



dens

3
2010
4. März

**Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**



Geduld bei Zeitspiel der Regierung nötig

Angleichung wichtig wie nie – Osten darf nicht Maßstab für Vergütung werden

Die Aufregung zu den Pressemitteilungen der gesetzlichen Krankenkassen über die ersten Zusatzbeiträge war groß und so schnell wird sie wohl nicht weichen.

Zum einen, da die Mechanismen des Gesundheitsfonds genau so aufgebaut sind, dass aufgrund der konzeptionellen fünfprozentigen Unterdeckung ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und somit im gesamten System stattfinden soll. Hier fällt mir beispielhaft nur das von der Zahnärzteschaft abgelehnte Einzelvertragsmodell der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) – Geiz ist geil – ein. Zum anderen aufgrund des Anstiegs der Gesundheitskosten, der wegen des medizinischen und technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung nicht aufzuhalten ist. Hier dürfen wir die derzeitige rekordverdächtige Haushaltslage des deutschen Staates nicht vergessen. Bundesfinanzminister Schäuble hat auch prompt reagiert und angekündigt, dass der diesjährige Extrazuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung von knapp vier Milliarden Euro im kommenden Jahr entfallen wird.

Also werden sich die Versicherten – unabhängig davon, welche Zahlungsflüsse wir im Versicherungssystem haben bzw. bekommen werden – darauf einzustellen haben, dass die Aufwendungen für ihre Gesundheit höher werden. Bei Beibehaltung des jetzigen Systems werden über kurz oder lang alle gesetzlichen Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Sollte dieser 8-Euro-Zusatzbeitrag nicht reichen, so wird der Gesetzgeber die Höhe dieser pauschalen Zusatzeinnahmen sicherlich anheben, denn die Prüfungen, die mit der Ein-Prozent-Regelung von den Krankenkassen durchgeführt werden müssen, verursachen einen nicht unerheblichen Verwaltungsaufwand. Bekannt ist, dass Verwaltungsarbeiten erhebliche Kosten produzieren und diese Beitragsgelder besser für die medizinische Versorgung und somit für die Versicherten angelegt werden müssten. Somit wird der pauschale Zusatzbeitrag langfristig steigen.

Verbunden mit dem Verfahren der pauschalen Zusatzbeiträge ist aber auch eindeutig ein weiterer Schritt zum Systemwechsel zu verzeichnen. Begonnen wurde der Wechsel bereits mit



Wolfgang Abeln und Dr. Manfred Krohn müssen sich in Geduld üben und trotzdem wichtige Aufgaben umsetzen: „Es darf nicht sein, dass der Osten irgendwann zumindest für den Bereich der Honorierung von den Politikern als Maßstab für alle anderen Bundesländer oder Vergütungsformen herangezogen wird“, warnt Abeln deutlich.

Foto: KZV

dem durch die Arbeitnehmer allein zu finanzierenden GKV-Beitrag in Höhe von 0,9 Prozent für ZE-Leistungen und der Kassengebühr in Höhe von zehn Euro. Jetzt folgt wie erwähnt der Zusatzbeitrag. Es wäre an der Zeit, diese drei „Sonderbeiträge“ zusammenzufassen und schon wäre eine einkommensunabhängige Pauschale, wie sie von der jetzigen Bundesregierung favorisiert wird, im System. Was fehlt, sind Steuerungsmittel, die einen Sozialausgleich für Geringverdiener aus dem Bundesetat managen. Nun, dieses Thema möchte unser Gesundheitsminister durch eine Regierungskommission aufbereiten lassen und diese Chance sollte man ihm einräumen, auch wenn aus wahltaktischen Gründen die ersten echten Äußerungen von Gesundheitsminister Rösler erst nach dem 9. Mai zu erwarten sind.

Sicherlich ist dies von der Bundesregierung gewollte Zeitspiel ärgerlich und aus unseren Erfahrungen wissen wir, dass dann, wenn eindeutige Entscheidungen getroffen werden können und wurden, i. d. R. die Akteure innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen und K(Z) Vs gemeinsam mit den Vertragszahnärzten) quasi über Nacht wieder die

neuen Gesetze umsetzen mussten. Diesen Aufwand würden wir gerne auf uns nehmen, wenn wir sicher sein könnten, dass mit der nächsten Gesundheitsreform eine etwas nachhaltigere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden ist.

Also sollten wir uns alle ein wenig in Geduld üben und in der Zwischenzeit weiter versuchen, unsere Vorstellungen über notwendige Änderungen, bezogen auf den zahnärztlichen Bereich, den Politikern darzustellen und zu begründen. An vorderster Stelle steht für uns nach wie vor die Ost-West-Angleichung, zumal unabhängig vom gewählten Versicherungssystem der Bereich der Leistungen aus dem GKV-Katalog einen sehr hohen Anteil der Praxiseinnahmen ausmacht. Insofern vertreten wir die Auffassung, dass sich alle Standespolitiker zuerst für diese Forderung einsetzen müssen. Es darf nicht sein, dass die Vergütungen im Osten irgendwann von den Bundespolitikern als Maßstab für alle anderen Bundesländer oder Vergütungsformen herangezogen werden und das im völligen Gegensatz zu der in der Koalitionsvereinbarung getroffenen Aussage.

Ihr

Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln

Liquidität sichern

Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen

*Gemeinsames Seminar mit der Deutschen
Apotheker- und Ärztekammer zum Zahnärzteball
am 26. Juni von 14 bis 17 Uhr
mit Professor Dr. jur. Vlado Bicanski*



Die Einkommensteuer schöpft auch 2010 inklusive Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer immer noch fast 50 Prozent Ihres Gewinnes ab. Reich im Alter oder reicht's im Alter? Das „Alterseinkünftegesetz“ verringert die Altersrente des Zahnarztes durch drastische Erhöhung der Besteuerung – mit gesetzlich festgeschriebener Erhöhungstendenz. Dadurch zwingt die Politik den Freiberufler, nicht zuletzt seit der dramatischen Finanzmarktkrise 2009, eine eigene Existenz- und Alterssicherung aufzubauen. Chancen sind da und müssen mit Sachkenntnis ergriffen werden. Das gilt für den Praxisbereich ebenso wie für die private Lebensführung und die Vermögensanlage.

Vorsorge ist unentbehrlich. Das Seminar zeigt mit neutraler Information intelligente Lösungen auf. Der Referent des Seminars wird Ihre Phantasie anregen, Möglichkeiten einer (auch steuerlich gestaltenden) Liquiditäts- und Vermögensmehrung zu ergreifen. Gleichzeitig warnt er jedoch vor „falschen Prophezen“. Das Seminar wird einen finanziellen Gewinn für jeden Zuhörer bringen – garantiert! Jeder Hörer ist nach dem Seminar gerüstet, mit seinem persönlichen steuerlichen und rechtlichen Berater die richtigen Gestaltungen zu wählen.

Die Themenschwerpunkte

- Die richtige Steuerstrategie 2010
- Abschreibungserleichterungen für die Steuererklärung 2009 nutzen
- Abgeltungssteuer: Verluste nutzen bis ins Jahr 2013
- Geld verdienen mit der richtigen Finanzierung
- Die Erbschaftsteuerreform 2009 eröffnet Chancen
- Steuersparende „Beteiligung“ von Ehegatten, Partnern und Kindern am Gewinn der Praxis
- Einkünfte verlagern in der Familie
 - Arbeits-, Miet- und Darlehensverträge mit Ehegatten und Kindern
 - Schenkung der Praxisimmobilie an nahe Angehörige und Rückvermietung
 - Verkaufen statt verschenken – eine intelligente Alternative im Familienverbund
- Die „Denkmalgeschützte Immobilie“: steuerfinanzierte Gestaltung auf bei Eigennutzung.

KZV

dens

19. Jahrgang

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

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

Redaktion:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Redaktionshinweise:

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

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

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

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

Titelbild: Antje Künzel, Insel Rügen

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

Freie Berufe trafen sich mit Politikern zum Austausch	4
Bundeskanzlerin zur elektronischen Gesundheitskarte	5
Neuer EU-Gesundheitskommissar	6
Antrittsbesuch im Bundesgesundheitsministerium	6
Neujahrsempfang: Zahnärzte und Politiker machten Standpunkte klar	7
Sozialversicherung soll stabilisiert werden	7
Urteil gegen „dent-net“	8
BMG legt neues Gesetz vor	8
Analyse: Übernahme von Einzelpraxis bevorzugt	9
VDZI-Umfrage: Umsätze 2009 stagnieren	10
Fluorid in Kinderzahnpaste	10
Schirmherrschaft für HDZ	10
PKV vernachlässigt ältere Bestandskunden	12
Neue Website zu Parodontitis	12
Bücher	24
31. Sportweltspiele der Medizin	32
Glückwünsche/Anzeigen	32

Zahnärztekammer

Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten	15-16
Fortbildung im Mai	16-17
Neues Recht: Röntgeneinrichtungen	17
Ausbildung Zahnmedizinische Fachangestellte	17

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Vertrag des Arzneimittelprüfers wird nicht verlängert	8
Zahnärzteball am 26. Juni 2010	11
Abrechnung der BEMA-Z-Nr. 04	12
Service	13
Exzision einer Schleimhautwucherung	20
Fortbildungsangebote	21

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Arbeitskurs an der Zahnklinik der Universität Greifswald	14
Zahngesundheit = ein Zehntel der Gesundheit	18
Studienergebnisse vorgestellt	18
Mitarbeitermotivation ist besondere Chefsache	22-23
Unzulässige Werbung mit Selbstverständlichkeiten	23
Vertragszahnärzte: gesetzliche Auskunftspflichten	25-26
Risikobewertung und Aufbau vorgeschädigter Pfeilerzähne	26-31
Steuern sparen mit Zahnbehandlung	31

Impressum	3
Herstellerinformationen	33

Parlamentarischer Abend

Freie Berufe trafen sich mit Politikern zum Austausch

Im Dezember trafen sich Abgeordnete des Landtags von Mecklenburg-Vorpommern und Minister mit Vertretern der Mitgliedsverbände des Landesverbandes der Freien Berufe (LFB) zum freimütigen Meinungsaustausch.

Der Präsident des LFB, Dr. Peter Schletter, begrüßte herzlich die Gäste unter Leitung des Vizepräsidenten des Landtags, Hans Kreher, und stellte die Mitglieder des LFB-Vorstandes vor. Rechtsanwalt Jörg Hähnlein, Vizepräsident des LFB, übernahm die Einführung in das Hauptreferat von Professor Dr. Reinhard Singer von der Humboldt Universität in Berlin.

Professor Singer hat dort den Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht, Anwaltsrecht, Familienrecht und Rechtssoziologie inne. In seinen Ausführungen beschäftigte er sich mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs zu Fremdbesitzregeln als Verbraucherschutz in den Freien Berufen – die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes im Falle „Doc Morris“, kurz „Doc Morris-Urteil“ genannt.

Zusammenfassend stellte der Referent folgende Schwerpunkte heraus:

1. Das Gericht akzeptiert Selbstbeschränkungsregeln für die Berufsausübung in den Freien Berufen.
2. Zu den Selbstbeschränkungsregeln zählt die Zulässigkeit des Fremdbesitzverbotes.
3. Die Regeln können national unterschiedlich ausgestaltet werden.

Im Anschluss stellte die Präsidentin der Apothekerkammer von Mecklenburg-Vorpommern, Apothekerin Christel

Johanns, die Situation für die „Apothekenlandschaft“ im Bundesland und die Bedeutung dieses Urteils dar.

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer und Präsident der Zahnärztekammer M-V, betonte die Wichtigkeit des Engagements der Freiberufler in den gesellschaftlichen Prozessen auch und gerade aus der Sicht Europas. Kritisch bewertete Oesterreich den Referentenentwurf der GOZ (auch als Vorlage für die GOÄ gedacht), wo staatliche Verwaltung wider besseren Wissens und gegen den vielfältigen Rat von anerkannten Experten versucht, politische Entscheidungen der Selbstverwaltung zu präjudizieren. Er äußerte die Hoffnung, dass die Verhandlungen mit den Vertretern der schwarz-gelben Regierungskoalition etwas entspannter werden könnten.

In der anschließenden Diskussion mit den Abgeordneten u. a. auch mit dem Vizepräsidenten des Landtages, Hans Kreher, dem Ministerpräsidenten a. D. Dr. Harald Ringstorff und anderen wurden die vielfältigen gesellschaftlichen und politischen Initiativen der Freiberufler in Mecklenburg-Vorpommern beleuchtet und die Anregungen der Politikerinnen und Politiker aufgenommen. Der LFB-Vorstand registrierte erfreut ein gestiegenes Interesse der Abgeordneten an den Problemen der Freiberuflichkeit und die Bereitschaft, sich den daraus ergebenden Fragestellungen und Problemen zu stellen.

Dr. Peter Schletter
Präsident des LFB



Gute Stimmung an diesem Abend hatten: Dr. Harald Ringsstorff, Ministerpräsident a. D., Hans Kreher, Vizepräsident des Landtags, und Dr. Peter Schletter, Vorsitzender des Landesverbandes der Freien Berufe (v.l.n.r.) Foto: Dietze

Unbefristetes Moratorium oder Strategie?

Die Bundeskanzlerin erläutert Röslers Vorgehensweise bei der Gesundheitskarte

Die Formulierung in der Koalitionsvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ist – wie dort auch manch andere Formulierung – höchst interpretationsbedürftig. Auf der einen Seite wird die Notwendigkeit einer Telematikinfrastruktur betont, „die die technischen Voraussetzungen dafür schafft, dass medizinische Daten im Bedarfsfall sicher und unproblematisch ausgetauscht werden können“.

Auf der anderen Seite wird nach einer sechsjährigen Entwicklungsarbeit der Stopp für die eGK in den Raum gestellt: „Vor einer weitergehenden Umsetzung werden wir eine Bestandsaufnahme vornehmen, bei der Geschäftsmodell und Organisationsstrukturen der gematik im Zusammenwirken mit der Selbstverwaltung und dem Bundesgesundheitsministerium sowie die bisherigen Erfahrungen in den Testregionen überprüft und bewertet werden. Danach werden wir entscheiden, ob eine Weiterarbeit auf Grundlage der Strukturen möglich und sinnvoll ist.“

Inzwischen hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler nachgelegt und die weitere Vorgehensweise konkretisiert: „Wir gehen den Aufbau der Telematikinfrastruktur schrittweise an und beginnen mit einer erweiterten und datenschutzrechtlich sichereren Krankenversichertenkarte. Die Realisierung weiterer medizinischer Anwendungen wird so lange mit einem unbefristeten Moratorium belegt, bis praxistaugliche, höchsten datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechende Lösungen vorgelegt werden.“

Rösler hat die geplante Phase der Bestandsaufnahme mit einem ersten Gespräch mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Carl-Heinz Müller, und der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, eingeleitet. Zwischen den Gesprächspartnern habe Übereinstimmung bestanden, so wird mitgeteilt, dass eine praxisorientierte und sichere Telematikinfrastruktur notwendig sei, damit die Herausforderungen an ein technologisch hoch entwickeltes und modernes Gesundheitswesen erfüllt werden können.

Angesichts der Ergebnisse der

Testvorhaben gelte es, den weiteren Ausbau der Infrastruktur konsequent darauf auszurichten, dass die Praxistauglichkeit für die behandelnden Ärzte, die Verbesserung der Qualität der Behandlung sowie die Sicherheit im Vordergrund stehen. Nur so sei es möglich, die notwendige Akzeptanz der Telematikinfrastruktur bei den Versicherten und Ärzten zu gewinnen.

„Der Wert der eGK für die Versicherten und für eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung steht und fällt mit der Bereitschaft der Leistungserbringer zur Online-Anbindung“, formuliert Dirk Ruiss, stellvertretender Leiter der Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) in Nordrhein-Westfalen pointiert. Die Krankenkassen erwarten am Ende der „Bestandsaufnahme“ unmissverständliche Signale sowie Unterstützung von der Politik.

Doris Pfeiffer sieht immerhin die Chance gekommen, „dem Projekt neuen Schwung zu verleihen“. Das ist auch bitter notwendig, gilt es doch, massive Widerstände, insbesondere bei Ärzten und Zahnärzten, zu überwinden. Der GKV-Spitzenverband möchte Kosten und Nutzen der Telematikinfrastruktur in ein angemessenes Verhältnis bringen. Auch diese Thematik verspricht interessante Diskussionen.

Zum Start der „Bestandsaufnahme“ wäre es gewiss sinnvoll, zunächst den Bestand an politischem Willen zu erkunden, tatsächlich eine einheitliche Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen zu entwickeln. Hier gibt es teilweise sowohl bei der CSU, als auch bei der FDP gewisse Mangelerscheinungen, denn es geht auch um Grundsatzentscheidungen. Die eGK als „Einstieg in eine Telematikinfrastruktur“ macht nur dann Sinn, wenn neben den Pflichtenwendungen in der ersten Phase auch die Entwicklung der freiwilligen Anwendungen wie das elektronische Rezept, die Arzneimitteldokumentation, die Patientenquittung, die Patientenakte und der elektronische Arztbrief vorangetrieben werden.

