7b)</p>	<p><b>10 Jahre</b> nach Abschluss der Behandlung - gegenüber Patient</p> <p><b>4 Jahre</b> nach Abschluss der Behandlung - gegenüber GKV und KZV</p>	<p>§ 630 f Abs. 3 BGB</p> <p>§ 5 Abs. 7 BMV-Z § 7 Abs. 3 EKVZ</p>
<p><b>Röntgenaufnahmen</b> und Aufzeichnungen von <b>Röntgenuntersuchungen</b></p>	<p><b>10 Jahre</b> nach der letzten Untersuchung</p> <p>Bei Minderjährigen bis zur <b>Vollendung des 28. Lebensjahres</b> dieser Person</p>	<p>§ 28 Abs. 3 S. 2 Röntgenverordnung</p> <p>§ 28 Abs. 3 S. 3 Röntgenverordnung</p>
<p>Aufzeichnungen über <b>Röntgenbehandlungen</b> (z. B. bei Strahlentherapie)</p>	<p><b>30 Jahre</b> nach der letzten Behandlung</p>	<p>§ 28 Abs. 3 S. 1 Röntgenverordnung</p>
<p>Durchschriften der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung</p>	<p><b>1 Jahr</b> vom Tag der Ausstellg. <b>4 Jahre</b> vom Tag der Ausstellg.</p> <p>Empfehlung 10 Jahre</p>	<p>§ 12 Abs. 2 BMV-Z § 7 Abs. 3 EKVZ</p> <p>§ 630 f Abs. 3 BGB</p>
<p><b>Steuerliche Unterlagen,</b> z. B. auch Honorarabrechnung</p>	<p><b>6 bis 10 Jahre</b> Beginn: mit dem Schluss des Kalenderjahres Ausnahme: kein Fristablauf, solange die Festsetzungsfrist nicht abgelaufen</p>	<p>§ 147 Abs. 3, 4 Abgabenordnung</p>

## Satzung zur Änderung des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

vom 2. Dezember 2017

Aufgrund des § 23 Absatz 2 Nr. 9 in Verbindung mit § 12 Absatz 2 des Heilberufsgesetzes vom 22. Januar 1993 (GVOBl. M-V S. 62), zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V S. 559, 561) hat die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am 02.12.2017 folgende Satzung zur Änderung des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 29. November 2014 beschlossen:

### Artikel 1:

3.1 erhält folgende Fassung:

Ausstellung von Urkunden und Bescheinigungen 20,-

### Artikel 2:

3.2.1 erhält folgende Fassung:

Prüfung je Röntgengerät mit einer Untersuchungsmethode

-Intraorales Röntgen, Panoramaröntgen und Schädelprojektionsaufnahmen-

Für jede weitere Untersuchungsmethode fällt eine weitere Gebühr an. 60,-

### Artikel 3:

3.2.2 erhält folgende Fassung:

Prüfung je Röntgengerät -digitale Volumentomografie 100,-

### Artikel 4:

Folgender 3.2.3 wird ergänzt:

Zusatzgebühr ab zweiter Beanstandung je Gerät mit einer Untersuchungsmethode.

Für jede weitere Untersuchungsmethode fällt eine weitere Gebühr an. 60,-

### Artikel 5:

3.7 erhält folgende Fassung:

Gebühr für abweisende Widerspruchsentscheidungen des Kammervorstandes 130,-

Die Änderung des Gebührenverzeichnisses tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich  
Präsident  
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

*Die vorliegende Satzung zur Änderung des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wurde am 4.1.2018 durch das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit genehmigt. Das gesamte novellierte Gebührenverzeichnis ist auf der Homepage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern abrufbar unter: [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de) (Kammer/Rechtliche Grundlagen).*

## Sportweltspiele auf Malta

### Wettkämpfer aus Medizin und Gesundheit

Die 39. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, auch bekannt als Medigames, vom 16. bis 23. Juni auf Malta, machen es möglich, an einer Reihe von Events in Valletta – der „Kulturhauptstadt Europas 2018“ – teilzunehmen. Seit exakt 40 Jahren begeistern die Sportweltspiele jedes Jahr bis

zu 2000 sportliche Mediziner, Ärzte, Apotheker und Kollegen aus den gesundheitlichen und pflegenden Berufen, die mit Freunden und Familien aus mehr als 40 Ländern anreisen. Aus dem deutschsprachigen Raum haben im vergangenen Jahr rund ein Drittel Frauen aktiv teilgenommen. Seit 2015 kön-



Stimmung wie bei der Tour de France: „Ich hätte nie gedacht, dass das sportliche Niveau so hoch ist. Beim Radrennen wurden z. Teil die Etappen mit fast 41 km/h gefahren“, berichtet Andreas Graf.

nen auch die Kinder der TeilnehmerInnen bei den „Medigames for Kids“ mitmachen, für Kinder und Jugendliche von 4 bis 16 Jahren, die beim Start wie die Erwachsenen in Altersklassen unterteilt werden.

