



dens

4
2006

7. April

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern



Auf feste Beziehungen legen wir größten Wert



alphatech® Implantatsystem

Bioaktiv

Die bioaktive CaP-Schicht der alphatech®-Version VTPS+BONIT® beschleunigt die Osteointegration.



Intolerant

Mit optimierter Passgenauigkeit und Rotationsstabilität wurde die Schnittstelle bei Implantaten völlig neu definiert.



Spannungsfrei

Individuell gegossene Stege bleiben spannungsfrei, weil die Klebasen bei alphatech® direkt im Mund verklebt werden.



Exklusiv von Ihrem Henry Schein Dental Depot

Berlin
Tel: 030-34 67 70
Fax: 030-34 67 71 74

Hannover
Tel: 0511-61 52 10
Fax: 0511-6 15 21 99

Düsseldorf
Tel: 0211-5 28 10
Fax: 0211-5 28 11 22

Leipzig
Tel: 0341-21 59 90
Fax: 0341-2 15 99 20

Duisburg
Tel: 0203-2 86 40
Fax: 0203-2 86 42 00

München
Tel: 089-97 89 90
Fax: 089-97 89 91 20

Frankfurt
Tel: 069-26 01 70
Fax: 069-26 01 71 11

Nürnberg
Tel: 0911-5 21 43 24
Fax: 0911-5 21 43 27

Hamburg
Tel: 040-61 18 40 40
Fax: 040-61 18 40 47

Stuttgart
Tel: 0711-71 50 90
Fax: 0711-7 15 51 46

Hotline (zum Ortstarif)

0 18 01 - 40 00 44

FreeFax (rund um die Uhr)

0 80 00 - 40 00 44

Sachliche Arbeit des Berufsstandes zeigt Wirkung

Wunsch und Realität – Ulla Schmidt sollte Bogen nicht überspannen

Zugegebenermaßen hat die neue und alte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bewiesen, dass sie sich im Haifischbecken Gesundheitswesen auch unter veränderten politischen Vorzeichen behaupten kann. Noch unter alten Regierungsverhältnissen gelang es ihr, unter Nutzung der parteiinternen Hierarchien und hörigen Beratern uneingeschränkt Gesetzesvorschläge und gesundheitspolitische Vorstellungen zu entwickeln und umzusetzen. Nach dem Regierungswechsel doch veränderten sich die Konstellationen, gab es Gerangel innerhalb der SPD um die zu besetzenden gesundheitspolitischen Posten und auch die Berater waren vor diesem Hintergrund nicht mehr steuerbar.

Im noch vorhandenen gesundheitspolitischen Vakuum der neuen Regierung platzierte sie nach alter Strategie geschickt die Gleichheitsdebatte von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung.

Bemüht um eine einheitliche Ausrichtung der neuen Koalition, war die Antwort der CDU/CSU-Fraktion hierauf noch zurückhaltend, aber trotzdem von klarer Ablehnung geprägt. Mit einem nicht bestätigten aber offensichtlich aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) stammenden Eckpunktepapier zur Änderung des Vertragsarztrechts hat die Bundesgesundheitsministerin offensichtlich den Bogen überspannt. Der Generalsekretär der CDU machte entrüstet darauf aufmerksam, dass seine Partei nunmehr nicht mehr Opposition sei. Bedingt durch anstehende Landtagswahlen verzichtete man auf einen öffentlichen Streit, machte jedoch klar, dass ein eng umgrenztes Gremium des Kabinetts sich mit der Gesundheitspolitik unter wahrscheinlicher Beteiligung der Bundeskanzlerin zuwenden wird.

Mit der Ablehnung des Arzneimittelsparpakets durch den unionsgeführten Bundesrat wurde ein klares Signal für die Bundesgesundheitsministerin gesetzt. Schalten und Walten nach eigenem Gusto, wie in der Vergangenheit gewohnt, ist unter den vorhandenen politischen Konstellationen so nicht mehr machbar.