Bundeskanzlerin Angela Merkel beweist bei ihrer Haltung zur eGK – wie beim Gesundheitsfonds – Steh-

vermögen. Zugespißt gesehen formuliert sie auch hier präjudizierende Äußerungen, um damit auf ihre ministerielle und sonstige Gefolgschaft sanften Druck auszuüben und die Willensbildung entscheidend zu beeinflussen.

Der Sinn von Röslers „Bestandsaufnahme“ zur eGK wurde von Merkel auf dem, vom Bundeswirtschaftsministerium ausgerichteten, vierten IT-Gipfel am 8. Dezember in Stuttgart vornehmlich als Akzeptanzproblematik der Versicherten und nicht als ein grundsätzliches Hinterfragen der eGK durch die Regierung interpretiert:

„Wir wissen natürlich, dass das Thema, wie sicher diese Dinge sind, die Menschen umtreibt. Ich will an dieser Stelle noch kurz eine andere Anwendung nennen, gegen die es immer wieder viele Vorbehalte gibt, nämlich die elektronische Gesundheitskarte. Wir haben heute auch darüber gesprochen. Das Thema hatte ja gute Chancen, sich zu einem Dauerbrenner zu entwickeln. Der neue Gesundheitsminister hat die Sache mal anders angefangen und nicht als Erstes von der Patientenakte gesprochen, sodass jeder Angst hat, dass die halbe Welt weiß, wie man selbst erkrankt ist, sondern hat mit ganz praktischen Dingen begonnen, die zum Beispiel in Notfällen oder beim Austausch zwischen Ärzten die Menschen vielleicht sehr viel schneller davon überzeugen, dass eine solche elektronische Gesundheitskarte notwendig ist. Eines ist auch klar: Wir brauchen für alle diese neuen Anwendungen die Akzeptanz der Menschen. Wir wissen aus der Erfahrung mit vielen technischen Entwicklungen, dass sich gegen die Akzeptanz der Menschen etwas sehr, sehr schwer durchsetzen lässt. Insofern ist das ganze Gebiet der Sicherheit im Netz, aber auch des Verbraucherschutzes im Netz natürlich ein zentraler Punkt.“

Eines zeigt sich schon jetzt sehr deutlich: Das Thema eGK ist Merkel zu wichtig, als dass sie Philipp Rösler eine Entscheidung über die grundsätzliche Marschrichtung überlasse. Ihm überlässt sie, wie es aussieht, dann deren pädagogische Durchsetzung bei „den Menschen“.

© gid 2009

EU hat gewählt Glückwunsch an neuen Gesundheitskommissar

Das Europäische Parlament bestätigte am 9. Februar in Straßburg die neue Europäische Kommission mit großer Mehrheit. Neuer EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz ist der 61-jährige John Dalli aus Malta. Dalli war zuletzt Minister für Sozialpolitik seines Landes und tritt die Nachfolge der aus Zypern stammenden Androulla Vassiliou an.

Die Bundeszahnärztekammer gratuliert John Dalli und setzt auf eine gute Zusammenarbeit mit dem neuen EU-Gesundheitskommissar wie auch den anderen europäischen Institutionen.

Vor John Dalli liegen große Aufgaben. So hat er unter anderem angekündigt, die Beratungen über die derzeit auf Eis liegende „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ (Patientenrechte-Richtlinie) wieder in Gang setzen zu wollen.

Angesichts der eingeschränkten Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitsbereich bewies Dalli bereits bei seiner Anhörung Mitte Januar im Europäischen Parlament politisches Gespür, als er im Hinblick auf die europäische Gesundheitspolitik anmerkte, nach seiner persönlichen Erfahrung sei es manchmal besser, langsam vorzugehen als schnell.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, äußerte sich zu der Ernennung von Dalli wie folgt: „Die Bundeszahnärztekammer wird dem neuen Kommissar bei allen gesundheitspolitischen Fragen wie etwa der Patientenrechte-Richtlinie oder dem Grünbuch ‚Arbeitskräfte im Gesundheitswesen‘ gerne mit ihrer Expertise zur Verfügung stehen. Gerade bei der Patientenrechte-Richtlinie brauchen wir eine vernünftige Lösung, die sowohl dem Patientenschutz als auch der bewährten gesundheitspolitischen Aufgabenverteilung zwischen Europäischer Union und Mitgliedstaaten gerecht wird.“

BZÄK

Ermutigendes Antrittsgespräch GOZ-Novellierung auf HOZ-Basis in Aussicht gestellt

„Dies war ein ermutigender Meinungsaustausch in angenehmer Atmosphäre mit konstruktiven Ansätzen und auf höchster Kompetenzebene“, bewertete Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), den Antrittsbesuch einer hochrangigen BZÄK-Delegation im Bundesgesundheitsministerium.

In den Räumlichkeiten des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in Berlin empfingen Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler sowie die Staatssekretäre Annette Widmann-Mauz, Stefan Kapferer und Daniel Bahr den BZÄK-Präsidenten Dr. Peter Engel sowie die Vizepräsidenten Dr. Dietmar Oesterreich und Dr. Michael Frank und Hauptgeschäftsführer Florian Lemor zu einem Grundlagengespräch über die wichtigsten Probleme und Aufgaben, die aus Sicht der Zahnärzteschaft einer raschen politischen Lösung bedürfen.

Zu Beginn erklärte Minister Rösler den Willen des BMG, die Novellierung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte auf Grundlage der von der zahnärztlichen Profession erstellten Honorarordnung der

Zahnärzte (HOZ) zeitnah voranzutreiben. Dabei sei es von großer Wichtigkeit, dass die Zahnärzteschaft ihre Datengrundlagen möglichst schnell zur Verfügung stellt. Weiterer Diskussionspunkt war die strittige Öffnungsklausel, zu der von Seiten der BZÄK die bekannten Gegenargumente erneut vorgebracht wurden. Das BMG legt in diesem Zusammenhang großen Wert auf einen entsprechenden Interessenausgleich aller Beteiligten. Seitens der BZÄK wurden die Möglichkeiten einer Festzuschussystematik auch im privaten Krankenversicherungsbereich vorgestellt.

Weiteres Thema war die Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte (AppO-Z), die von Seiten der BZÄK angemahnt wurde. Auch hier zeigte Minister Rösler großes Verständnis für die Forderungen der Zahnärzteschaft und sicherte der BZÄK die Unterstützung des BMG zu. Dazu kündigte sein Haus die Erarbeitung eines Eckpunkteapiers an, auf dessen Grundlage erneut die politische Diskussion mit der Länderebene gesucht werden soll.

BZÄK



Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (2.v.r.) mit seinen parlamentarischen Staatssekretären Annette Widmann-Mauz (3.v.l.) und Daniel Bahr (2.v.l.) mit der Führungsspitze der Bundeszahnärztekammer Präsident Dr. Peter Engel (3.v.r.), Vizepräsident Dr. Michael Frank (r.) und Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich (l.)

Gut besuchter Neujahrsempfang

Zahnärzte und Politiker machten Standpunkte klar

Über 400 Gäste, darunter zahlreiche Bundestagsabgeordnete und die gesundheitspolitischen Sprecher aller Bundestagsfraktionen, nutzten den Neujahrsempfang von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung zum Meinungsaustausch in angenehmer Atmosphäre in den Räumen der Par-

lamentarischen Gesellschaft in Berlin. Der Zahnärzteschaft wurde dabei aus den unterschiedlichen politischen Lagern Unterstützung signalisiert, darunter auch die Ankündigung von Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, die fällige GOZ-Novellierung jetzt zügig anzugehen.

BZÄK



Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel (r.), und Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Dietmar Oesterreich mit Dr. Carola Reimann (SPD), der Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags, in ihrer Mitte.



Der gemeinsame Empfang von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung fand in den Räumen der Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin statt.

Gesetzentwurf

Sozialversicherung soll stabilisiert werden

Die Ausschüsse des Bundestages haben den Entwurf des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes (SozVersStabG) bekommen. Mit einer Finanzspritze von 3,9 Milliarden Euro an die Krankenkassen will die Bundesregierung noch höhere Zusatzbeiträge vermeiden.

Ohne den einmaligen Zuschuss für Einnahmeausfälle „würde sich der Druck auf die gesetzlichen Kassen (...) noch weiter erhöhen“, sagte der Parlamentarische Finanzstaatssekretär Steffen Kampeter in der Debatte zur 1. Lesung des SozVersStabG im Bundestag.

Konjunktur- und krisenbedingte Mindereinnahmen in der Arbeitslosenversicherung und in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen mit Steuermitteln aufgefangen und damit sowohl die Lohnzusatzkosten, als auch die Nettoeinkünfte der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten stabilisiert werden. Ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung würde sich der Druck auf die gesetzlichen Krankenkassen – Stichwort Zusatzbeiträge – noch weiter erhöhen, als es zum gegenwärtigen Zeitpunkt bedauerlicherweise der Fall ist.

Unter Berücksichtigung dieses zusätzlichen Zuschusses erhält der Gesundheitsfonds im laufenden Jahr Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt in Höhe von 15,7 Milliarden Euro: Das sind rund fünf Prozent der Ausgaben für das gesamte Jahr.

Als eine „grundsätzlich positive und richtige Maßnahme“ bezeichnete die SPD-Abgeordnete Bettina Hagedorn den Steuerzuschuss, auch wenn sie an der grundsätzlichen Ausrichtung der Gesundheitspolitik heftig Kritik übte.

„Der Zusatzbeitrag in Kombination mit dem Gesundheitsfonds war der faule Kompromiss in der Gesundheitspolitik der Großen Koalition, zwei völlig gegensätzliche Konzepte zu vereinen“, kritisierte die FDP-Abgeordnete Dr. Claudia Winterstein.

Der Gesetzesentwurf wurde zur Beratung an die Ausschüsse überwiesen.

KZBV

Falsche Versprechen

Urteil gegen „dent-net“

Das Netzwerk „dent-net“ – welches seine Zahnersatzleistungen vom Auslandsdentallabor Imex bezieht – darf nicht mehr mit dem Slogan „Zahnersatz zum Nulltarif“ werben. So entschied es das Landgericht Essen Mitte Januar mit der Begründung, dass dies irreführende Werbung sei.

Das Gericht folgte damit dem Unterlassungsantrag von „2te-Zahnarztmeinung.de“, einem Internetportal, das selbst umstritten ist. Es versteigert Heil- und Kostenpläne, ein Thema, mit dem sich der Bundesgerichtshof noch in diesem Jahr beschäftigen wird.

„dent-net“ hatte zuletzt mit einem Selektivvertrag für Zahnersatz für Schlagzeilen gesorgt, den es mit einigen Krankenkassen, u. a. der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), abgeschlossen hatte. Das Landgericht Essen legte fest, dass „dent-net“ weder Zahnersatz zum Nulltarif anbieten darf, noch Prophylaxe zum Nulltarif. Darüber hinaus darf das Unternehmen nicht mehr behaupten, der Marktführer für dentale Netzwerke zu sein.

Das Landgericht Essen begründete das Urteil u. a. damit, dass mit dem Slogan ... zum Nulltarif, Patienten angelockt werden, die in den meisten Fällen vom Umsonstangebot gar nicht profitieren können. Das Angebot hat so viele Voraussetzungen und Einschränkungen, dass 80 Prozent der Patienten, egal wie sehr sie sich bemühten, dieses gar nicht nutzen können.

Auch das Bundesversicherungsamt hat beteiligte Krankenkassen aufgefordert, diese Angebote zu unterlassen.

KZV

Sawicki erhebt schwere Vorwürfe

Vertrag des Arzneimittelprüfers wird nicht verlängert

„So wie die Pharmaindustrie derzeit arbeite, kann es nicht weitergehen. Selbst Pharmamanager seien der Ansicht, dass sie im Ansehen der Bevölkerung direkt nach den Drogendealern kommen.“ Damit hat Professor Dr. Peter T. Sawicki vielleicht nicht ganz unrecht, will aber offensichtlich auch von eigenen Fehlern ablenken. Der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) geht mit den Pharmaherstellern vor seinem Amtsabtritt hart ins Gericht. Die Industrie trickst und beteiligt sich nicht an der notwendigen Behandlung seltener Krankheiten. Sie entzieht sich ihrer ethischen Verantwortung und kopiert seit 20 Jahren Medikamente, um sie dann als neue Mittel zu verkaufen.

Persönlich gegen diese Macheschaften vorgehen kann er noch bis zum Sommer dieses Jahres. Ende August läuft sein Sechsjahresvertrag beim Institut aus. Sawicki bedauert das und wäre gern länger im Amt geblieben. Zum Verhängnis wurden

ihm Privilegien, von denen er heute sagt: „Der Solidargemeinschaft ist durch mein Verhalten kein Schaden entstanden.“ Trotzdem wollten die Öffentlichkeit, der Vorstand und der Stiftungsrat des Instituts keine Schlagzeilen wie „Sawicki vergibt Forschungsaufträge an Ehefrau“ oder „Sawicki muss falsche Spesenabrechnungen und unerlaubt angeschaffte Dienstwagen verantworten“ mehr riskieren.

In einem Land, in dem Arbeitnehmer fristlos gekündigt werden, weil sie eine Frikadelle oder Maultaschen gegessen haben, die dem Arbeitgeber gehörten, hinterlässt die großzügige Beurteilung fragwürdiger Spesenabrechnung u. ä. durch einen Großverdiener auf Kosten der GKV-Versicherten ein schlechtes Gefühl.

Bleibt zu hoffen, dass mit dem Weggang Sawickis die ungelösten Fragen der Arzneimittelbewertung und Preisgestaltung in der Bundesregierung einer Lösung zugeführt werden.

KZV

BMG legt neues Gesetz vor

GKV-Änderungsgesetz wird weitgehend begrüßt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Referentenentwurf eines GKV-Änderungsgesetzes vorgelegt. Das geplante Gesetz verfolgt im Wesentlichen folgende Ziele:

- Das Bundessozialgericht hatte aus datenschutzrechtlichen Gründen die Einbeziehung privater Abrechnungsgesellschaften in die Abrechnung von GKV-Leistungen für unzulässig erklärt; die vom Gesetz-

geber geschaffene Übergangsfrist läuft im Sommer 2010 aus und soll daher um ein weiteres Jahr verlängert werden.

- Darüber hinaus reagiert das BMG auf ein Vertragsverletzungsverfahren der EU-Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland, in dem die Kommission eine Europarechtswidrigkeit u. a. des deutschen Zahnheilkundegesetzes rügt.
- Außerdem soll das Gesetz eine Klarstellung der Straf- und Bußgeldbestimmungen des Medizinproduktegesetzes hinsichtlich der Durchführung klinischer Prüfungen ohne Genehmigung bringen.

Die Bundeszahnärztekammer wird zu dem Referentenentwurf Stellung nehmen und betonen, dass das Gesetzesvorhaben zwar begrüßt wird, aber die grundlegende Reform der GKV damit nicht an Bedeutung verliert.

BZÄK

Anzeige

Übernahme von Einzelpraxis bevorzugt

Jährliche Analyse der apoBank zum ärztlichen Investitionsverhalten

Auch im Analysejahr 2008 bevorzugten viele Ärzte die Übernahme von Einzelpraxen. Dieser allgemeine Trend wurde durch die jährliche Analyse der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) und des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) zum ärztlichen Investitionsverhalten bestätigt. Basis der Studie bilden Existenzgründungsfinanzierungen, die von der apoBank begleitet wurden.

Die Einzelpraxisübernahme ist nach wie vor – mit 47 Prozent in den alten und 55 Prozent in den neuen Bundesländern – die häufigste Niederlassungsform. Daneben gewinnen aber Kooperationen wie die Umwandlung einer Einzelpraxis in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder aber die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft durch mehrere Ärzte an Bedeutung.

Ausschlaggebend für eine Einzelpraxisübernahme ist nicht unbedingt das Finanzierungsvolumen. Vielmehr spricht für eine Übernahme, dass

der Übernehmer beispielsweise auf bereits vorhandene Strukturen und einen bereits vorhandenen Patientstamm zurückgreifen kann. Das Finanzierungsvolumen selbst setzt sich aus dem Kaufpreis oder Kosten für Neuanschaffung, Betriebsmittelkredit sowie zusätzliche Investitionen, etwa für Umbauten, zusammen.

Beispielsweise mussten Existenzgründer in den alten Bundesländern für die Übernahme einer hausärztlichen Einzelpraxis 163 000 Euro aufwenden. Für eine Einzelpraxisneugründung lag der Betrag bei lediglich 130 000 Euro und für die Überführung einer Einzel- in eine Gemeinschaftspraxis bei 122 000 Euro. In den neuen Bundesländern mussten für eine Einzelpraxisübernahme 99 000 Euro bzw. für eine Einzelpraxisneugründung 111 000 Euro aufgewendet werden.

Die Preisunterschiede zwischen den Existenzgründungsformen variieren allerdings je nach Fachgebiet. So

lag beispielsweise das durchschnittliche Finanzierungsvolumen für die Einzelneugründung von Hals-Nasen-Ohren-Arzt-Praxen in den alten Bundesländern höher als bei Einzelpraxisübernahme.

Über alle Fachrichtungen betrachtet wurden als Praxisstandort mittelgroße (20 000 bis 100 000 Einwohner) sowie Großstädte (mehr als 100 000 Einwohner) mit 30 bzw. 49 Prozent in den alten und 40 bzw. 31 Prozent in den neuen Bundesländern bevorzugt.