### Sportwettkämpfe ein kommunikatives Ereignis

Die Wettkämpfe der Sportweltspiele werden in fairer Atmosphäre ausgetragen und bieten den Teilnehmern die Möglichkeit, internationale Freundschaften zu pflegen und in über 20 verschiedenen Sportdisziplinen an den Start zu gehen. Die Sportkämpfe werden außer den Mannschaftssportarten, sowie Golf und Schach in sechs Alterskategorien bewertet. Das tägliche folkloristische Programm und die allabendlichen Siegerehrungen runden das Sportevent ab.

### Teilnahmebedingungen klar definiert

Teilnehmen können Medizinerinnen und Mediziner sowie Kollegen aus medizinischen und pflegenden Berufen. Auch Studenten und Auszubildende aus den Fachbereichen können akkreditiert werden. Ein gesundheitliches Attest und Freude am Leistungssport sind Voraussetzungen. Erwünscht ist auch das Entdecken von anderen Sportarten. Die Sportweltspiele sind wegen der großen Vielfalt der angebotenen Disziplinen und Startmöglichkeiten für Amateursportler einmalig. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen, Radrennen und Fußball bis hin zum Orientierungslauf und Segeln reicht die Liste der Disziplinen, bei denen auch Freunde und Angehörige der Teilnehmer ohne Wertung mitstarten können. Neben den sportlichen Wettkämpfen bieten die Sportweltspiele einen internationalen

Kongress für Sportmedizin und einen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus aller Welt. Alle Vorträge werden auf Englisch und Französisch angeboten. Ein „Posting-Raum“ wird ebenfalls zur Verfügung stehen, in dem Teilnehmer ihre Forschungsergebnisse vorstellen können. Abgabedatum für Konferenzbeiträge ist der 15. April 2018. Offizieller Anmeldeschluss zur Sportweltspiele-Teilnahme ist der 31. Mai, doch der Veranstalter bemüht sich, noch bis kurz vor Beginn Kurzentschlossene zu berücksichtigen.

Die jährlich tourenierende Sportveranstaltung wird seit 1995 von der Corporate Sport Organisation (Frankreich) organisiert. Die Teilnahme- und Unterkunfts-kosten, Teilnahmebedingungen und Anmelde-möglichkeiten stehen online unter [www.sportweltspiele.de](http://www.sportweltspiele.de).



**CIRS dent**  
Jeder Zahn zählt




CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5400 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

## Auf einen Blick:

- Berichtsdatenbank**
  - Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
  - Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich
- Anonym berichten**
  - Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
  - Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
  - Unabhängig von Interessen Dritter
- Feedback-Funktion**
  - Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
  - Nutzerkommentare
  - Diskussionsforum

[www.cirsdent-jzz.de](http://www.cirsdent-jzz.de)

Stand Dezember 2017



# Schmerzensgeld

## Anspruch – Bemessung – Durchsetzung



Aus Anlass der gesetzlichen Neuregelung zum Schmerzensgeld für Hinterbliebene erscheint der systematische Teil der Beck'schen Schmerzensgeldtabelle als Sonderdruck. Das Werk bietet eine praxisorientierte, systematische Darstellung des gesamten Schmerzensgeldrechts. Neben den Anspruchsgrundlagen sind ausführlich die relevanten Bemessungskriterien des Schmerzensgeldes dargestellt. Daneben finden sich auch Ausführungen zur Prozessführung und zur steuer- und sozialrechtlichen Einordnung des Schmerzensgeldes. Ein ausführliches Sachverzeichnis ermöglicht den schnellen, gezielten Zugriff.

Vorteile auf einen Blick: praxisorientierte Darstellung des Schmerzensgeldrechts; mit vielen aktuellen Urteilen; aktuell: mit den neuen gesetzlichen Regeln zum Schmerzensgeld für Hinterbliebene.

**Verlagsangaben**

*Andreas Slizyk; Schmerzensgeld; Verlag C.H.BECK 2018; Buch 300 S. Softcover; ISBN 978-3-406-71621-8; 49 Euro*

# Instrumentelle Funktionsanalyse

## Wissenschaftliche Evidenz und klinisches Vorgehen

Dieses auf wissenschaftlicher Evidenz gründende Werk behandelt umfassend und systematisch das Gebiet der zahnärztlichen instrumentellen Funktionsanalyse auf der Basis der Anwendung elektronischer Geräte. Die theoretischen Hintergründe werden ausführlich dargestellt und praxisorientierte Hinweise und Anleitung zur Anwendung der elektronischen Bewegungsanalyse, instrumentellen Okklusionsanalyse und Oberflächen-Elektromyographie der Kaumuskelatur gegeben.