Auch der Berufsstand sollte dieses Signal erkennen und nicht auf jede in der Regierung unabgestimmte Äuße-



Dr. Dietmar Oesterreich ist gespannt auf die Reformvorstellungen aus dem Bundesgesundheitsministerium und erwartet nach den Landtagswahlen eine klare gesundheitspolitische Linie.

rung des Bundesgesundheitsministeriums nervös und mit Hektik reagieren. Gleiches gilt auch in der Diskussion um die Novellierung der GOZ. In einem jüngst mit dem Staatssekretär Schröder stattgefundenen Gespräch der Bundeszahnärztekammer ist es gelungen, eine Versachlichung der Diskussion zu erreichen und die intensive Vorarbeit des Berufsstandes, d.h. die Leistungsbeschreibung einer neuen Gebührenordnung auf wissenschaftlicher Grundlage der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, in die weitere Diskussion einzubringen.

Natürlich geben diese Entwicklungen zur Euphorie keinen Anlass, aber die sachlich orientierte Arbeit des Berufsstandes der letzten Jahre zeigt in der Gesundheitspolitik ihre Wirkung.

Jüngste Vorstellungen aus dem Hause der Ministerin Schmidt versuchen offensichtlich Kompromisse zwischen den beiden diametral liegenden Modellen von Bürgerversicherung und Kopfpauschale herzustellen. Eilig hat das BMG demontiert, dass hier nach Kompromisslösungen gesucht wird. Vielmehr steckt aber dahinter, dass man derzeit die Belastbarkeit der Öffentlichkeit und vor allem der Regierungsparteien in Hinblick auf mögliche Kompromisse testet. Die

Inhalte dieser Vorstellungen stellen die Finanzierung des Gesundheitswesens grundsätzlich auf drei Säulen. Weiter werden einkommensabhängige Beiträge erhoben.

Darüber hinaus soll eine einkommensunabhängige Pauschale zwischen 15 und 40 Euro von den Versicherten eingefordert werden. Ferner gibt es einen einkommensabhängigen Arbeitnehmeranteil, der Kapitalerträge, wie z.B. Zinsen bzw. Mieten, mit einbezieht.

Auch die Privatversicherung soll mit einem festen finanziellen Anteil an der Finanzierung der Gesundheitskosten beteiligt werden. Erste Reaktionen blieben nicht aus und zeigten auf, dass die Erhebung der Beiträge nicht nur immer undurchschaubarer, sondern, so wie geplant, auch in ihrem bürokratischen Aufwand sehr viel komplizierter wird. So wird selbst das Finanzamt letztendlich zum Beitragseinzug herangezogen.

Alles in allem betrachtet ist noch keine klare gesundheitspolitische Linie erkennbar, und so wird sich offensichtlich erst nach den Landtagswahlen zeigen, ob aus diesen Wünschen auch Realität wird.

Dr. Dietmar Oesterreich



Qualität zahlt sich aus

Für unsere Kunden nehmen wir uns alle Zeit der Welt



Vertrauen ist die Grundlage unserer guten Beziehungen zu unseren Kunden. Die fachliche Kompetenz sowie die Persönlichkeit unserer Kundenberater sind bekannt und geschätzt. Unsere Kunden wissen, dass die Komet Fachberater sich konzentriert auf die individuellen Bedürfnisse der Zahnärzte einstellen und sich hierfür die entsprechende Zeit nehmen.

Genügend Zeit, sowohl für die Vorbereitung als auch für das direkte Gespräch, ist darum die generelle Voraussetzung, unseren Anwen-

dern eine qualitativ hochwertige Beratung anbieten zu können. Daran werden Sie erkennen, dass wir eine Menge in die Beziehungen zu unseren Kunden und in den Service investieren. Der Dialog mit unseren Kunden ist ein wichtiger Baustein in der Entwicklung und der Realisation unserer innovativen Produkte.

Profitieren Sie von den Qualitäten der Komet Produkte und unserer Fachberater. Sprechen Sie uns an – wir nehmen uns Zeit für Sie.

Informationen zu Ihrem Berater finden Sie im Internet unter der „Rubrik Partner“ oder rufen Sie uns an.

Aus dem Inhalt:

Deutschland / M-V

Gesundheitsreform erst nach Ostern	4
Informierter Patient – wichtiger Partner bei der Mundgesundheit	4
Mehr Implantate bei gesetzlich Versicherten	5
Gespräch mit Dr. Martina Bunge	5
Ulla Schmidt – Bilanz der ersten 100 Tage	6
KZV und ZÄK im Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern	6
Arzneimittelgesetz beschlossen – Vermittlungsausschuss angerufen	7
Haushaltsbegleitgesetz liegt in der Schublade	8
Treffen der Länderpressereferenten zu Ethik im Gesundheitswesen	16
Mehr Kooperation von Zahnmedizin und Zahntechnik	17
Stiftung Warentest prüft Kieferorthopädie	22
Vogelgrippe – BMG und Robert-Koch-Institut informieren	22
Wird aus Zahnarzt bald Mundarzt?	25
Neue Bücher vorgestellt	35
Glückwünsche an die Jubilare	36