Um sich besser etablieren zu können, wählen viele Existenzgründer auch die Form der Kooperation. Gut jeder fünfte (23 Prozent) Jungunternehmer in den neuen Bundesländern wählt die Berufsausübungsgemeinschaft. In den alten Bundesländern sind es 38 Prozent. Insbesondere die jüngeren Zahnmediziner entscheiden sich für die Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen.

www.apobank.de



Fortbildung - kollegiale Gespräche - Erholung

■ 19. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

■ 61. Jahrestagung

der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

3. bis 5. September 2010

im Hotel Neptun, Rostock-Warnemünde

Themen

1. Interdisziplinäre Lösungsansätze für meine Dysgnathiepatienten
2. Professionspolitik
3. Aus der Praxis für die Praxis

Leitung Organisation und Professionspolitik: Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon, Rostock
Prof. Dr. Tomasz Gedrange, Greifswald

■ 18. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

am 4. September 2010

im Kurhaus Warnemünde

Programm/Anmeldung unter www.zaekmv.de, Menüpunkt Zahnärztetag

Für die schriftliche Anmeldung nutzen Sie bitte die vorgesehenen Anmeldekarten. Diese erhalten Sie Ende April zusammen mit den Flyern zum Zahnärztetag und der Helferinnentagung sowie dem Fortbildungsprogramm der ZÄK M-V für das zweite Halbjahr.

Rechtegesetz Zöller will Patienten stärken

Der neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), hat sich für ein Patientenrechtegesetz ausgesprochen. Ihm schwebt vor, dass ein solches Gesetz im kommenden Jahr verabschiedet wird. Ende dieses Jahres will er dafür die Eckpunkte vorlegen. Er zeigte sich zuversichtlich, dass sein Projekt umgesetzt wird. Angesichts des „Vertrauensverlustes im Gesundheitssystem“ sei es auch notwendig, das bislang zersplitterte Recht der Patienten zu bündeln. Auf dem Neujahrsempfang sicherte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel die Unterstützung der Zahnärzte bei diesem Vorhaben zu, solange die mit dem Gesetz verbundenen Forderungen im Rahmen der Verhältnismäßigkeit blieben.

BZÄK

Schirmherrschaft für HDZ Bundeszahnärztekammer übernimmt einstimmig

Per einstimmigen Beschluss hat der Vorstand der Bundeszahnärztekammer die Schirmherrschaft für die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ)



übernommen. Diese Schirmherrschaft unterstützt die bestehende Kooperationsvereinbarung zwischen BZÄK und HDZ und stellt einen Imagegewinn für beide Seiten dar.

Für die Erdbebenopfer von Haiti

bittet das HDZ dringend um weitere finanzielle Unterstützung:



Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete

Stichwort: „Haiti“

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Hannover; BLZ 250 906 08

Spendenkonto: 000 4444 000

Spendenbescheinigungen werden bei vollständiger Angabe der Adresse automatisch erteilt.

BZÄK

Achtung Fußballfans: Sollte Deutschland am Balltag spielen, werden wir auf jeden Fall das Spiel live übertragen.

Einladung

Zahnärzteball 2010

am Sonnabend, 26. Juni

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung lädt alle Kolleginnen und Kollegen zum traditionellen Zahnärzteball ein. Die Yachthafenresidenz „Hohe Düne“ in Rostock-Warnemünde bietet dazu das perfekte Ambiente.

Für den Nachmittag haben wir ein Fortbildungsseminar zum Thema „Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen“ organisiert. Referent wird der unverwechselbare Professor Dr. Vlado Bicanski sein.

Der Ball beginnt nach einem gemütlichen Sektempfang wie immer um 20 Uhr.

Die Karten werden inklusive Referat 70 Euro kosten.

Hotelzimmer können bis 15. April im **Hotel Yachthafenresidenz „Hohe Düne“**, Am Yachthafen 1, 18119 Rostock-Warnemünde, Telefon: 0381 – 50 40 63 63, gebucht werden, Stichwort: Zahnärzteball.

Anmeldung zum Zahnärzteball 2010

Bitte schicken Sie den Anmeldecoupon an:

**Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Str. 304
– Öffentlichkeitsarbeit –
19055 Schwerin**

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

Ja, ich komme zum Ball mit insgesamt _____ Personen.

Nach Möglichkeit möchte/n ich/wir zusammensitzen mit

Datum, Unterschrift (bitte gut leserlich schreiben)

Praxisstempel

PSI-Code

Abrechnung der BEMA-Z-Nr. 04

Aufgrund von zahlreichen Anfragen bezüglich der Auslegung der Gebührenposition BEMA-Z-Nr. 04, wonach die Abrechnung der Erhebung des PSI-Codes einmal in zwei Jahren möglich ist, hat sich die KZBV mit dem Spitzenverband der Krankenkassen in deren Sitzung vom 25. November 2009 auf folgende Vorgehensweise bei der Abrechnung geeinigt:

„Nach Abrechnung des PSI-Codes im laufenden Quartal ist eine Abrechenbarkeit in den folgenden sieben Quartalen nicht gegeben.“

Eine erneute Erhebung des PSI-Codes ist daher nach Ablauf von sieben „Leerquartalen“, in welchen die Abrechnung ausgeschlossen ist, wieder möglich. Auf eine taggenaue Berechnung der Frist im darauf folgenden Quartal kommt es nicht mehr an.

KZV

Neue Webseite zu Parodontitis

www.taschenplage.de ist jetzt freigeschaltet

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat eine neue Webseite zum Thema „Parodontitis“ freigeschaltet. Unter der URL: www.taschenplage.de erfahren Patienten, was Parodontitis ist, wie man ihr vorbeugen kann und wie sie behan-

delt wird. Die Webseite wurde im Zusammenhang mit Recallkarten zur Parodontalprophylaxe entwickelt und verstärkt die Aktivitäten der KZBV zur Aufklärung der Patienten über Zahnfleischerkrankungen.

KZBV



Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung macht mit einer ungewöhnlichen Webseite auf die Volkskrankheit Nummer eins, die Parodontitis, aufmerksam.

Service der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

Praxisausschreibungen, Börsen, Sitzungstermine und Praxisübernahmen

Nachfolger gesucht

Gesucht werden Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Ostvorpommern**, ab sofort für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Neubrandenburg**, für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Stralsund**, zum 1. Juli für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Wismar**, sowie zum 1. Januar 2011 für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Ostvorpommern**.

Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (Telefon 0385-5 49 21 30 bzw. unter E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt:

- Vorbereitungsassistenten/Zahnärzte suchen Anstellung
- Praxis sucht Vorbereitungsassistenten/Entlastungsassistenten/angestellten Zahnarzt
- Praxisabgabe
- Praxisübernahme
- Übernahme von Praxisvertretung

Sitzungstermin des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses finden am 31. März (*Annahmestopp von Anträgen: 10. März*) und am 9. Juni (*Annahmestopp von Anträgen: 19. Mai*) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin, einzureichen sind.

Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese

Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26 - 32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

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

Interessenten erfahren Näheres bei der KZV (Tel. 0385-54 92-130 oder unter der E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Praxisabgabe/-übernahme

Die Zahnarztpraxis von Dipl.-Med. Sylvia Biermann, niedergelassen seit 17. Juni 1991 in 18119 Rostock, Parkstraße 16, wird ab 7. Februar von Heide Bölter weitergeführt.

Ende der Niederlassung

Manfred Demmler
Zahnarzt
Kietzstraße 6A
17192 Waren

SR Suse Mann
Zahnärztin
Heinrich-Mann-Straße 64
18435 Stralsund

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Anstellung von Heide Bölter in der Praxis Dr. Thomas Keller, niedergelassen in 17034 Güstrow, Kränichstraße 41, endete am 31. Dezember 2009.

Die Anstellung von Dr. Janette Jahn in der Praxis Isaura Dünnebacke, niedergelassen in 23968 Wismar, Zierower Landstraße 3, endete am 31. Dezember 2009.

Bernd Hagen, niedergelassen in 19243 Wittenburg, Große Straße 26, beschäftigt ab 1. März Yvonne Schmeichel als ganztags angestellte Zahnärztin.

Alexandra Kuklinski, niedergelassen in 18055 Rostock, Graf-Schack-Str. 7, beschäftigt ab 1. Februar Imke Wenzel als halbtags angestellte Zahnärztin.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Gerd und Uwe Scheiffler, niedergelassen in 17207 Röbel, Gustav-Melkert-Straße 4, beschäftigt ab 1. Februar Katrin Ramm als ganztags angestellte Zahnärztin.

KZV

Anzeige

17. Kurs in Greifswald

Dentalhygienikerinnen aus den USA mit praktischem Arbeitskurs

Von der School of Dental Hygiene an der Universität Minneapolis/Minnesota führt Professor Dr. Kathleen Newell gemeinsam mit der langjährigen Lehr-DH, Kim Johnson, zum 16. Mal einen praktischen Arbeitskurs an der Zahnklinik der Universität Greifswald durch.

„Prophylaxekonzepte, Ergonomie, Diagnostik, Hand- versus Ultraschallinstrumentierung, neue Forschungsergebnisse“



Termin: 19. Juli – 23. Juli

Teilnehmerzahl: max. 20

Zum Ablauf: Kurssprache englisch mit Übersetzung; intensive, umfangreiche, praktische Übungen in unserer neuen Zahnklinik; zwischendurch Kurzvorträge zum aktuellen Stand der Wissenschaft durch den Greifswalder Lehrkörper; fast jeden Abend gemeinsames, kurzweiliges Rahmenprogramm

Kursgebühr: 950 Euro (inkl. Kursverpflegung, Skripten u.a.)

Teilnahmevoraussetzung: Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), fortgebildete Assistentin Prophylaxe/Prophylaxeassistentin, Zahnmedizinische Fachassistentin, Zahnärztin/Zahnarzt

Anfragen und Anmeldungen:
Renate Guder, Dörte Schlübler,
OÄ Dr. Jutta Fanghänel
Abteilung Parodontologie,
Zentrum für ZMK-Heilkunde,
Walther-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald

Tel: 03834 867127,
Fax: 03834 8619648
E-mail: guder@uni-greifswald.de

Satelliten-Symposium

Wissenschaftliche Erkenntnisse und deren klinische Relevanz für Implantologie und regenerative Medizin

Schwerpunkthemen:

- Augmentative und regenerative Technologien
- orale Implantologie
- Implantate und Augmentverfahren in der Orthopädie/übergreifende Themen

Parallel finden Workshops statt.

Termin: Freitag, 26. März 2010

Veranstaltungsort: Fritz-Schumacher-Haus, Martinistraße 52, Haus N 30, 20246 Hamburg-Eppendorf

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. J. Fanghänel, Prof. Dr. med. H.-W. Korf, Prof. Dr. med. dent. T. Ge-

drange, Dr. med. dent. F. Heinemann
Die Veranstaltung ist eingebettet in das 105th annual meeting der Anatomischen Gesellschaft vom 26. bis 29. März in Hamburg. Es werden von der Zahnärztekammer Hamburg 8 Fortbildungspunkte vergeben.

Tageskarte: 50 Euro inkl. MwSt.

Informationen/Anmeldung:

Kerstin Heßelmann
Poliklinik für Kieferorthopädie
17475 Greifswald
Tel: 03834 867110, Fax 03834 867113
Mail:
kieferorthopaedie@uni-greifswald.de

Anzeige

Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten

Statement des Arbeitskreises Dentalinstrumente der Bundeszahnärztekammer

Die Aufbereitung von Medizinprodukten hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Umfangreiche Regelwerke sind erschienen. Die Grundlagen dafür bilden allzu oft die Empfehlungen von Gremien, die sich mit der Sterilgutaufbereitung in Krankenhäusern befassen.

Die zahnmedizinischen Medizinprodukte unterliegen jedoch berufsbedingt spezifischen Aufbereitungsabläufen und müssen daher unter anderen Risikogesichtspunkten bewertet werden als die in Krankenhäusern verwendeten Medizinprodukte.

Der bei der Bundeszahnärztekammer angesiedelte Arbeitskreis Dentalinstrumente untersucht die fachspezifischen Besonderheiten bei der Aufbereitung von Medizinprodukten und erarbeitet darauf basierende Empfehlungen für Zahnarztpraxen.

Basierend auf der gründlichen Analyse des aktuellen Standes von Wissenschaft und Technik sowie der gesetzlichen Anforderungen ist der Arbeitskreis Dentalinstrumente (AKDI) bezüglich der Aufbereitung von zahnärztlichen Übertragungsinstrumenten zu folgender Feststellung gelangt:

Der AKDI, in dem auch die Hersteller der in Deutschland zur Anwendung kommenden Übertragungsinstrumente vertreten sind, gibt mit Blick auf die Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut zur „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ folgende Empfehlungen zur Aufbereitung von zahnärztlichen Übertragungsinstrumenten:

Einleitung

Die Aufbereitung von Medizinprodukten hat entsprechend § 4 Abs. 2 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung vom 21. August 2002 unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren zu erfolgen. Von einer ordnungsgemäßen Aufbereitung kann ausgegangen werden, wenn die gemeinsame Empfehlung des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von

Medizinprodukten“ unter Berücksichtigung spezieller Erfordernisse der Zahnheilkunde beachtet wird.

Sie muss durch die Hersteller der Übertragungsinstrumente freigegeben und durch unabhängige Gutachten akkreditierter Prüflaboratorien belegt sein. Maschinelle wie auch manuelle Aufbereitungsverfahren sind essentiell für den Infektionsschutz des Patienten, Anwendern und Dritten und beeinflussen entscheidend die technische Funktionsfähigkeit der Instrumente.

Zur dauerhaften Gewährleistung der Funktionsfähigkeit zahnärztlicher Übertragungsinstrumente ist die Pflege der rotierenden Teile durch geeignetes Pflegeöl nach Herstellerangaben unerlässlich.

Kontamination der Übertragungsinstrumente

Zahnärztliche Übertragungsinstrumente können bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sowohl außen als auch innen mit einem Gemisch aus Speichel, Blut und Kühlwasser der Dentaleinheit kontaminiert werden.

Die äußere wie innere Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten (Reinigung und Desinfektion, ggf. Sterilisation) ist deshalb nach jedem Einsatz am Patienten erforderlich. Durch ihren komplexen Aufbau erfordern zahnärztliche Übertragungsinstrumente einen erhöhten Aufwand für Reinigung und Desinfektion.

Reinigung der Übertragungsinstrumente

Die Reinigung von Übertragungsinstrumenten ist unter Beachtung der Angaben der Hersteller sowohl manuell als auch maschinell möglich.

Für die *manuelle Reinigung* der Innenflächen sind geeignete, nicht Protein fixierende, Reinigungsmittel einzusetzen.

Die *maschinelle Reinigung* in einem Reinigungs- und Desinfektionsgerät ist bei Temperaturen durchzuführen, die nicht zu einer Fixierung der Proteine führen. Sie kann mit der anschließenden Desinfektion bzw. Sterilisation verbunden werden.

Erfolgt lediglich eine maschinelle bzw. manuelle Reinigung der Übertragungsinstrumente, muss die Desinfektion in einem weiteren Arbeits-

schritt erfolgen. Für eine manuelle wie maschinelle Innenreinigung sind spezifische Adapter erforderlich, sodass eine Reinigung der Wasser- und Luftkanäle und der Treibluft- sowie Rückluftkanäle von Turbinen gewährleistet ist. Gleiches gilt für die Kühlwasserkanäle und die Innenflächen der Köpfe von Hand- und Winkelstücken. Maschinelle wie manuelle Innenreinigung werden durch die sichere Adaption entscheidend beeinflusst.

Desinfektion der Übertragungsinstrumente

Die Desinfektion aller kontaminierten Außen- und Innenflächen von zahnärztlichen Übertragungsinstrumenten setzt eine Reinigung voraus. Zur Desinfektion von Übertragungsinstrumenten stehen folgende Verfahren zur Verfügung:

- *Maschinelle Desinfektion:* Chemische, chemothermische oder thermische Desinfektion der Außen- und Innenflächen in einem Reinigungs- und Desinfektionsgerät, einem Desinfektionsgerät oder die thermische Behandlung im Dampfsterilisator.
- *Manuelle chemische Desinfektion* der Außenflächen mit einem geeigneten Desinfektionsmittel. Anschließend hat die Dampfdesinfektion der unverpackten Übertragungsinstrumente in einem Sterilisator der Klasse S oder B zu erfolgen.

Eine aufeinander folgende manuelle Reinigung und Desinfektion der Außen- und Innenflächen von Übertragungsinstrumenten *ohne anschließende Behandlung in Dampfsterilisatoren* darf nur durchgeführt werden, wenn der Hersteller des jeweiligen Übertragungsinstrumentes eine material- und funktionstechnische Freigabe erteilt hat und der Hersteller des Desinfektionsmittels die Wirkung der manuellen chemischen Desinfektion als zuverlässiges Verfahren nachgewiesen hat. Unter diesen Voraussetzungen können Übertragungsinstrumente der Risikogruppe „semikritisch B“ nach erfolgter Reinigung, Desinfektion und Pflege erneut zur Anwendung kommen.