Großer Wert wurde auf die Aspekte der Auswertung und die daraus resultierenden Folgerungen für die funktionsorientierte Behandlung gelegt. Hierzu werden unter anderem diagnostische Kriterien für Dysfunktion und eine Übersicht über Befundmuster vorgestellt. Innovationen wie virtueller Artikulator und digitale Okklusion im Kontext moderner CAD/CAM-Systeme finden ihre gebührende Berücksichtigung, sodass der Leser mit dem Handbuch kompetent über neue und faszinierende Entwicklungen informiert wird. Durch die Präsentation vieler klinischer Fallbeispiele bleibt das im Werk Dargestellte nicht abstrakt, sondern findet die erforderliche Konkretisierung, die den Leser in die Lage versetzt, das Gelesene in die diagnostische und therapeutische zahnärztliche Entscheidungsfindung einzubinden.

**Verlagsangaben**

*Wissenschaftliche Evidenz und klinisches Vorgehen; Hugger, Alfons/Kordaß, Bernd (Unter Mitarbeit von Hugger, Sybille und Schindler, Hans Jürgen); 1. Auflage 2017, Quintessence Publishing, Deutschland; ISBN 978-3-86867-378-4; 198 Euro*





# Wir gratulieren zum Geburtstag

## Im Februar und März vollenden

### das 80. Lebensjahr

Zahnärztin Renate Wanke (Stubbendorf)  
am 13. Februar,  
Dr. Heinz Isemann (Rathey)  
am 23. Februar,  
Zahnarzt Wilfried Köpnick (Loitz)  
am 27. Februar,

am 18. Februar,  
Zahnärztin Ursula Schmidt (Barth)  
am 20. Februar,  
Zahnärztin Sabine Hartfil (Bützow)  
am 26. Februar,  
Dr. Gabriele Kretschmar (Wismar)  
am 2. März,

### das 75. Lebensjahr

Zahnärztin Roswitha Offhaus (Neustadt-Glewe)  
am 9. Februar,  
Dr. Gisela Nagel (Feldberg)  
am 17. Februar,

### das 60. Lebensjahr

Dr. Doris Schmutzer (Bad Sülze)  
am 8. Februar,  
Zahnärztin Andrea Koglin (Greifswald)  
am 13. Februar,  
Zahnärztin Marita Gune (Neverin)  
am 18. Februar,  
Dr. Bettina Paulus (Rostock)  
am 18. Februar,  
Zahnärztin Heidrun Hawlitschek (Lubmin)  
am 21. Februar und  
Dr. Dagmar Wohlgemuth  
(Neubrandenburg)  
am 4. März

### das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Kirsten Drewes (Wismar)  
am 23. Februar

### das 65. Lebensjahr

Zahnarzt Dieter Brott (Güstrow)  
am 13. Februar,  
Zahnarzt Herbert Glass (Herrnburg)

## Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

Hinweis zur Veröffentlichung der Geburtsdaten: Es wird gebeten, dass diejenigen Kammermitglieder, die eine Veröffentlichung ihrer Geburtsdaten nicht wünschen, dies rechtzeitig (mindestens zwei Monate vor dem Jubiläum) dem Referat Mitgliederwesen der Zahnärztekammer M-V, Jana Voigt, Tel. 0385/59108-17, mitteilen.

Wir trauern um

**Dr. Elke Bennöhr**  
Bad Doberan

geb. 5. März 1945  
gest. 23. Oktober 2017

Wir werden ihr ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer M-V  
KZV Mecklenburg-Vorpommern

Wir trauern um

**Dr. Klaus-Peter Kasischke**  
Lübtheen

geb. 7. September 1952  
gest. 12. Dezember 2017

Wir werden ihm ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer M-V  
KZV Mecklenburg-Vorpommern



# 3. Fortbildungstag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Samstag, 3. März 2018 | Schweriner Schloss

## IHR PROGRAMM

Fortbildungspunkte  
**7**

- 9:30 Uhr Einlass
- 10:00 Uhr **Begrüßung**  
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
- 10:15 Uhr **Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation:  
Diagnose, Prävalenz und Therapie**  
Prof. Dr. Christian Splieth
- 12:15 Uhr Gemeinsames Mittagessen und Pause
- 13:45 Uhr **Misserfolge in der Prothetik**  
Prof. Dr. Klaus Böning
- 15:45 Uhr Kaffeepause
- 16:15 Uhr **Praxis-Labor-Praxis:  
Rationalisierung durch mehr Kommunikation,  
Informationsaustausch in der Prozesskette**  
Dr. Johannes Röckl, ZTM Christian Müller
- 17:30 Uhr Ende des Fortbildungsprogrammes

Ab 18 Uhr empfangen wir Sie im Schloss zu einer Highlightführung sowie kulinarischen Köstlichkeiten in einer einzigartigen Atmosphäre.

**Tagungspreise** (einschließlich gesetzlicher Umsatzsteuer)

Fortbildung mit Abendveranstaltung: 230,00 EUR

Fortbildung ohne Abendveranstaltung: 150,00 EUR

Begleitperson zur Abendveranstaltung: 80,00 EUR