Zahnärztekammer

Neuer Vorstand der LAJ gewählt	8
Kammerfortbildung 2005 im Rückblick	15
Fortbildung im Juni	16/17
15. Zahnärztetag 2006 – Vorläufiges Programm	18/19
Aufbereitung von Medizinprodukten	20/22
Außervertragliche Prophylaxeleistungen bei GKV-Versicherten	28/30

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Hartz IV verschärft die Lage in Ostdeutschland – Brief an das Sozialministerium	9
Vertreterversammlung tagte in Groß Plasten	10/14
Praxisveränderungen	17
Seminare und PC-Schulungen der KZV	23
Abrechnungshinweise: Änderung der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien (2)	31

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht / Versorgung / Steuern

Stellungnahme der DGI /DGZMK – Implantatversorgung	24
Gefahr und Verhalten bei Nadelstichverletzungen	26/27
Recht: Honorar für nicht eingehaltenen Zahnarzttermin	33
Änderungen ab 2006 bei der privaten PKW-Nutzung	33/34
Impressum	25
Herstellerinformationen	32

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,
mit der Februar-Ausgabe haben wir die satztechnische Fertigung des dens zusätzlich zum redaktionellen Part übernommen. Wir leisten damit einen wichtigen Teil zur Reduzierung der Kosten selbst und tauchen in bis dahin fremdes Terrain ein. Sicherlich haben Sie das veränderte Layout und die eine oder andere Neuerung bereits bemerkt. Sollten Sie Anregungen, Meinungen und natürlich auch Kritik zum Erscheinungsbild oder zum Inhalt haben, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese mitteilen. Die Redaktion*

Gesundheitsreform erst nach Ostern „Wir haben festgelegt, nicht festgelegt zu sein“

Spitzenpolitiker der großen Koalition wollen die Verhandlungen über die Gesundheitsreform als „Geheimoperation“ starten. Sind die am 26. März bevorstehenden drei Landtagswahlen in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt vorüber, sollen die Gespräche dem Vernehmen zufolge „um“ beziehungsweise nach Ostern beginnen.

In der ersten Runde werden voraussichtlich lediglich sechs Bundespolitiker teilnehmen. Für die SPD: Vizekanzler Franz Müntefering, Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und Peter Struck, Vorsitzender der SPD-Fraktion im Bundestag. Für die CDU: Unionsfraktionschef Volker Kauder (CDU), sein Vize, CSU-Gesundheitsexperte Wolfgang Zöllner. Die dritte Person ist noch unklar. Um die Verhandlungen so geheim wie möglich zu gestalten, haben die Gesprächspartner fest vereinbart, zunächst keine schriftlichen Fixierungen zuzulassen.

Von Unionsseite wird betont, ohne Vorfestlegungen in die Gespräche gehen zu wollen. Kauder: „Wir haben uns festgelegt, dass wir nicht festgelegt sind.“

Die politischen Fixpunkte für die künftige Gesundheitsreform sollen de-

finitiv von der Sechser-/Zehnergruppe festgelegt werden. Anschließend werden die entsprechenden Fachleute beauftragt, das Modell auszuarbeiten. Obwohl vor allem die Union betont, offen in die Gespräche zu wollen, wird hinter den Kulissen auf beiden Seiten an möglichst einigungstauglichen Modellen gebastelt.

Neben der Möglichkeit, einen Zuschlag zur Einkommenssteuer („Gesundheits-Soli“) einzuführen, wird für die gesetzliche Krankenversicherung eine Kombination aus Pauschalprämie und einkommensabhängigem Beitrag erwogen. Danach wäre ein einkommensabhängiges, paritätisch finanziertes Umlageverfahren bei eingefrorenem Beitragsatz mit einer einkommensunabhängigen Zusatzprämie für darüber hinaus gehende Gesundheitskosten der Kassen zu kombinieren. Den Vorteil hätten Versicherte bei Krankenkassen mit niedrigen Beitragsätzen.