Fortbildung im Mai

5. Mai 5 Punkte

Aktuelle rechtliche Aspekte
zahnärztlicher Tätigkeit
Prof. Dr. Dr. J. Klammt,
Rechtsanwalt P. Ihle
15 – 19 Uhr, Mercure Hotel,
Am Gorzberg, 17489 Greifswald
Seminar Nr. 28
Seminargebühr: 140 €

7./8. Mai 11 Punkte

Prothetische Planung und Therapieab-
lauf im parodontal geschädigten Gebiss
Prof. Dr. T. Kocher, Prof. Dr. R. Biffar
7. Mai 14 – 19 Uhr,
8. Mai 9 – 13 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald
Seminar Nr. 29
Seminargebühr: 290 €

8. Mai 9 Punkte

Die klinische Funktionsanalyse – eine
Schnittstelle zur erfolgreichen Be-
handlung von CMD-Patienten (De-
monstrations- und Arbeitskurs)
Prof. Dr. P. Ottl
9 – 17 Uhr
Klinik und Polikliniken für ZMK
„Hans Moral“
Stempelstraße 13, 18057 Rostock
Seminar Nr. 30
Seminargebühr: 250 €

Sterilisation der Übertragungsinstrumente

Für Übertragungsinstrumente, welche
als Medizinprodukte der Kategorie
„kritisch B“ zum Einsatz kommen,
ist im Anschluss an die Reinigung,
Desinfektion (im RDG oder manuelle
Außendesinfektion) und Pflege eine
Dampfsterilisation erforderlich. Vor
der Sterilisation sind die Instrumente
zu verpacken (Sterilverpackung). Die
Verpackungseinheit ist mit nutzungs-
relevanten Kennzeichnungen zu ver-
sehen, aus denen Inhalt, ggf. Sterilisa-
tionsverfahren, Sterilisierdatum bzw.
Sterilgutlagerfrist ersichtlich ist. Die
Sterilisation hat in einem Dampfsteri-
lisateur der Klasse S oder B zu erfol-
gen. Eine Sterilisation unverpackter
Übertragungsinstrumente ist möglich,
wenn die Instrumente unmittelbar
nach der Sterilisation am Patienten
eingesetzt werden. Auf kontamina-
tionsfreien Transport muss geachtet
werden.

Freigabe der aufbereiteten Übertragungsinstrumente

Die Aufbereitung endet mit der Frei-
gabe der Übertragungsinstrumente
zur erneuten Anwendung bzw. zur
Lagerung.

Lagerung der Übertragungsinstrumente

Die Lagerung der Übertragungsin-
strumente hat – je nach Erfordernis
keimarm bzw. steril – unverpackt

bzw. verpackt staubgeschützt, sauber
und trocken zu erfolgen.

Wirtschaftlichkeit

Bei der Auswahl eines der oben ange-
gebenen Aufbereitungsverfahren sind
dessen Kosten unter den Aspekten der
jeweiligen Praxisstruktur zu berück-
sichtigen.

Arbeitskreis Dentalinstrumente,
Berlin im Januar 2010

An der Erarbeitung waren beteiligt:

PD Dr. Jatzwauk (Vorsitzender),
Dr. med. dent. Rottner
(stellvertretender Vorsitzender),
Alpro Medical GmbH,
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
(Dr. Kreyenborg, Dr. Wunsch),
Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in
der Zahnmedizin (DAHZ) (Dr. Voss),
Deutsche Gesellschaft für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie
(DGMKG) (Prof. Al-Nawas),
Dürr Dental,
J. Morita Europe GmbH,
KaVo Dental GmbH,
Nitram Dental,
NSK Europe NAKANISHI INC.,
South Central Indiana Community
Access Network (SciCan),
Sirona Dental Systems GmbH,
W&H Deutschland GmbH,
Zahnärztekammer Niedersachsen
(PD Dr. Kullmann).

Anzeige

Neues Recht: Röntgeneinrichtungen Experten der TÜV NORD Röntgentechnik informieren

Die rechtlichen Voraussetzungen für den Betrieb zahnmedizinischer Röntgeneinrichtungen werden in regelmäßigen Abständen an den aktuellen Stand der Technik angepasst. Zahnmedizinische und medizinische Röntgengeräte sind zwar durch die CE-Kennzeichnung als Medizinprodukt ausgewiesen, für deren Anwendung am Menschen gelten jedoch in Deutschland zusätzliche Anforderungen.

Im Rahmen der Röntgenverordnung werden hierfür Richtlinien veröffentlicht, die bundesweit Gültigkeit haben.

Seit dem 1. März 2009 ist die neue Sachverständigenrichtlinie anzuwenden. Die Sachverständigenrichtlinie beinhaltet technische Mindestanforderungen, deren Einhaltung bei der Prüfung der Röntgengeräte durch den Sachverständigen bei der Erstinbetriebnahme, wesentlichen Änderungen und bei den Wiederholungsprüfungen (alle fünf Jahre) geprüft wird.

Diese Informationen sind in der Regel zuerst den Fachleuten zugänglich. Vor dem Kauf eines neuen Röntgengerätes ist es sinnvoll, sich über diese neuen Anforderungen zu informieren, damit es bei der Inbetriebnahme des Gerätes keine Verzögerungen gibt oder das Gerät sich für den Anwendungszweck als ungeeignet erweist. Nachfolgend sind die wichtigsten Änderungen für den Betrieb zahnmedizinischer Röntgengeräte nach der neuen Sachverständigenrichtlinie aufgeführt:

- Panoramaschichtaufnahme-, Fernröntgen- und DVT-Geräte (Dentale Volumen-Tomographen), die ab dem 1. Juli erstmalig in Betrieb genommen werden, müssen über eine Anzeige der Strahlenexposition des Patienten verfügen. Dabei kann die Strahlenexposition des Patienten durch ein integriertes Messgerät oder durch die Software ermittelt und angezeigt werden.
- Kieferorthopädische Aufnahmen an Kindern (bis zu zwölf Jahren) mit Panoramaschichtaufnahmegegeräten und analogen Bildempfängern dürfen ab dem 1. Juli nur noch mit Film-Folien-Systemen der Empfindlichkeitsklasse 400 erfolgen. Für nichtkieferorthopädische Aufnahmen an Kindern kann jedoch weiterhin ein Film-Folien-System der Empfindlichkeitsklasse 200 eingesetzt werden. Auf Grund der geringeren Strahlenexposition ist das Film-Folien-System der Empfindlichkeitsklasse 400 dem System der Klasse 200 zu bevorzugen. Neue Panoramaschichtaufnahmegegeräten mit analogen Bildempfängern mussten daher schon seit 1. Juli 2008 mit dem Film-Folien-System der Klasse 400 ausgerüstet sein.
- Bei Tubusgeräten mit Röhrenspannungen > 75 kV ist ab dem 1. März 2009 ein Tubus von 30 cm Länge gefordert. Damit soll die Hautdosis bei diesen Dentalaufnahmen reduziert werden.

Fortbildung im Mai

28./29. Mai **19 Punkte**
Curriculum Implantologie 2010/2011 (freie Plätze für das gesamte Curriculum) 1. und 2. Kurstag: Einstieg in die Implantologie in der zahnärztlichen Praxis

Prof. Dr. W. Sümnick, Dr. T. Mundt

28. Mai 14 – 19 Uhr,

29. Mai 9 – 16 Uhr

Zentrum für ZMK

W.-Rathenau-Straße 42a

17489 Greifswald

Seminar Nr. 1

Gebühr für das gesamte Curriculum auf Anfrage

29. Mai **5 Punkte**

Wie kann ich Patienten mit Bisphosphonat-Medikation in der zahnärztlichen Praxis behandeln?

Dr. Dr. J. –H. Lenz, Dr. Ch. Schöntag
9 – 12.30 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK

„Hans Moral“

Stempelstraße 13

18057 Rostock

Seminar Nr. 31

Seminargebühr: 150 €

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

Bitte beachten Sie: Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter www.zaekmv.de - Stichwort Fortbildung).

Ausbildung Zahnmedizinische Fachangestellte

Tagesbeschulung an der Beruflichen Schule Schwerin bleibt auch 2010/2011

Am 16. Dezember 2009 wurde durch die Berufliche Schule für Wirtschaft und Verwaltung der Landeshauptstadt Schwerin eine außerordentliche Schulkonferenz einberufen. In dieser Sitzung wurde die zukünftige Beschulung der Auszubildenden mit Beginn des Schuljahres 2010 im Blockmodell beschlossen. Die anwesenden Kammern der Freien Berufe wurden weder im Vorfeld informiert, noch

hatten sie ein Mitspracherecht.

Zahlreiche Anrufe durch Ausbilder, die ihren Unmut über den Beschluss zur Blockbeschulung äußerten, wurden im Referat Zahnärzthelferin/Zahnmedizinische Fachangestellte registriert und gaben Anlass dafür, dass der Vorstand der Zahnärztekammer sich an das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern und an die Berufliche

Schule Schwerin gewandt hat, damit diese Entscheidung revidiert wird.

Die Interventionen hatten Erfolg. Durch den Schulleiter der Beruflichen Schule Schwerin, Gilbert Gräter, wurde der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mitgeteilt, dass die Beschulung ab September weiterhin in Form der Tagesbeschulung durchgeführt wird.

Referat ZAH/ZFA

Zähne wichtig

Zahngesundheit = ein Zehntel der Gesundheit

Wer schon einmal starke Zahnschmerzen gehabt hat, der wird Prof. Stefan Zimmer von der Universität Witten/Herdecke Recht geben. Der fand nämlich nun heraus: Die Mundgesundheit wirkt sich in erheblichem Maße auf die allgemeine Lebensqualität der Menschen aus. „Nach Abschluss unserer Untersuchungen kann man festhalten, dass die Mundgesundheit eines Menschen etwa zehn Prozent der allgemeinen medizinischen Lebensqualität ausmacht“, stellt Zimmer fest. Das fand der Dekan der Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der UW/H in einer Studie heraus.

Bei der Abfrage der allgemeinen medizinischen Lebensqualität unterschied die Studie zwischen der rein körperlichen und der mentalen Einschätzung der gesundheitlichen Lebensqualität. Dabei fiel auf, dass der körperliche Index sich erwartungsgemäß mit dem Alter verschlechterte, während die Einschätzung der rein mentalen Verfassung mit dem Alter sogar stieg.

„Über die Gründe können wir nur spekulieren“, sagt Prof. Zimmer. „Die Entwicklung könnte mit den veränderten sozialen Bedingungen in Deutschland zu tun haben. Da wären in erster Linie die Gefahr der Arbeitslosigkeit, rapide steigende Gesundheitskosten, das Risiko von Altersarmut und die Notwendigkeit, selbst vorzusorgen, zu nennen.“

„Bei der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität liegen wir auf einem sehr hohen Niveau“, konstatiert Prof. Zimmer. „Diese Feststellung scheint zunächst im Gegensatz zur epidemiologischen Tatsache zu stehen, dass zahngesundheitliche Probleme wie Karies, Parodontitis und Zahnverlust mit dem Alter zunehmen. Eine Erklärung, warum sich dies nicht auf die Lebensqualität auswirkt, könnte das hohe Niveau der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland sein.“

Weitere Informationen zur Studie:
Prof. Stefan Zimmer; E-Mail:
stefan.zimmer@uni-wh.de

Universität Witten/Herdecke

Studienergebnisse vorgestellt

Kieferorthopädische Assistenten machen Wissenschaft

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) besteht seit 1908. Sie ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, die es sich u. a. zur Aufgabe gemacht hat, die Forschung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie voran zu treiben und junge Nachwuchswissenschaftler bei der Verbreitung und Veröffentlichung ihrer Forschungsergebnisse zu unterstützen. Die Jahrestagungen der DGKFO sind dafür das beste Podium.

Auch die Assistenten der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Rostock werden während ihrer Ausbildung für das wissenschaftliche Arbeiten interessiert. So präsentierten Ju-

fenen Mundhaltung oder der unphysiologischen Zungenruhelage, frühzeitige, interdisziplinäre therapeutische Interventionen in Form einer kieferorthopädischen Frühbehandlung mit begleitender myofunktioneller Therapie erforderlich sind.

Die zweite Posterpräsentation widmete sich ebenfalls der Therapie der Klasse II/1 Gebissanomalie und untersuchte den Einfluss des Wachstumsmusters des Unterkiefers auf das Therapieergebnis. Es wurde gezeigt, dass bei Patienten mit counter-clockwise (horizontalem) Wachstum des Unterkiefers ein früher Therapiebeginn zu funktionell und ästhetisch besseren Behandlungsergebnissen führt. Zu-



Prof. Dr. Rosemarie Grabowski mit ihren Assistenten Bassel Abou Jamra und Juliane Neubert, die stolz ihre Forschungsergebnisse auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie in Mainz präsentierten.

liane Neubert und Bassel Abou Jamra ihre Studienergebnisse in Posterform und stellten sich auf der vergangenen Jahrestagung der DGKFO in Mainz der fachlichen Diskussion.

Der Posterbeitrag von Abou Jamra thematisierte die Behandlung von Patienten mit Klasse II/1 Anomalie. Die Fragestellung, ob die Therapie dieser Anomalie während des Wachstums durch skelettale und/oder dentoalveoläre Kompensation der Gebissanomalie erzielt wird, sollte beantwortet werden. Die Ergebnisse zeigten, dass skelettale Therapieeffekte mehr Zeit erfordern, während dentoalveoläre Umformungen schnell zu erzielen sind. Zudem wurde festgestellt, dass beim Vorhandensein von orofazialen Dysfunktionen, wie der habituell of-

dem wurde festgestellt, dass durch das frühe Schaffen einer künstlichen Abstützung im Frontzahngelände mittels kieferorthopädischer Apparatur das Vertikalwachstum im vorderen Ober- und Unterkieferbereich bei Patienten mit counter-clockwise Wachstum des Unterkiefers gut unterstützt werden kann.

Die Teilnahme von Jamra an der Jahrestagung der DGKFO wurde durch den Wissenschaftsfonds der Mecklenburg Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V. finanziell unterstützt. Dafür möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon

10. Neubrandenburger Fortbildungsabend

Referenten der Universität Leipzig bereicherten die gut besuchte Veranstaltung

Am 11. November 2009 fand der nunmehr 10. Neubrandenburger Fortbildungsabend im Hörsaal der Bethesda-Klinik am „Dietrich-Bonhoefer-Klinikum“ Neubrandenburg statt.

Keine Karnevalsveranstaltung, sondern eine durchaus ernstzunehmende regionale Veranstaltung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V., die mit 60 Teilnehmern gut besucht war.

Mit OA Dr. Edgar Hirsch und Professor Torsten Remmerbach, beide vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Leipzig, konnten kompetente Vertreter ihrer Fächer als Referenten gewonnen werden.

Nachdem OA Dr. Hirsch bereits zum 1. Neubrandenburger Fortbildungsabend die seinerzeit neue Technik der dentalen Volumetomographie vorstellte, zog er diesmal Bilanz nach zehn Jahren und gab Ausblicke für die Zukunft dieser Röntgentech-



v.l.n.r. Initiator des Neubrandenburger Fortbildungsabends Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Referenten OA Dr. Edgar Hirsch, Prof Dr. Torsten Remmerbach und Organisator Dr. Hans-Jürgen Koch

nik. Er vertrat die Ansicht, dass aufgrund der Entwicklung der Kosten, wie auch des Platzbedarfs der Geräte, wie auch der immer weiter steigenden Anforderungen an die Diagnostik, vor

allem in der Oralchirurgie und der Implantologie in nicht all zu ferner Zukunft in jeder 3. bis 5. Praxis ein Gerät stehen wird, mit dem die dentale Volumetomographie möglich sein wird, zumal die Entwicklung in Richtung Kombinationsgeräte zu gehen scheint. Es werden dann sowohl die bekannten PSA-Aufnahmen, Fernröntgenseitenaufnahmen, als auch die dentale Volumetomographie mit einem Gerät möglich sein.

Im zweiten Teil des Abends sprach Professor Remmerbach über Mundkrebsfrüherkennung.

Anhand umfangreicher klinischer Bilder stellte er die gesamte Palette der Mundschleimhautveränderungen von der traumatischen Läsion über Präkanzerosen bis zum Mundschleimhautkrebs dar.

Schließlich demonstrierte er sehr anschaulich die Methode der Bürstenbiopsie, die eine moderne, schmerzfreie und zielsichere Untersuchungsmethode zur Mundkrebsfrüherkennung darstellt und vor allem auch zur Verlaufskontrolle von Mundschleimhautrekrankungen geeignet ist. Die Kosten für diese Untersuchung werden bei Vorliegen von Schleimhautrekrankungen einmal jährlich von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Auf diese Weise können Vorstadien und Frühformen lange vor Ausbruch eines Mundschleimhautkrebses erkannt werden.

Dr. Hans-Jürgen Koch

Arbeitstreffen für Zahnärztinnen

Zahnärztinnenkongress und Kooperationen vorbereitet



Am 12. Februar fand in der Geschäftsstelle der Bundeszahnärztekammer in Berlin ein Arbeitstreffen des Ausschusses für die Belange der Zahnärztinnen statt. Die Teilnehmerinnen bereiteten den 3. Zahnärztinnenkongress vom 13. – 15. Mai 2011 in Frankfurt/Main vor. Dieser wird sich u. a. mit der Erfassung und Förderung spezifischer Bedürfnisse von Zahnärztinnen, dem Erhalt der Freiberuflichkeit, der fachübergreifenden Fortbildung von Zahnärztinnen und der Bildung von Netzwerken beschäftigen.

Außerdem wurde auf dem Arbeitstreffen über die zukünftige Kooperation mit dem Deutschen Ärztinnenbund gesprochen. Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern war durch die Referentin für die Belange der Zahnärztinnen, Dr. Ingrid Buchholz aus Neubrandenburg (3.v.l.), vertreten.

Exzision einer Schleimhautwucherung

Möglichkeiten der PAR- Alternativberechnung an einzelnen Zähnen nach BEMA-Nr. 50-Exz 2

In dens 2 wurden Erklärungen und Abrechnungshinweise zur Exz 1 gegeben. Nunmehr erfolgen Angaben zur BEMA-Nr. 50.

Aufgrund der Verpflichtung der KZV M-V, die zahnärztlichen Abrechnungen nach § 17 EKVZ und § 19a BMV-Z rechnerisch und gebührenermäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen, hat der Vorstand der KZV M-V in Absprache mit dem Referenten für Parodontologie nochmals klargestellt, wie die BEMA-Nr. 50-Exz 2 vertragszahnärztlich abzurechnen ist.

Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)

Exz 2

BEMA-Nr.: 50

Bewertungszahl: 37

Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:

1. Eine Leistung nach Nr. 50 ist in derselben Sitzung nicht für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung abrechnungsfähig.
2. Eine Leistung nach Nr. 50 ist auch mehrmals je Kiefer abrechnungsfähig, wenn es sich um getrennte Operationsgebiete handelt.

Die Nr. 50-Exz 2 umfasst die Exzision einer Schleimhautwucherung, die teilweise oder ganz entfernt werden muss. Eine Wucherung ist eine lokale, übersteigerte Neubildung von Gewebe, verbunden mit einer gebietsmäßigen Zunahme dieses Gewebes.

Die Gründe für die Entfernung können zum Beispiel sein, wenn diese Gewebezunahme den Patienten in ästhetischer oder funktioneller Hinsicht stört und die Gefahr der Bildung von Komplikationen aufgrund der Gewebezunahme besteht.

Des Weiteren, wenn diese ein Hindernis darstellt für eine regelgerechte zahnärztliche Weiterbehandlung. Weichgewebeneubildungen sind sehr vielfältig in ihren Formen und ihren Ursachen.

Der BEMA benennt zur Nr. 50 beispielhaft zwei relativ häufig vorkommende Neubildungen, zum einen das lappige Fibrom und zum anderen die Epulis.

Außer diesen beiden Arten von Neubildungen gibt es noch eine Vielzahl von anderen Gewebewucherungen, die in ihrer Gesamtheit nicht aufgezählt werden können.

Diese Neubildungen, die nach der BEMA-Nr. 50 exzidiert werden können, haben eins gemeinsam: sie sind gutartig (häufig mit einem reaktiven Charakter auf einen chronischen Reiz) und erfordern keine weitreichenderen Behandlungsmaßnahmen als die Entfernung des störenden neugebildeten Gewebes.

Insofern handelt es sich bei der BEMA-Nr. 50 in der Regel um einen chirurgischen Eingriff größeren Umfangs, der eine eigene Wundversorgung (z. B. Naht) und auch Nachbehandlung (vergl. Nr. 38) erforderlich macht.

Auch parodontal-chirurgische Eingriffe aufgrund des Vorhandenseins einer nur geringen Restbezahnung, können unter bestimmten Voraussetzungen nach BEMA-Nr. 50 abgerechnet werden. Dies gilt gleichermaßen für einzeln stehende, auch benachbarte Zähne und solchen, die der Verankerung von Zahnersatz bei nur geringem Restzahnbestand dienen.

Nach dem geltenden Vertrag müsste eine systematische Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) vorab beantragt werden; dies wäre für die Behandlung einzelner isolierter Zähne jedoch zu aufwendig und damit u. U. unwirtschaftlich.

Ebenso kann es notwendig sein, eine parodontal-chirurgische Behandlung an nur einem einzelnen Parodontium vornehmen zu müssen, wenn bei bereits früher erfolgter systematischer Parodontaltherapie im Rahmen der Nachsorgetherapie lokale Rezidive auftreten.

Da diese Rezidivbehandlung nach einer systematischen Behandlung von Parodontopathien nur lokale Rezidive umfassen darf, kann diese Parodontaltherapie im Rahmen der Nachsorgetherapie als Exz 2 abgerechnet werden, *maximal für drei Zähne*.

Zusammenfassend noch einmal Abrechnungsmöglichkeiten der Exz 2 für PAR, wenn ein Beantragungsverfahren für eine systematische PAR-Behandlung zu aufwendig und unwirtschaftlich ist:

- bei einem sehr geringen Restzahnbestand,
- bei Vorliegen einzelner isolierter parodontaler Erkrankungen, d. h. bei einer isolierten parodontalen Erkrankung und die restliche Bezahnung nicht behandlungsbedürftig ist,
- bei Einzelzähnen, auch solchen, die der Verankerung von Zahnersatz bei nur geringem Restzahnbestand dienen,
- für die Nachbehandlung einzelner Parodontien nach bereits abgeschlossener systematischer PAR-Behandlung (Rezidivbehandlung)

Der Vorstand der KZV M-V folgt in Übereinstimmung mit dem Referenten für Parodontologie der KZV M-V den BEMA-Abrechnungsbestimmungen zur Entfernung einer Schleimhautwucherung nach BEMA-Nr. 50 und deren Anwendung bei alternativen parodontal-chirurgischen Maßnahmen an einzelnen Zähnen.

Der Vorstand hat beschlossen, dass eine PAR-Behandlung ohne Plan bei maximal bis zu drei Zähnen, die Zähne können benachbart sein, jeweils als Exz 2 abgerechnet werden kann.

Somit ist es möglich, die BEMA-Nr. 50 als Ersatz (alternativ) für parodontologische Behandlungen nach den BEMA-Nrn. P200, P201, P202 und P203 in Ansatz zu bringen; allerdings, und das sei nochmals hervorgehoben, nur *bei bis zu drei Zähnen*.

Die Definition „Operationsgebiet“, wie in den Abrechnungsbestimmungen Punkt 1 und 2 zur BEMA-Nr. 50 beschrieben, muss bei diesen Alternativbehandlungen unberücksichtigt bleiben. Deshalb wird in der KZV M-V der parodontal-chirurgische Eingriff nach Nr. 50 als Einzeloperationsgebiet **je Zahn** anerkannt.

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 50 erfolgt auf dem Erfassungsschein, der Diskette oder Online. Das Datum der Sitzung ist anzugeben, wenn nicht bereits zur vorgehenden Leistung angegeben. Ebenso erforderlich sind die Zahnangabe bzw. die der Zähne und die der Leistung. **Elke Köhn**

Fortbildungsangebote der KZV M-V

PC-Schulungen

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: Kassenzahnärztliche Vereinigung, Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
Punkte: 3
 Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.
Gebühr: 60 Euro für Zahnärzte, 30 Euro für Vorbereitungsassistenten und Zahnarzthelferinnen

Textverarbeitung mit Word 2003

Inhalt: Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief
Wann: 10. März, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Einrichtung einer Praxishomepage

Inhalt: Pflichtinhalte laut Telemedienengesetz; freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; einfache Homepage selbst gestalten
Wann: 7. April, 16 – 19 Uhr, Schwerin

E-Mail echt einfach mit Outlook Express

Inhalt: Elektronische Post – was ist das?; E-Mail Programme kennen lernen; Outlook Express benutzen; (E-Mail Konto einrichten, Meine erste Mail); Outlook Express anpassen (Ordner anlegen, Regeln für E-Mails aufstellen); Virenschutz Outlook Express
Wann: 5. Mai, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Sicherheit im Internet

Inhalt: Viren, Würmer und Trojaner – eine Unterscheidung; Hacker im Internet – ein kleiner Exkurs; Dialer – seriöse und unseriöse Anbieter unterscheiden; Schutzmöglichkeiten – Vorsicht ist die Mutter der Porzellankiste
Wann: 12. Mai, 16 – 19 Uhr, Schwerin

PowerPoint 2003

Inhalt: die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen; Arbeiten mit POWERPOINT unter verschiedenen Ansichten; Freies Erstellen einer Präsentation; Verwendung des Folienmasters; Einfügen verschiedener

Elemente; Aktionseinstellungen
Wann: 2. Juni, 16 – 19 Uhr, Schwerin

BEMA-Seminar für Auszubildende im 3. Lehrjahr und Neueinsteiger

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

Inhalt: Vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen, kieferorthopädischen und Zahnersatzleistungen

Gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen;

Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Praxisgebühr; zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht; vertragszahnärztliche Kfo-Behandlung; ZE-Festzuschüsse
Wann: 20. März, 10 – 17 Uhr in Schwerin
Punkte: 6
Gebühr: 75 Euro für Auszubildende, Zahnarzthelferinnen, Vorbereitungsassistenten

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
 Telefon: 0385-54 92 131;
 Fax-Nr.: 0385-54 92 498

Ansprechpartnerin: Antje Peters
 E-Mail: mitgliederwesens@kzvmv.de

Ich melde mich an zum Seminar:

- Textverarbeitung mit Word 2003 am 10. März, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Seminar (für Auszubildende und Neueinsteiger) am 20. März, 10 bis 17 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 7. April, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- E-Mail echt einfach mit Outlook Express am 5. Mai, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Sicherheit im Internet am 12. Mai, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- PowerPoint 2003 am 2. Juni, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Mitarbeitermotivation ist besondere Chefsache

Zahlreiche steuerfreie Zuwendungen ohne Zahlung von Sozialabgaben

Das Thema „Motivation von Mitarbeitern“ ist Chefsache und sollte in Unternehmen, Kanzleien und Praxen einen besonderen Stellenwert einnehmen. Dabei geht es nicht immer nur um Gehaltserhöhungen. Lob und Anerkennung oder ein gutes Betriebsklima sind weitere wichtige Faktoren.

Auch Prämien für gute Arbeit erfreuen jeden Mitarbeiter. Aber oft ist die Enttäuschung groß, wenn nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben netto viel weniger auf dem Konto ankommt. Bei einem unterstellten Grenzsteuersatz von 30 Prozent und einer sozialversicherungsrechtlichen Belastung von 20 Prozent bleibt von einer Prämie oder einer Lohnerhöhung nur die Hälfte.

Hinzu kommt, dass der Arbeitgeber ergänzend zur Lohnerhöhung noch einen sozialversicherungsrechtlichen Anteil von rund 20 Prozent tragen muss. Bei einer zusätzlichen Zahlung von 100 Euro sind dann also rund 70 Euro an Steuern und Sozialabgaben fällig.

Als Belohnung für verdiente Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen gibt es aber zahlreiche steuerfreie Möglichkeiten, für die keine Sozialabgaben gezahlt werden müssen. Profitieren können alle Arbeitnehmer, unabhängig davon, ob es sich um Teil- oder Vollzeitbeschäftigte handelt. Auch für „Minijobber“ sind steuerfreie Zuwendungen interessant, da mit ihrer Hilfe eine deutliche Erhöhung der 400-Euro-Grenze erreicht werden kann.

Arbeitgeber – ganz gleich ob beispielsweise in Unternehmen, (Zahn-) Arztpraxen oder Anwaltskanzleien – profitieren zweifach von dem steuerfreien Bonus: Die Angestellten freuen sich über die Anerkennung und es sind auf den zugewendeten Betrag keine Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung zu zahlen. Was immer beachtet werden muss: Die Steuerfreiheit vieler Leistungen ist abhängig davon, dass sie zusätzlich zum vereinbarten Arbeitslohn gezahlt werden. Eine Umwandlung von bereits vereinbartem Arbeitslohn in steuerfreie Leistungen ist nicht zulässig.

Die acht interessantesten steuerfreien Zuwendungen:

Sachzuwendungen

Geschenke an Mitarbeiter aus Anlass eines besonderen persönlichen Ereignisses können bis zu einem Wert von 40 Euro gemacht werden, z. B. ein Blumenstrauß oder ein Buch zum Geburtstag oder zur Hochzeit. Geldgeschenke sind allerdings nicht steuerfrei.

Warengutscheine

Warengutscheine sind steuerfrei, wenn sie auf eine speziell festgelegte Ware ausgestellt sind und in einem bestimmten Kaufhaus oder Geschäft eingelöst werden können. Bis zu 44 Euro pro Monat dürfen mit einer solchen Sachzuwendung steuer- und sozialabgabenfrei vom Arbeitnehmer vereinnahmt werden. Wichtig ist, dass kein konkreter Betrag auf dem Gutschein ausgewiesen ist, sondern eine Ware und die Menge im vergleichbaren Wert.

Benzingutscheine

Angesichts hoher Spritpreise bieten sich auch Tankgutscheine für Mitarbeiter an. Wenn deren Wert die Grenze von 44 Euro (inklusive Umsatzsteuer) im Monat nicht übersteigt, müssen Arbeitnehmer dafür keine Steuern und Sozialabgaben zahlen. Es ist steuerlich „unschädlich“, wenn die Gutscheine auf Geschäftspapier verfasst sind oder wenn Benzinkäufe von Mitarbeitern über eine bei der Tankstelle deponierte Firmen-Kundenkarte abgerechnet werden. Keinen Steuervorteil gewähren die Finanzämter dagegen, wenn der Mitarbeiter selbst eine Tankkarte erhält. In solchen Fällen hat die Zusatzleistung „Bargeldcharakter“.

Fahrtkostenzuschuss

Fahrten zur Arbeit können mit 0,30 Euro pro Kilometer bis zur Höchstgrenze von 4500 Euro pro Jahr bezuschusst und der fragliche Betrag dann mit 15 Prozent pauschal versteuert werden. Wird ein Jobticket überlassen, für das mit einem Verkehrsträger eine Tarifiermäßigung ausgehandelt wurde, dann liegt kein geldwerter – und somit steuerbarer – Vorteil für den Arbeitnehmer vor. Das Job-Ticket als Sachbezug bleibt bis zu einer

Freigrenze von 44 Euro pro Monat außer Ansatz.

Fort- und Weiterbildungskosten

Eine Investition in die Fortbildung von Arbeitnehmern lohnt besonders. Wenn sich der Arbeitgeber finanziell an einer solchen Maßnahme beteiligt, ist dies dann kein Arbeitslohn, wenn sie unstreitig im ganz überwiegend betrieblichen Interesse erfolgt. Ein überwiegend betriebliches Interesse des Arbeitgebers ist immer dann anzunehmen, wenn die Bildungsmaßnahme die Einsatzfähigkeit des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz erhöht.

So dürfte beispielsweise bei einem Datenverarbeitungs- oder Computerkurs der Nutzen für das Unternehmen steuerlich unstrittig sein. Nicht so eindeutig ist die Frage zu beantworten, ob die Kosten eines Sprachkurses oder eines Telefontrainings immer steuerfrei gezahlt werden können. Aber wer die betriebliche Notwendigkeit überzeugend glaubhaft machen kann, hat auch hier gute Chancen der steuerlichen Anerkennung.

Essenszuschuss

Mittagessen im Restaurant ist oft teuer. Der Arbeitgeber kann seinen Arbeitnehmern aber steuerlich begünstigt Essensmarken überlassen, die dann z. B. in Vertragsgaststätten oder Supermärkten eingelöst werden. Vorteil ist, dass nicht der volle Wert der Essensmarke, sondern nur ein wesentlich geringerer Anteil der Lohnsteuer unterliegt. Die Höhe des steuerpflichtigen Anteils hängt hierbei vom Verrechnungswert der Essensmarke, der Höhe des Eigenanteils des Arbeitnehmers und dem amtlichen Sachbezugswert ab.