Zudem kursiert ein dirigistischerer Vorschlag mit einkommensabhängigen Beiträgen, die eine Zentralverwaltung zu bündeln und an die Kassen in Form von Einheitsprämien pro Versichertem auszuzahlen hätte.

dgd

Der informierte Patient - wichtiger Partner bei der Verbesserung der Mundgesundheit

Bundeszahnärztekammer zum Weltverbrauchertag 2006

Der diesjährige Weltverbrauchertag steht unter dem Motto „Verbraucherbildung“. Die Bundeszahnärztekammer nimmt diesen Tag zum Anlass, die Bedeutung des informierten Patienten für die Erhaltung und Verbesserung der Mundgesundheit herauszustellen. „Nur der aufgeklärte und informierte Patient ist in der Lage, eigenständige Entscheidungen zu treffen und seinen Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung seiner Mundgesundheit zu erbringen“, so Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer.

Zweifelsohne hat sich die Rolle und Stellung des Patienten im komplexen Verhältnis zu seinem Zahnarzt in den letzten Jahren deutlich verän-

dert. Dabei ist die stärkere Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungsprozessen sinnvoll und notwendig. Experten sprechen von der „partizipativen Entscheidungsfindung“ oder dem „shared decision making“. Der Informationsbedarf der Patienten hat sich aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse ständig erhöht. Die Bundeszahnärztekammer orientiert sich dabei an Qualität und Wissenschaftlichkeit.

Die Information des Patienten ist primär die Aufgabe des zahnärztlichen Behandlungsteams, wird aber gleichzeitig unterstützt durch ein flächendeckendes Angebot der Patien-

tenberatungsstellen aller Landes Zahnärztekammern in der Bundesrepublik. Dort können im Rahmen einer mündlichen, schriftlichen oder auch persönlichen Vorstellung des Patienten offene gebliebene Fragestellungen besprochen werden. Die Patientenberatungsstellen der Landes Zahnärztekammern sind ein aktiver Beitrag des zahnärztlichen Berufsstandes zur Erhöhung der Patientensouveränität und arbeiten teilweise mit dem Verbraucherorganisationen zusammen.

Die Patientenhotline der Bundeszahnärztekammer unter der Tel.-Nr. 0800-8233283 vermittelt bei Anfragen an die zuständigen Landes Zahnärztekammern.

BZÄK

Mehr Implantate bei gesetzlich Versicherten

Patienten nehmen Festzuschussystem gut an

„Schon ein Jahr nach der Einführung des Festzuschussystems in der gesetzlichen Krankenversicherung ist mittlerweile jede dreißigste Zahnersatzneubehandlung eine mit Implantatkonstruktion. Das zeigt, wie fortschrittsfreundlich das System ist, und wie positiv die Patienten das aufnehmen.“

Diese Bilanz zog der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, zu den Auswirkungen des Anfang 2005 eingeführten Systems befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz, mit dem gesetzlich Krankenversicherte erstmalig auch Zuschüsse für innovative Behandlungsmethoden wie Implantatversorgungen erhalten.

Damit wird das ohnehin schon hohe Versorgungsniveau weiter gesichert. Fedderwitz: „Das bezieht sich ausdrücklich auch auf die Regelversorgung und schließt Härtefälle mit ein.“

Im internationalen Vergleich, so Fedderwitz weiter, sei das Versorgungsniveau im deutschen Festzuschussystem hervorragend: „In EU-Staaten wie Dänemark oder Italien ist Zahnersatz überhaupt nicht versichert. In der Schweiz oder Holland, dessen System

im Moment in aller Munde ist, ist der Leistungskatalog viel eingeschränkter als bei uns. Mit unserem System sind wir vorneweg.“

Besonders positiv wertete der Zahnärztechef bei seiner Jahresbilanz, dass bis heute keine Patientenbeschwerden über das Festzuschussystem vorliegen. Entscheidend sei überdies, dass die Systemumstellung für die Krankenkassen, aber auch für die Patienten absolut kostenverträglich erfolgt sei: „Wir haben den zahnmedizinischen Fortschritt in die GKV geholt, trotzdem müssen die Krankenkassen nicht mehr Geld für Zahnersatz ausgeben. In 2005 haben sie gegenüber dem Vorjahr sogar massiv Mittel eingespart, indem sie sich gegen eine Übergangsregelung bei der Einführung des Systems gesperrt haben. Damit werden jetzt wohl die Löcher gestopft, die die enormen Mehrausgaben im Medikamentenbereich gerissen haben.“

In 2006 werde das Ausgabenvolumen für Zahnersatz tendenziell auf dem Ausgangsniveau von 2004 liegen, also bei etwa 3,5 Mrd. Euro. Dazu Fedderwitz: „Wenn niemand leichtsinnig nach weiteren Leistungsausweitungen ruft, dann bleiben die Kosten stabil.“

KZBV

Daten & Fakten für 2005 abrufbar

Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben „Daten & Fakten“ zur zahnärztlichen Versorgung 2005 veröffentlicht.