Kindergartenzuschuss

Für Arbeitnehmer mit noch nicht schulpflichtigen Kindern ist der Kindergartenzuschuss besonders attraktiv. Voraussetzung für diese Art von Sachzuwendung ist, dass die Betreuung in einer Einrichtung erfolgt, die gleichzeitig für die Unterbringung und Betreuung geeignet ist. Außerdem müssen die Betreuungskosten für Kinder, die nicht älter als sechs Jahre oder noch nicht schulpflichtig

Fortsetzung Seite 23

Unzulässige Werbung mit Selbstverständlichkeiten

Die Zeiten, in denen ein Freiberufler allein durch die Qualität seiner Arbeit auf sich aufmerksam machen konnte, scheinen vorbei zu sein. Natürlich darf und muss auch der Zahnarzt wirtschaftlich denken, wenn er in seiner Praxis erfolgreich sein will. Dafür braucht er sich nicht zu schämen. Noch unterscheidet sich der Freiberufler jedoch grundlegend vom Gewerbetreibenden. Jeder Zahnarzt ist daher nach wie vor verpflichtet, monetäre Interessen gegenüber den Bedürfnissen seiner Patienten zurückzustellen. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt entschieden, dass irreführende und insbesondere aufdringliche Werbemethoden, mit denen ein rein geschäftsmäßiges, ausschließlich am Gewinn orientiertes Verhalten zum Ausdruck kommt, verboten sind. Dieses Werbeverbot diene dem Schutz der Bevölkerung. Es soll das Vertrauen der Patienten darauf erhalten, dass der Arzt nicht aus Gewinnstreben bestimmte Untersuchungen vornimmt, Behandlungen vorsieht oder Medikamente verordnet. Nach den Berufsordnungen ist dem (Zahn-)Arzt nicht jede, sondern lediglich solche Werbung verboten, die keine interessengerechte und sachangemessene Information darstellt. Das Verwaltungsgericht Münster hat durch Urteil vom 7. Oktober 2009 klargestellt, dass bei Anwendung dieser Maßstäbe eine Werbung jedenfalls dann als berufswidrig anzusehen ist, wenn sie lediglich Selbstverständlichkeiten hervorhebt. Von einer Werbung mit Selbstverständlichkeiten sei auszugehen, wenn in der Werbung Eigenschaften einer Leistung, die notwendigerweise zu ihrem Wesen gehören oder gesetzlich vorgeschrieben sind, besonders betont werden. Diese Werbeaussage sei dann trotz ihrer objektiven Richtigkeit irreführend, wenn der angesprochene Personenkreis das Selbstverständliche nicht erkenne und deshalb zu Unrecht von einem Vorteil der beworbenen Leistung gegenüber vergleichbaren anderen Angeboten ausgehe. In dem zu beurteilenden Fall hatte eine Zahnärztin damit geworben, kostenfreien bzw. preiswerten Zahnersatz anzubieten. Die zuständige Zahnärztekammer hat der Zahnärztin eine derartige Werbung untersagt. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass der Leser der

Anzeigen unvollständig bzw. verkürzt über die dort angebotenen zahnärztlichen Leistungen informiert werde. Es fehle insbesondere ein Hinweis darauf, dass es sich bei der beworbenen Leistung lediglich um die gesetzliche Regelversorgung und nicht um eine darüber hinausgehende Versorgung handele. Deshalb liege ein unzuläs-



Rechtsanwalt Peter Ihle

siges Lockangebot vor, das noch dazu marktschreierisch abgefasst sei. Das Verwaltungsgericht Münster ist dieser Auffassung gefolgt. Die Zahnärztin würde eine selbstverständliche Leistung bewerben, wie sie von allen anderen Zahnärzten unter den genannten Voraussetzungen angeboten werde. Bei einem durchschnittlich informierten, aufmerksamen und verständigen Patienten werde allerdings gerade nicht der Eindruck hervorgehoben, dass die Zahnärztin ein Angebot macht, das der Patient auch von anderen Zahnärzten erhalten kann, weil es dem Standard der gesetzlichen Krankenkassen entspricht. Vielmehr werde die vertragszahnärztliche Standardversorgung als besonders vorteilhaftes Angebot beschrieben, was tatsächlich nicht der Fall ist.

Auch wenn das zahnärztliche Berufsrecht in Fragen des Werbeverbots in den letzten Jahren erheblich liberalisiert wurde, ist nach wie vor nicht alles erlaubt. Jeder Zahnarzt wird im Sinne der Patienten und eines fairen Wettbewerbs auch künftig kritisch beurteilen müssen, welche Werbemaßnahmen wirklich notwendig, sachlich und angemessen sind.

Rechtsanwalt Peter Ihle
Hauptgeschäftsführer
Zahnärztekammer M-V

Fortsetzung von Seite 22

sind, nachgewiesen und im Original als Belege zum Lohnkonto aufbewahrt werden. Darüber hinaus gilt: Der Zuschuss muss zusätzlich zum Lohn gezahlt werden.

Gesundheitsförderung

Auch hier beteiligt sich das Finanzamt an den Kosten. So kann ein Arbeitgeber jedem Mitarbeiter bis zu 500 Euro pro Jahr für individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen steuerfrei gewähren. Danach kann beispielsweise ein Gymnastikkurs, eine Ernährungsberatung, aber auch ein Kurs zur Raucherentwöhnung finanziert werden, ohne dass dieser Zuschuss versteuert werden muss. Aber aufgepasst: Der steuerliche Vorteil wird nicht gewährt für reine Vereins- oder Sportstudio-Mitgliedschaften.

Fazit

Gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten können steuerfreie Zuwendungen einen sehr willkommenen Gehaltersatz darstellen und überdies die Motivation und das Unternehmensklima nachhaltig positiv beeinflussen. Um die Vielfalt der steuerlichen Möglichkeiten optimal im Interesse aller Beteiligten zu nutzen, sollte der Rat eines Steuerprofis eingeholt werden. Orientierung bei der Suche nach einem Steuerexperten gibt der Steuerberater-Suchdienst der Bundessteuerberaterkammer unter www.bstbk.de.

Rechtsanwältin/Diplom-Finanzwirtin (FH)
Nora Schmidt-Keßler
Regionaler Pressedienst
der Bundessteuerberaterkammer

Wir trauern um

Dr. Götz Ritter
Rostock

geb. 22. April 1942
gest. 8. Februar 2010

Wir werden ihm ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

„Das einzige was stört, ist der Patient“

Neue Bücher vorgestellt – provokant, praktisches Nachschlagen, innovativ



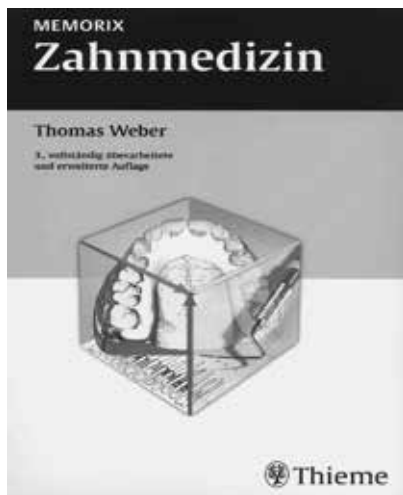
Rankel, Roger / Reichert di Lorenzen, Oliver

„Das Einzige, was stört, ist der Patient“
 Quintessenz Verlags-GmbH,
 Berlin, 1. Auflage, 2009
 Datenträger: Buch, 144 Seiten
 Einband: Hardcover
 Best.-Nr: 18050
 ISBN 978-3-86867-011-0
 Ladenpreis: 19,80 Euro

„Das Einzige, was stört, ist der Patient“ ist ein ebenso provokantes wie inspirierendes und unterhaltsames Buch zur erfolgreichen Praxisführung. Roger Rankel, einer der renommiertesten Verkaufstrainer Deutschlands, und der international gefragte Dentaldesigner

Oliver Reichert di Lorenzen haben es geschafft, „Verkaufsdanken“ und zahnmedizinische Branchenkenntnis zusammenzuführen. Sie bieten mehr als herkömmliche Bücher zum Praxismarketing, die sich oft in „BWL-Nachhilfe“ für Zahnärzte erschöpfen und kurz vor dem Praxisalltag stehen bleiben. Als „Praxis“-orientierter Leitfaden steckt dieses Buch voller Ideen, die sich direkt umsetzen lassen: Ein durchdachtes Praxiskonzept, ein überzeugender Auftritt, ein freundliches und kompetentes Team – die Autoren zeigen, dass vieles, was eine zahnärztliche Praxis voranbringt, nichts kostet – außer ein wenig Kreativität und Einsatz.

Verlagsangaben



Thomas Weber
 MEMORIX Zahnmedizin
 Georg Thieme Verlag,
 Stuttgart, 2009
 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage
 616 Seiten, 680 Abbildungen,
 116 Tabellen
 ISBN: 9783131143730
 59,95 Euro

MEMORIX – die ganze Welt der Zahnmedizin in einem Buch
 Weil man nicht alles im Kopf haben kann: Im MEMORIX Zahnmedizin finden Sie schnell und einfach alle wichtigen Fakten, viele praktische

Tricks und Tipps für den zahnärztlichen Alltag. Anschauliche Grafiken und übersichtliche Tabellen erleichtern das Nachschlagen. Besser als ein Lexikon, weil mitten im Leben eines jeden – auch zukünftigen – Praktikers:

MEMORIX Zahnmedizin – darauf können Sie sich verlassen!

Neu:

- Qualitätsmanagement in der Praxis
- ausführliches Kapitel zur Implantologie
- modernes, lesefreundliches Layout

Verlagsangaben



Björn Ludwig, Bettina Glasl (Hrsg.)
 Selbstligierende Brackets
 Konzepte und Behandlung
 Georg Thieme Verlag,
 Stuttgart, 2009, Reihe: ZMK Praxis
 242 S., 1517 Abb., 32 Tab., gebunden
 ISBN: 9783131497017, 149,95 Euro

Dr. Björn Ludwig, erfahrener Kieferorthopäde und Autor, lässt Sie zusammen mit seinem kompetenten Autorenteam teilhaben an seinen Erfahrungen bei der Arbeit mit selbstligierenden Brackets. Neue innovative Behandlungskonzepte, aber auch wichtige Grundlagen rund um das Thema „SL-Brackets“ machen dieses

Buch zu einem unverzichtbaren Begleiter bei der Behandlung in Ihrer Praxis. Die praxisnahe Didaktik wird von einmaligem und hochwertigem Bildmaterial begleitet, sodass Fortbildung anschaulich und spannend wird. Eine Vielzahl von Behandlungsfällen dokumentiert detailliert die vorgestellten Konzepte.

Effektive Fortbildung mit durchdachter Didaktik, Merksätze vermitteln Ihnen die Essentials. Praxistipps enthalten nützliche Tricks und Kniffe, auf die Sie in der praktischen Tätigkeit zurückgreifen können. Fehler und Gefahren weisen Sie auf Risiken und Fallstricke hin.

Verlagsangaben

Vertragszahnärzte: gesetzliche Auskunftspflichten

Umgang mit Anfragen von Unfallversicherungsträgern, Krankenkassen und MDK

Neben den Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen haben sich Vertragszahnärzte auch häufig mit Datenanforderungen von gesetzlichen Unfallversicherungsträgern in Bezug auf Behandlungen und die Herausgabe der Patientenunterlagen auseinander zu setzen.

Wann und in welchem Umfang besteht nun eine Auskunftspflicht für die betroffenen Vertragszahnärzte?

Grundsätzlich hat jeder Vertragszahnarzt die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 Strafgesetzbuch) auch gegenüber den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu beachten. Das bedeutet, dass jeder Patient darauf vertrauen kann, dass sein Vertragszahnarzt seine persönlichen Daten sowie alle Tatsachen und Umstände der Behandlung nicht unbefugt weitergibt. Ein Verstoß dagegen ist strafbar.

Der Grundsatz der Verschwiegenheitspflicht wird nur durchbrochen, wenn der Patient im Einzelfall in die Übermittlung seiner persönlichen Daten und Behandlungsunterlagen eingewilligt hat oder eine gesetzliche Auskunftspflicht besteht.

Verlangen Leistungsträger Auskünfte über Patienten und deren Behandlung, gilt außerdem gemäß § 100 SGB X zu beachten, dass ein Vertragszahnarzt nur dann dazu verpflichtet ist, soweit es für die Durchführung der Aufgaben des Leistungsträgers nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich ist.

Übermittlung an Unfallversicherungsträger

Gegenüber den Unfallversicherungsträgern ergibt sich die gesetzliche Verpflichtung des Vertragszahnarztes zur Auskunftserteilung aus den §§ 201, 203 SGB VII. Einer Einwilligung des Patienten bedarf es nicht. Nach § 201 SGB VII haben Vertragszahnärzte, die an einer Unfallbehandlung beteiligt sind, die Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogene Daten, soweit erforderlich, zu übermitteln. Der Vertragszahnarzt muss den Patienten über diese Auskunftspflicht informieren.



„Grundsätzlich hat jeder Vertragszahnarzt die ärztliche Schweigepflicht zu beachten. Der Patient kann darauf vertrauen“, sagt Katja Millies. Foto: KZV

Vertragszahnärzte, die nicht an der Unfallbehandlung beteiligt sind, müssen gemäß § 203 SGB VII Auskunft über die Behandlung, den Zustand sowie über aktuelle und frühere Erkrankungen des Versicherten erteilen, soweit es erforderlich ist. In diesen Fällen ist der Vertragszahnarzt gesetzlich zwar nicht verpflichtet, den betroffenen Patienten zu informieren. Vielmehr obliegt es dem Unfallversicherungsträger, den Versicherten rechtzeitig auf das Auskunftsverlangen sowie auf sein Recht, auf Verlangen über die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten unterrichtet zu werden, hinzuweisen (§ 203 Abs. 2 SGB VII).

Eine weitere Offenbarungspflicht ergibt sich aus § 202 SGB VII. Danach sind Vertragszahnärzte bei dem begründeten Verdacht einer Berufskrankheit beim Patienten verpflichtet, dies unverzüglich – das heißt ohne schuldhaftes Zögern – der zuständigen Berufsgenossenschaft anzuzeigen und gleichzeitig den betroffenen Patienten darüber zu unterrichten.

Übermittlung an gesetzliche Krankenkassen

Auch hier gilt, dass eine Auskunftspflicht der Vertragszahnärzte nur dann besteht, soweit es für die Durchführung der Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich

geregelt ist. Auskunftspflichten ergeben sich unter anderem aus den §§ 294 ff. SGB V, zum Beispiel im Rahmen der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen gemäß § 295 SGB V.

Außerdem besteht nach § 294a Abs. 1 SGB V für Vertragszahnärzte die Verpflichtung, bei Anhaltspunkten für eine Berufskrankheit, für Krankheiten unter anderem aufgrund eines Unfalles, einer Körperverletzung oder eines Impfschadens beziehungsweise für drittverursachte Gesundheitsschäden, den Krankenkassen die erforderlichen Daten einschließlich der Angaben über die Ursachen und den möglichen Verursacher mitzuteilen. Eine besondere Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten ist nicht erforderlich. Jedoch sollten die Vertragszahnärzte die Patienten vorher informieren. Mit Inkrafttreten zum 1. Juli 2008 wurde § 294a Abs. 2 SGB V eingefügt. Danach sind Vertragszahnärzte bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer selbstverschuldeten oder zumindest mit zu verantwortenden Krankheit gemäß § 52 Abs. 2 SGB V (z. B. durch Tätowierung oder Piercing) verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Der betroffene Patient ist über den Grund der Meldung und die übermittelten Daten zu informieren.

Über die gesetzlichen Auskunftsrechte und -pflichten hinaus sind die Krankenkassen nicht berechtigt, von den Vertragszahnärzten für eigene Zwecke Informationen und Unterlagen zur derzeitigen Behandlung, der Frage der Notwendigkeit der Leistungsgewährung oder zur Klärung von Fragen zu Ursachen der Arbeitsunfähigkeit oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu verlangen. Bei Anfrage der gesetzlichen Krankenkassen gilt demnach immer zu beachten, dass es für die Pflicht zur Datenübermittlung einer ausdrücklichen Rechtsgrundlage bedarf. Dies wird auch nicht durch das Vorliegen einer Einwilligungserklärung des Patienten ersetzt.

Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

In diesem Zusammenhang ist zunächst zu hinterfragen, zu welchem Zweck der MDK beauftragt worden ist, denn seine Aufgaben sind abschließend im § 275 SGB V geregelt.

Geben die Krankenkassen dann eine Begutachtung des MDK im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V in Auftrag, haben Vertragszahnärzte die Behandlungsunterlagen auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln. Jedoch gilt auch hier die Einschränkung, dass

die Datenanforderung für die gutachterliche Stellungnahme erforderlich sein muss (§ 276 SGB V). Die Krankenkassen hingegen haben keinen Anspruch auf direkte Herausgabe der Unterlagen an sich.

Insbesondere ersetzen Begutachtungen des MDK nicht das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren.

Bei Zweifeln an der Zulässigkeit von Anfragen gesetzlicher Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern oder sonstiger Institutionen steht die KZV M-V gern beratend zur Verfügung.

Ass. Katja Millies

Risikobewertung und Aufbau vorgeschädigter Pfeilerzähne

Die befundgerechte Planung umfangreicher festsitzender oder kombiniert festsitzender/herausnehmbarer Restaurationen gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben in der zahnärztlichen Praxis. Maßgeblich für den Behandlungserfolg sind das anamnestische Gespräch, eine kritische Befundung und prognostische Einschätzung des Restgebisses, die Beachtung parodontalhygienischer und prothesendynamischer Grundregeln bei der Gestaltung des Zahnersatzes, Grundkenntnisse in den materialtechnischen Möglichkeiten und Limitationen sowie die Einbindung der Patienten in einen regelmäßigen Recall.

Entscheidungsfindung

Die Weiche für den Erfolg oder den eventuellen Misserfolg einer prothetischen Behandlung stellt sich unter Umständen bereits im ersten anamnestischen Gespräch. Hier muss der Zahnarzt das Problem des Patienten identifizieren, dessen Vorstellungen und Erwartungen bewerten und entscheiden, ob diese Vorstellungen umgesetzt werden können, ohne den Korridor des zahnmedizinisch anerkannten Therapiespektrums (normativer Korridor) zu verlassen.

Patientenwünschen außerhalb dieses „normativen Korridors“, die ein unakzeptables Misserfolgsrisiko erkennen lassen, sollte der behandelnde Zahnarzt keinesfalls nachgeben. Konstatiert ein Gutachter im Nachhinein eine Fehlplanung, kann sich der Behandler kaum darauf zurückziehen, er habe



Abb. 1: Minderwertig oder Therapie der ersten Wahl? Abhängig vom Allgemeinzustand des Patienten kann die Minimalinvasivität der gussklammerverankerten Prothese (hier mit modifizierten Bonwillklammern) vorteilhaft sein.



Abb. 2: Endständiger Molar mit perfekter Wurzelfüllung. Dennoch war der Zahn aufgrund seiner Lokalisation, der Brückenspannweite, des vollständigen Verlustes der klinischen Krone und der weit aufbereiteten Wurzelkanäle als Brückenpfeiler nicht mehr geeignet.

doch dem Verlangen des Patienten entsprochen. Aufgrund des meist hohen Aufwandes bei umfangreichen Restaurationen sind die Prognose und die Belastbarkeit von Pfeilerzähnen und damit die Erfolgswahrscheinlichkeit besonders sorgfältig zu prüfen.

Finanzieller und zeitlicher Aufwand beeinflussen ebenfalls die Entscheidungsfindung. Bei hinfalligen Patienten kann ein einfacher gussklammerverankerter Zahnersatz gegenüber Brückenkonstruktionen oder kombiniertem Zahnersatz vorteilhaft



Abb. 3a und b: Verlust des Brückenzahnersatzes 12 nach 16 nach 10-monatiger Tragezeit. Die Prognosen der avitalen Pfeiler 12 und 16 (palatinale Wurzel) wurden zu optimistisch eingeschätzt, nachträglich musste der Pfeiler 14 wurzelbehandelt werden. Erschwerend kamen ein tiefer Biss und UK Führung über das Zwischenglied 13 hinzu. Die Summe der Risiken führte zum Misserfolg.

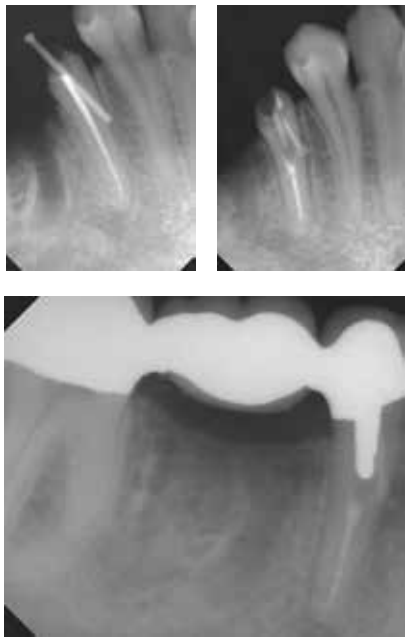


Abb. 4a bis c: Iatrogene Perforation bei der Kanalaussschachtung und Versuch der Abdeckung des Defektes mit MTA. Fortschreitende parodontale Destruktion mesial 3 Monate nach Brückeneingliederung. Letztendlich wurde 35 extrahiert und eine neue Brücke auf 34 ausgedehnt.

sein, um dem Patienten belastende Sitzungen zu ersparen (Abb. 1). Lassen Sehfähigkeit oder manuelle Geschicklichkeit deutlich nach, sollten komplizierte und schwer zu reinigende Verbindungselemente, z. B. mit Verriegelungen, vermieden werden.

Bewertung von Pfeilerzähnen

Die prothetische Planung setzt eine sorgfältige Befundung und gegebenenfalls parodontologische, endodontologische, konservierende und funktionelle Vorbehandlung des Restgebisses voraus. Eine prothetische Versorgung ohne vorherige Behandlung der dem Zahnverlust zu Grunde liegenden Erkrankungen legt die Basis für einen therapeutischen Misserfolg.

Falls die Gesamtbehandlung nicht in einer Hand bleibt, ist eine gute Kommunikation zwischen den beteiligten Zahnärzten unbedingte Voraussetzung. Bei interdisziplinärer Behandlung ist der Patient für die vorläufige Planung zunächst dem restaurativ tätigen Behandler vorzustellen. Ihm obliegt es, die notwendige Vorbehandlung zu koordinieren. Dies vermeidet die irrtümliche oder unnötige Vorbehandlung von Zähnen, die in eine anschließende prothetische Versorgung ohnehin nicht mehr einbezogen werden können (Abb. 2).



Abb. 5a und b: Apikale Parodontitis an 14 mit klinischen Beschwerden. Eine Wurzelspitzenamputation blieb erfolglos. Bei der Extraktion zeigte sich die im Röntgenbild nicht erkennbare Längsfraktur des Zahnes.

Besonders bei aufwendigen und kostenintensiven Restaurationen ist die kritische Evaluation der einzelnen Pfeilerzähne auf ihre parodontale Wertigkeit und mechanische Belastbarkeit von besonderer Bedeutung. Die Erhaltungswürdigkeit von Pfeilerzähnen richtet sich nach Fläche des aktiven Parodontiums, ihrer Vitalität, nach dem Zerstörungsgrad der klinischen Kronen und ihrer Position im Kiefer. Misserfolge sind oftmals in der zu optimistischen Prognoseeinschätzung stark vorgeschädigter Pfeilerzähne begründet.

In Grenzfällen ist die Entscheidung für oder gegen eine Extraktion auch vom Umfang der geplanten Versorgung abhängig. So kann bei Einzelkronen die Indikation weiter gestellt werden, weil die Konsequenzen eines Misserfolges in der Regel überschaubar bleiben. Je gravierender jedoch die Konsequenzen eines Misserfolges, desto kritischer müssen die Pfeilerzähne evaluiert werden (Abb. 3).

Parodontale Bewertung

Als parodontale Richtwerte für die Einbeziehung eines tragenden Pfeilerzahnes in einen festsitzenden oder auch kombinierten Zahnersatz sind

ein Attachmentlevel von mindestens 50 Prozent und Taschentiefen unter 6 Millimeter anzusehen. Die Relation der klinischen Krone zur klinischen Wurzel sollte 1:1 nicht unterschreiten. Pfeilerzähne, die fortgeschrittenere Befunde aufweisen, zeigen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Pfeilerverluste. In Abhängigkeit vom Risikoprofil des Patienten können solche Zähne aber durchaus noch in eine Versorgung einbezogen werden, wenn der Erweiterbarkeit eine aus-



Abb. 6a und b: 24 nach Wurzelkanalbehandlung, die Retentionsmanschette ist ausreichend, ein Wurzelstift kontraindiziert. Alternativ zu einer Aufbaufüllung kann der MOD Defekt auch in die Krone integriert werden. Dies vereinfacht den Ablauf der Gesamtbehandlung erheblich und reduziert die Materialvielfalt.



Abb. 7a und b: Klassische Wurzelstifte: Zylindrokonischer Edelmetallstift der Fa. Straumann mit Zementabflussrille (a) und parallelwandiger Stift der Fa. Coltene/Whaledent (b). Die Riffelung der Oberfläche erlaubt den Zementabfluss nach koronal.

reichende Aufmerksamkeit gewidmet ist. Als unterer Grenzwert für die Erhaltungswürdigkeit als Pfeilerzahn ist ein Attachmentlevel von 30 Prozent anzusehen.

Lockerungsgrade sind unsichere Prädiktoren. Nach Marxkors kommt es weniger auf den Lockerungsgrad eines Zahnes als auf den Gesundheitsgrad des (Rest)Parodontiums an. Zähne mit Lockerungsgraden von II, aber entzündungsfreiem Parodontium und Taschentiefen von fünf Millimetern oder niedriger können durchaus gute Langzeitprognosen aufweisen. Zähne mit Lockerungsgraden über II sollten in der Regel nicht mehr in Restaurationen einbezogen werden.

Bewertung endodontisch vorbehandelter Zähne

Avitale Zähne sind besonders häufig die Ursache von Misserfolgen und Komplikationen im Rahmen der prothetischen Therapie. Dieser Beitrag wird sich daher im Weiteren vornehmlich auf die Bewertung marktoter Zähne als prothetische Pfeiler fokussieren.

Wurzelkanalbehandelte Zähne sind in der Regel weniger belastbar als vitale Zähne und frakturieren unter funktioneller Belastung leichter. Obwohl umstritten, deuten die Daten verschiedener Studien auch auf ein Verspröden avitaler Zähne. Die Scherbelastung und Härte des Dentins nehmen ab. Randow und Glantz berichten über einen bis zu 50 Prozent herabgesetzten Tastsinn bei marktoten Zähnen, was auf den Verlust der sensorischen Funktion der vitalen Pulpa zurückzuführen ist. Es fehlen Rückmeldungen über den momentanen Belastungszustand des Zahnes aus der Peripherie an das ZNS. Dies kann Überbelastungen zur Folge haben, die Frakturen des ohnehin vorgeschädigten Zahnes nach sich ziehen.

Der Substanzverlust durch die Ausschachtung im Zuge der Wurzelkanalbehandlung schwächt den Zahn. Besonders fraktur anfällig sind Zähne mit weit aufbereiteten Kanallumina. Wurzelstifte stabilisieren einen marktoten Zahn in der Regel nicht. Durch die zusätzliche Aufbereitung des Kanals tritt eher eine weitere Schwächung ein. Wurzelstifte sind daher nur dann zu setzen, wenn aus *retentiven* Gründen eine Verankerung im Wurzelkanal notwendig erscheint. Die Beachtung dieses Leitsatzes erscheint besonders wichtig, da das Setzen von Wurzelstiften relativ häufig von Komplika-

tionen begleitet ist.

Die Perforation während der Kanalausschachtung gehört zu den häufigsten iatrogenen Komplikationen. Abdeckungen der Perforationsstellen mit Guttapercha, Kalziumhydroxid oder Mineral Trioxide Aggregate (MTA) sind in ihrer Prognose unsicher und sollten auf Versorgungen mit Einzelkronen beschränkt bleiben (Abb. 4a bis c).

Laborstudien zeigten nach Stiftzementierungen Dentinsprünge, Wurzeldeformationen oder -frakturen, die mit Inzidenzen zwischen 10 und 40 Prozent auftraten (Felton 1991, Obermayr 1991) und röntgenologisch am Patienten meist nicht zu erkennen sind. Dies mag auch erklären, warum Zähne mit Stiften signifikant häufiger apikale Parodontitiden aufweisen (Abb. 5a und b). Aufgrund der relativ hohen Komplikationsraten ist anzuraten, Patienten über die Risiken des Setzens von Wurzelstiften aufzuklären. Eine unterlassene Aufklärung über die möglichen Komplikationen kann u. U. juristische Konsequenzen nach sich ziehen.

Tekyatan et al. untersuchen in einer retrospektiven Studie 728 wurzelkanalbehandelte Zähne. Die Komplikationsrate bei Zähnen ohne Stiftversorgung lag nach knapp sechs Jahren bei neun Prozent, bei Zähnen mit Stiftversorgung betrug sie 25,7 Prozent. Insgesamt zeigen die Langzeitergebnisse aus verschiedenen Studien, dass das Misserfolgsrisiko bei umfangreich restaurierten marktoten Zähnen im Vergleich zu ebenfalls stark gefüllten, aber vitalen Zähnen mehr als dreimal so hoch ist.

Aufbau wurzelbehandelter Zähne.

Die Schlüsselfrage des Für und Wider der Einbeziehung marktoter Zähne lautet: „Kann der Zahn nach der endodontischen Behandlung Erfolg versprechend funktionell wiederhergestellt werden und mit guter Prognose in eine prothetische Restauration integriert werden?“ Ist die Frage nicht hinreichend sicher mit „ja“ zu beantworten, sollte auf die Einbeziehung verzichtet werden.

Der Aufbau endodontisch vorbehandelter Zähne richtet sich nach dem Zerstörungsgrad der klinischen Krone. Sind noch mehr als 50 Prozent des koronalen Dentins vorhanden, ist in der Regel ein adhäsiver Kompositaufbau ausreichend und kein Stift zu setzen (Abb. 6a und b). Die minimale Höhe

der vestibulo-oralen Retentionsmanschette in der intakten Zahnhartsubstanz darf hierbei drei Millimeter nicht unterschreiten. Unabhängig davon, ob der Zahn mit einem Wurzelstift oder lediglich mit einer Aufbaufüllung versehen wird, sollte tragfähige Zahnhartsubstanz unbedingt erhalten bleiben. Der Erhalt koronaler Zahnhartsubstanz avitaler und überkronter Zähne verbessert deren Prognose signifikant.

Stifte mit selbstschneidenden Gewinden (aktive Stifte) bergen deutlich höhere Risiken der Wurzelsprengung als passive Stifte mit glatten oder geriffelten Oberflächen. Sie sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Konische Schrauben gelten als größte Stressoren mit einer 20-fachen Frakturgefahr gegenüber zylindrischen Stiften. Passive konische, zylindrokonische oder parallelwandige Stifte sind gleichermaßen geeignet. Beide haben ihre Vor- und Nachteile, die bei einer Gesamtbetrachtung der klinischen Unwägbarkeiten aber in den Hintergrund treten. Eine Diskussion über das Für und Wider konisch oder parallel geformter Stifte ist daher eher akademischer Natur. Sehr wichtig hingegen ist eine Zementabflussrille, um Staudrücke während der Stiftbefestigung zu vermeiden (Abb. 7a und b).

Metallstifte oder faserverstärkte Kunststoffstifte?

Metallstifte bieten die Vorteile hoher mechanischer Belastbarkeit, eines umfangreichen Systemangebotes und klinischer Langzeiterfahrung. Nachteilig sind die ungünstigen optischen Eigenschaften und die vom Dentin deutlich abweichenden Biegefestigkeiten. Die Korrosionsproblematik spielt bei modernen Metallstiften aus Edelmetallen, Reintitan oder hochlegiertem Titan keine Rolle mehr.

Noch recht jung auf dem Markt sind faserverstärkte Kunststoffstifte (Abb. 8a und b). Sie bestehen aus vorge-dehnten Quarz- oder Glasfasern mit einem Volumenanteil um 80 Prozent, die unter Verwendung von Silanen in eine Kunststoffmatrix eingebettet sind. Faserverstärkte Kunststoffstifte bieten die Vorteile guter optischer Eigenschaften und dentinähnlichen Biegeverhaltens. Von letzterer Eigenschaft erhofft man sich eine günstigere Biomechanik und Stressreduktion an den Stift/Dentin-Grenzflächen. Nicht zuletzt ist die gegenüber Metallstiften deutlich leichtere Entfernbarkeit eines Kunststoffstiftes aus dem Wurzelkanal zu nennen. Dies liegt an der



Abb. 8a und b: Glasfaserverstärkter Kunststoffstift. Das Einkürzen der Stifte muss vorsichtig und unter Wasserkühlung erfolgen, sonst büscheln die Stifte auf und sind unbrauchbar.

Ausrichtung der Fasern. Während die Zugfestigkeit parallel der Faserrichtung hoch ist, ist der Widerstand quer zur Faserrichtung deutlich geringer.

Die gegenüber Metallstiften unterlegene Festigkeit der Kunststoffstifte wird von verschiedenen Autoren noch aus einem anderen Grund als klinischer Vorteil gewertet. Bei äußerer Gewalteinwirkung können Kunststoffstifte eine erwünschte Sollbruchstelle darstellen. So attestierten Fokkinga et al. in einer systematischen Literaturrecherche den traditionellen gegossenen Stift-Stumpfaufbauten eine hohe Belastbarkeit, aber auch ein ungünstiges Frakturverhalten mit irreparablen Wurzelfrakturen, während faserverstärkte Kunststoffstifte niedrigere Belastbarkeiten, aber ein günstigeres Frakturverhalten mit einer niedrigeren Anzahl von Wurzelfrakturen zeigten. Nergiz hat im November 2008 die Empfehlungen für Kunststoffstifte wie folgt zusammengefasst:

Empfehlung

- Vorrangig im Frontzahnbereich bei moderater Defektgröße

Eingeschränkte Empfehlung

- Bruxismus, tiefer Biss, Deckbiss

Keine Empfehlung

- keine koronale Zahnhartsubstanz verblieben
- Seitenzähne mit starker Horizontalbelastung

Keramische Wurzelstifte

Keramische Stifte aus Zirkoniumdioxid haben sich klinisch weniger bewährt. Ihre Indikation ist stark eingeschränkt. Sie frakturieren leichter als Metallstifte. Keramische Stiftfragmente sind aus dem Wurzelkanal praktisch nicht mehr entfernbar.

Aufbaumaterialien

Kompositkunststoffe gelten heute als Material der ersten Wahl für Aufbaufüllungen, vorzugsweise in Verbindung mit Dentinadhäsiven. Zemente sind aufgrund ihrer geringen mechanischen Belastbarkeit für großvolumige Aufbauten nicht mehr zu empfehlen, die Verwendung von Amalgamen, obwohl mechanisch hervorragend geeignet, ist aufgrund der strittigen Biokompatibilität im Komplex Stift-Aufbau-Krone untersagt.

Gegossene Stiftaufbauten?

Überkronte Zähne mit gegossenen Stiftstumpfaufbauten und überkronte Zähne mit präfabrizierten Stiften und Composite-Aufbauten unterscheiden sich nicht in ihren Erfolgsraten.

Nach Dresdner Lehrmeinung sind gegossene Stiftaufbauten und konfektionierte Stifte in Verbindung mit adhäsiven Aufbauten klinisch gleichrangig zu betrachten. In bestimmten Fällen erlauben Compositeaufbauten eine konservativere Präparation, da keine gemeinsame Einschubrichtung für Stift und Aufbau hergestellt werden muss. Gegossene Stiftaufbauten können vorteilhaft sein, wenn tiefe Präparationsgrenzen oder ungünstige Lokalisation in der Mundhöhle eine lege artis Verarbeitung adhäsiver Systeme nicht zulassen.