Die „Daten & Fakten“ stehen auf den Internetauftritten beider Organisationen (www.kzbv.de oder www.bzaek.de) zum Download bereit und können direkt bei KZBV oder BZÄK kostenlos angefordert werden



Vorstand bei Dr. Martina Bunge zum Gespräch

Dr. Martina Bunge ist ja nicht nur die ehemalige Sozialministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern und Vorzeigefrau der PDS. Sie ist seit kurzem auch die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages.

Grund genug für den Vorstand der KZV, das Gespräch in ihrem Wahlkreisbüro in Wismar zu suchen und insbesondere auf die zahnärztlichen Probleme hinzuweisen.

Ein Hauptanliegen des Vorstandes war es dabei, Sensibilität für die fehlenden Gelder durch die Hartz IV-Gesetzgebung zu erreichen. Hier stießen sie auf großes Interesse und sagten zu, Informationen zu den Belastungen durch die vier Arbeitsmarktförderungsgesetze zur Verfügung zu stellen. Ein weiteres Thema war die Ost-West-Angleichung. Die aktuelle



Dr. Martina Bunge zeigte sich aufgeschlossen für die Probleme der Zahnärzte in M-V

Situation wurde anhand des KZBV-Jahrbuches verdeutlicht. Dr. Bunge bestätigte, dass die veröffentlichten Daten seitens des Bundesministeriums für Gesundheit völlig außer Betracht lassen, dass der Umsatz in den neuen Bundesländern auf der Grundlage einer viel höheren Leistungsmenge erwirtschaftet wurde.

Die stetige Überbürokratisierung der Praxen stand ebenfalls auf der

Tagesordnung. Immer weniger Zeit stünde den Behandlern für die Arbeit mit dem Patienten zur Verfügung. Stattdessen müssten sie sich mit aufwändigen Zuarbeiten für Krankenkassen beschäftigen, auf gedeckelte Honorare achten, sowie Behandlungsspielräume im Auge behalten.

Immer weniger gehe es um die bestmögliche Versorgung der Patienten.

Dr. Martina Bunge nahm die Anregungen und Informationen gern auf, machte jedoch ebenso klar, dass ihr Spielraum begrenzt sei.

Fazit: Trotz allem ein positives Gespräch. Es konnten Hintergrundinformationen vermittelt und das Bewusstsein für die Probleme der Zahnärzteschaft geschärft werden.

Wolfgang Abeln

Bilanz der ersten 100 Tage

Totgesagte leben länger. Kaum jemand in der alten Bundesregierung hatte mehr Proteste gegen seine Politik auszusitzen.

Dennoch durfte Ulla Schmidt ihren Platz am Kabinetttisch behalten – wenn auch mit deutlich geschrumpften Kompetenzen.



Seit 100 Tagen arbeitet Ulla Schmidt als Bundesgesundheitsministerin in der großen Koalition.

Die Soziale Sicherung musste sie an Arbeitsminister Franz Müntefering abtreten. Dem blies dafür jetzt der kalte Wind der Proteste ins Gesicht, als er die Anhebung des Rentenalters durchsetzte.

Ulla Schmidt kennt diesen Gegenwind seit jeher – aus der Bahn geworfen hat er sie noch nicht. Ungeachtet der massiven Medizinerproteste, die sie nahtlos aus der ersten in ihre zweite Amtszeit begleiteten, hat sie ein Arzneimittel-Sparpaket auf den Weg gebracht, das erneut vor allem Ärzte und Patienten belasten wird.

Ende März – nach den Wahlen in mehreren Bundesländern – will die SPD-Politikerin ihre Entwürfe für die seit Jahren angestrebte Gesundheitsreform vorlegen.

Ein hartes Stück Arbeit, da sich die Koalitionsparteien bisher nicht einmal ansatzweise auf ein Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung einigen konnten. Doch Gegenwind hat Ulla Schmidt noch nie gescheut.