Gegossene Aufbauten sollten gegenü-



Abb. 9: Gegossener Stift-Stumpfaufbau. Die gewünschte Unterkonturierung muss dem Labor kommuniziert werden. Eine nachfolgende Präparation (falls geplant) kann dann ausschließlich in der Zahnhartsubstanz erfolgen.

ber der Präparation gezielt unterkonturiert werden, damit bei Korrekturen der Präparation nach der Zementierung das Beschleifen im Metall vermieden werden kann (Abb. 9). Dies spart Zeit, Material und reduziert schädliche Vibrationen in der Zementfuge des Wurzelstiftes.

Konventionelle Zementierung oder adhäsive Befestigung.

Zwei Materialgruppen eignen sich hervorragend für die Befestigung von Wurzelstiften: Zinkoxid-Phosphatzemente und Kompositkunststoffe. Andere Werkstoffe wie Glasionomere, Kompomere oder Polycarboxylatzemente sind für die Stiftbefestigung weniger geeignet.

Zinkoxid-Phosphatzement ist ein Standardwerkstoff in der zahnärztlichen Praxis, seine Verarbeitung ist einfach und tägliche Routine. Die Verarbeitung von Kompositkunststoffen für die adhäsive Befestigung ist aufwendig und sehr techniksensitiv. Auch die „Vorgeschichte“ der Zahnbehandlung kann den Verbund beeinträchtigen. Reste eugenolhaltiger Materialien oder Spüllösungen wie Natriumhypochlorid können mit der empfindlichen Chemie der adhäsiven Systeme in Wechselwirkung treten.

Studien belegen bei der Verwendung von Zinkphosphatzement und Befestigungskomposites bei Metallstiften vergleichbare Zugfestigkeiten. Auch in 2010 ist daher die konventionelle Zementierung keineswegs antiquiert. Ein Vorteil der adhäsiven Befestigung liegt in einer potentiell höheren Dichtigkeit der Fuge zwischen Stift und Dentin. Bei der Anwendung von Kunststoffstiften empfehlen die Hersteller ausdrücklich die adhäsive Befestigung im Wurzelkanal.

Aufbau vitaler Zähne

Im Zeitalter effektiver Dentinadhäsive bedarf der Aufbau vitaler Zähne mittels parapulpärer Stifte einer sehr strengen Indikationsstellung. Das Oberlandesgericht Köln schrieb hierzu in einem Urteil:

„Die Verwendung parapulpärer Stifte, die im vorliegenden Fall zur Perforation der Pulpa an mehreren Zähnen und zur Extraktion der Zähne durch einen nachfolgend behandelnden Kollegen führte, ist nicht indiziert und fehlerhaft, wenn an den Zähnen genügend Resthartschicht vorhanden ist, um eine adhäsive Füllung zu befestigen. Der Zahnarzt haftet für die langfristigen Folgen, auch wenn die Extraktion in diesem Fall nicht

notwendig gewesen sei.“ (AZ: OLG Köln 5 U 96 / 03 vom 12.1.2005)

Vitale Zähne können heute selbst bei erheblichem Substanzverlust mit Dentinadhäsiven und Kompositestoffen aufgebaut werden. Es ist aber zu beachten, dass die Zugfestigkeiten adhäsiver Dentin-Kunststoffverbindungen nur ca. ein Drittel der Zugfestigkeit intakten Dentins betragen. Die Belastbarkeit gegenüber einem intakten Pfeilerzahn kann in Abhängigkeit von der Ausdehnung der Aufbaufüllung und der Beschaffenheit des Restdentins (cave: sklerotisches Dentin) erheblich reduziert sein. Ferner können sehr raumschaffende Präparationen (vor allem bei Doppelkronen) zur Fraktur auch vitaler Pfeilerzähne führen.

Dennoch können Kompositestoffe in Verbindung mit Dentinadhäsiven sehr effektiv eingesetzt werden, auch wenn flachkonische Zahnpräparationen aufgerichtet werden müssen,

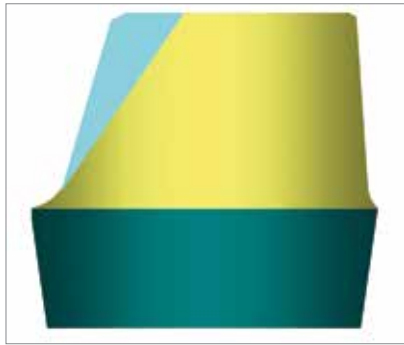
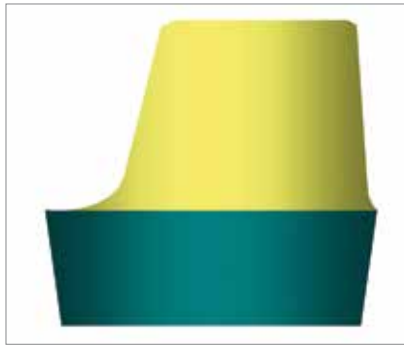
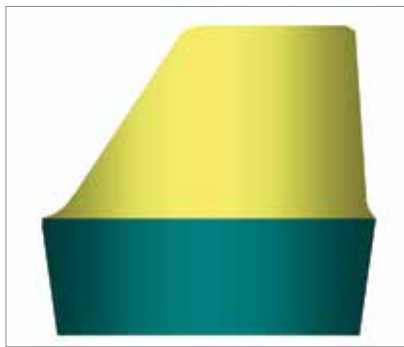


Abb. 10a bis c: Aufrichten einer zu flachkonischen Retentionsmanschette durch invasive Präparation oder eine adhäsive Aufbaufüllung.

um eine suffiziente Präparationsmanschette sicherzustellen (Abb. 10a bis c).

Biodynamische Grundregeln für die Einbeziehung wurzelbehandelter Zähne

Avitale Prämolaren mit MOD Kavitäten sowie avitale Molaren mit MO, OD oder MOD Präparationen sollten nach erfolgreicher Vorbehandlung überkront werden, um Zahnfrakturen vorzubeugen. Ursache der signifikanten Schwächung gegenüber vitalen Zähnen ist neben der Aufbereitung vor allem der Verlust des Pulpenkammerdaches und damit der wichtigen Querverstrebung zwischen den bukkalen und oralen Höckern. (Abb. 11a und b). Die Präparation der okklusalen Zugangskavität an Molaren reduziert die Zahnfestigkeit um ca. fünf Prozent, eine MOD-Kavitätenpräparation um mehr als 60 Prozent.

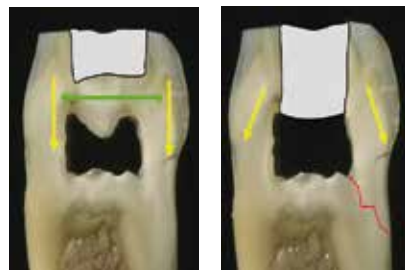


Abb. 11a und b: Die Belastbarkeit des Molaren in Abb. 11a ist gegenüber dem in Abb. 11b deutlich reduziert, da das Pulpenkammerdach und damit die Querverstrebung zwischen den bukkalen und oralen Höckern fehlt. Ohne Überkronung ist dieser Zahn hochgradig frakturgefährdet.

Sind beide approximalen Wände und Randleisten intakt und dentinunterstützt, so kann auf eine Überkronung verzichtet werden. Wird in den übrigen Fällen auf eine Überkronung verzichtet, so steigt das Risiko der Zahnfraktur um den Faktor sechs. Die Überkronung sichert die zirkumferente Fassung der Höcker und minimiert Scherbelastungen.

Der Ferrule Effekt

Der Kronenrand sollte Stiftaufbauten und Aufbaufüllungen in der gesamten Zirkumferenz so tief wie möglich (mindestens 1 bis 2 mm) fassen. Dieser Fassreifeneffekt (Ferruleeffekt) sichert gegen Rotation und Nagelzieheffekte und ist das entscheidende Widerlager gegen die Keilwirkung der Wurzelstifte (Abb. 12). Gegebenenfalls kann die Fassung durch eine

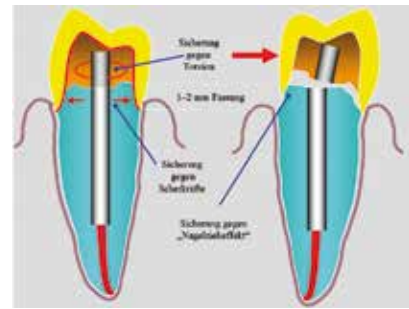


Abb. 12: Die zirkumferente Fassung in der gesunden Zahnhartsubstanz ist eine „conditio sine qua non“. Sie sichert gegen Rotation, Nagelzieheffekte, neutralisiert Keilwirkungen des Wurzelstiftes und gewährt zusätzliche Retention.

chirurgische Kronenverlängerung oder im Ausnahmefall auch durch eine kieferorthopädische Extrusion sichergestellt werden. Macht der fortgeschrittene Zerstörungsgrad der klinischen Krone eine zirkumferente zervikale Fassung des Dentinrandes unmöglich, ist von einer Einbeziehung in einen Brückenverband dringend abzuraten (Abb. 13a und b). Es muss die Extraktion des Zahnes erwogen werden. Innere Stufen und Hilfskavitäten bieten aufgrund der ungünstigen Hebelverhältnisse keine Rotationssicherung und sollten möglichst vermieden werden. Der zusätzliche Verlust an Zahnhartsubstanz trägt zur weiteren Schwächung des Zahnes bei.

Endodontisch vorbehandelte Pfeiler bei Extensionsbrücken

In verschiedenen Lückengebissituationen sind Extensionsbrücken sehr wertvolle Therapiemittel, sei es um herausnehmbaren Zahnersatz zu umgehen oder die Präparation gesunder, karies- und füllungsfreier Zähne zu vermeiden. Schon beim jungen Patienten ist z. B. die herausragende prothetische Schlüsselstellung der Eckzähne zu beachten. Fehlen erste Prämolaren oder laterale Incisivi, so können Extensionsbrücken beitragen, die Verletzung der Integrität der Canini durch Präparation zu vermeiden oder zumindest auf einen spätmöglichen Zeitpunkt zu verschieben. Im Alter erlauben zwei weitgehend intakte Eckzähne eines Kiefers in der Regel eine problemlose Anfertigung von funktionstüchtigem konventionellem Zahnersatz.

Leider unterscheiden sich Extensionsbrücken in ihrer Biodynamik grundsätzlich von Endpfeilerbrücken. Der dem Extensionsglied abgewandte Pfeilerzahn ist erheblichen Zugmo-

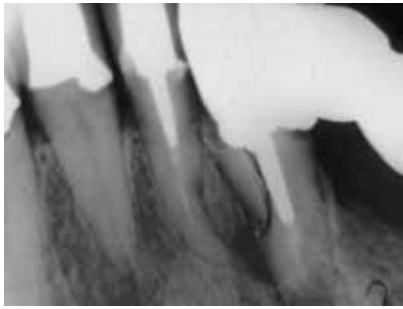


Abb. 13a und b: Wurzelsprengungen durch die Stifte bei unzureichender zirkumferenter Fassung des Pfeilerzahnes durch den Kronenrand.

menten ausgesetzt, der endständige, dem Extensionsglied zugewandte Zahn muss Druck- und Biegemomente aufnehmen. Diese gegenüber Endpfeilerbrücken ungünstigere Biodynamik der Extensionsbrücke schlägt sich in höheren Komplikations- und Verlustraten nieder, auch bei intakten Pfeilerzähnen. Endodontisch vorbehandelte Pfeilerzähne erhöhen das Verlustrisiko der Extensionsbrücke noch einmal signifikant. So betragen die 16/18-Jahresüberlebensraten in einer Studie von De Backer et al. 74 Prozent bei vitalen Pfeilerzähnen,



aber nur 52 Prozent bei wurzelbehandelten Pfeilern. Nach Dresdner Lehrmeinung ist von Extensionsbrücken dringend abzuraten, wenn ein oder mehrere Pfeilerzähne aufgrund ihres Zerstörungsgrades mit Wurzelstiften aufgebaut werden mussten, unabhängig von ihrer Lokalisation.

Fazit

Wie so häufig in der Zahnmedizin führen auch in der zahnärztlichen Prothe-

tik oftmals mehrere Wege zum Ziel. Ein Garant für den Therapieerfolg ist selten der möglichst tiefe Griff in die Trickkiste oder das manchmal unkritische Vertrauen auf vermeintliche oder echte High-Tech-Werkstoffe, sondern vielmehr die konsequente Beachtung der „banalen“ konstruktiven und biologischen Grundregeln.

So macht es aus Sicht des Autors wenig Sinn, extensive Diskussionen um das Für und Wider technischer Spitzfindigkeiten zu führen. Ob Brückengerüste aus Zirkoniumdioxid, Goldlegierungen oder edelmetallfreien Legierungen gefertigt, Kronen im Laser-Sinterverfahren, galvanotechnisch oder im konventionellen Dentalguss geformt werden, ist sicherlich von wesentlich geringer Bedeutung als der parodontale oder endodontische Zustand des Pfeilerzahnes.

Prof. Dr. Klaus Böning
Medizinische Akademie Carl
Gustav Carus der TU Dresden
Poliklinik für Zahnärztliche
Prothetik

Mit freundlicher Genehmigung aus dem Zahnärzteblatt Sachsen 01/10.

Steuern sparen mit Zahnbehandlung

Hinweis an Patienten geben: Belege sammeln und aufbewahren lohnt sich

Zu Beginn des Jahres haben sich eine ganze Reihe gesetzlicher Regelungen geändert, an einem allerdings wurde nicht gerüttelt, an den „außergewöhnlichen Belastungen“ bei der Lohn- und Einkommensteuer. Die Liste dieser Aufwendungen, die sich steuermindernd auswirken können, ist lang und vielfältig. Der Eigenanteil bei der Zahnbehandlung gehört auf jeden Fall dazu. Ob dies im Einzelfall zu einer Steuerminderung führt, hängt ab von der Höhe des Einkommens, dem Familienstand und der Zahl der Kinder. So liegt beispielsweise die Grenze der Eigenbelastung für einen alleinverdienenden Familienvater mit drei Kindern und einem Monatseinkommen von 1500 Euro bei 180 Euro jährlich. Alle Kosten, die ihm darüber hinaus durch Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten entstehen, also nicht von der Krankenkasse übernommen werden, können laut § 33 des Einkommensteuergesetzes zusammen mit anderen anerkannten Aufwendungen als „außergewöhnliche Belastung“ abgesetzt werden. „Wir empfehlen“,

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

Im Internet bietet die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein die Möglichkeit, die persönliche Grenze des jährlichen steuerlichen Grenzbeitrags ermitteln zu lassen: www.zahnaerztekammer-sh.de, Rubrik „Patientenservice“.

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

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im März und April vollenden

das 75. Lebensjahr

Dr. Ursula Lerche
(Warnemünde) am 15. März,
Dr. Rosalinde Kaminski
(Greifswald) am 18. März,
Dr. Ingrid Jira
(Wolgast) am 21. März,

das 70. Lebensjahr

Dr. Hans-Ulrich Bork
(Michaelsdorf) am 14. März,
Dr. Alice Föhlich
(Grambow) am 19. März,
Zahnärztin Roswitha Mildner
(Grabow) am 24. März,
Prof. Dr. Rosemarie Grabowski
(Rostock) am 3. April,
Zahnärztin Edith Keller
(Rostock) am 7. April,

das 65. Lebensjahr

Dr. Gerhard Schotte
(Gadebusch) am 9. März,
Zahnärztin Roswitha Fließ
(Schwaan) am 16. März,

das 60. Lebensjahr

Dr. Susanne Kaiser
(Rostock) am 14. März,

das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Hildrun Krumm
(Wismar) am 14. März,
Dipl.-Stom. Martin Hackbarth
(Bernitt) am 16. März und
Dipl.-Stom. Sylvia Bohne
(Dassow) am 1. April

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

31. Sportweltspiele der Medizin Wettkämpfe vom 3. bis 10. Juli in Porec, Kroatien

Austragungsort der Sportweltspiele ist dieses Jahr Porec auf der Halbinsel Istrien in Kroatien – gegenüber von Venedig. Erwartet werden über 2500 sportbegeisterte Mediziner, Ärzte und Kollegen aus gesundheitlichen Berufen aus mehr als 50 Ländern. In rund 25 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen, wovon die meisten in Altersklassen eingeteilt sind, werden die Sportweltspiele ausgetragen. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Fußball reicht die Liste der Sportarten. Wieder dabei

sind in diesem Jahr die Wettkämpfe im Segeln und Windsurfen. Neben den sportlichen Wettkämpfen bieten die Sportweltspiele seit Jahren einen internationalen Kongress für Sportmedizin und einen freundschaftlichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus aller Welt. Die jährlich tourenende Sportveranstaltung wird seit 1995 von der Corporate Sport Organisation (Frankreich) organisiert. Weitere Informationen über die Teilnahmebedingungen und Anmelde-möglichkeiten unter www.sportweltspiele.de. **KZV**



So kann es wieder aussehen im Sommer: bei den Medizinwettkämpfen.