Gespräch im Sozialministerium

Die Vorstände von KZV und ZÄK wiesen auf Unzulänglichkeiten in der GKV hin und stellten ihr Konzept zur Patientenberatung in M-V vor

Es sollte um die gemeinsame Patientenberatungsstelle von KZV und ZÄK gehen. Seit 1995 bereits finden die Patienten in Mecklenburg-Vorpommern eine Anlaufstelle bei Fragen oder auch Problemen, zunächst bei der Zahnärztekammer, ab 1998 dann als eine gemeinsame Beratungsstelle von Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung. Staatssekretär Dr. Wolfram Friedersdorff ließ sich von den Vorständen beider Organisationen die Arbeitsweise der seit Anfang des Jahres, aufgrund der befundbezogenen Festzuschüsse, strukturell erweiterten Beratungsstelle erklären.

Dr. Oesterreich wies dabei auf den von der Zahnärztekammer herausgegebenen zahnärztlichen Praxisführer hin, der auch auf die Möglichkeiten der Behindertenbehandlung in M-V aufmerksam macht. Grundlage für die Erstellung war der demographische Wandel in der Gesellschaft und die verfassungsrechtlich verbrieften Chancengleichheit aller Bürger.

In diesem Zusammenhang ließen es sich die Vertreter der Zahnärzteschaft nicht nehmen auf die bestehenden Unzulänglichkeiten in der zahnmedizinischen Versorgung hinzuweisen.

Wichtigstes Thema waren deshalb auch hier die Auswirkungen der Hartz IV-Gesetze. Millionenbeträge fehlen Ärzten und Zahnärzten für Versorgungsleistungen, welche durch die Mitgliederwechsel von Hartz IV-Empfängern zu nunmehr Familienversicherten verursacht werden. Wolfgang Abeln verwies auf einen gemeinsamen Brief der KZVs der

neuen Bundesländer und Berlins zu dieser Thematik (siehe Seite 9).

Darüber hinaus informierten KZV und ZÄK über ihre Anstrengungen zur Erlangung der Ost-West-Angleichung sowohl im Bereich des Bemas als auch der GOZ. Wolfgang Abeln gab einen Überblick zur Entscheidung des Landesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung. Er machte klar, dass eine Angleichung bei weitem noch nicht erfolgt ist. Der Einnahmen Überschuss 2002 lag je Praxisinhaber bei 81,3 Prozent und bezogen auf Umsätze je Praxisinhaber auf der Basis der Ausgaben der Krankenkassen bei 92,1 Prozent.

Zum Thema „Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern“ forderte Dr. Oesterreich die Einbindung der zahnärztlichen Körperschaften in die Debatte, da die Hauptakteure in der Gesundheitsbranche nicht die Hotelbesitzer wären, sondern die Heilberufler allgemein. Staatssekretär Friedersdorff verwies in diesem Zusammenhang auf eine kommende Konferenz im Sommer zum Themenkomplex „Prävention“.

Abschließend sprachen sich die zahnärztlichen Vertreter für den Erhalt des Studienganges Zahnmedizin an der Universität Rostock aus. Zum einen bietet die Ausbildung in vergleichsweise kleinen Gruppen außerordentlich gute Studienbedingungen, zum anderen bietet die Universität gute Rahmenbedingungen für die Fort- und Weiterbildung der zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Land.

Wolfgang Abeln



Staatssekretär Dr. Wolfram Friedersdorff (Mitte) nahm sich Zeit, nicht nur für die Patientenberatung.

Arzneimittelgesetz liegt auf Eis

Bundesrat will den Vermittlungsausschuss anrufen

Der Bundesrat hat mit großer Mehrheit beschlossen, zum Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) den Vermittlungsausschuss anzurufen. Im Einzelnen fanden folgende Anrufungsgründe eine Mehrheit:

- Die neuen Kriterien der Festbetragsgruppenbildung sollen gestrichen werden (wg. Einschränkung Festbetragsregelung).
- Die massive Absenkung der Festbeträge in den Stufen 2 und 3 wird ebenfalls abgelehnt.
- Der gesamte Bereich Bonus-Malus und Tagestherapiekosten soll ersatzlos entfallen.

Das Gesetz ist zustimmungsfrei und kann vom Bundesrat letztlich nur aufgehoben, aber nicht verhindert werden.

Dennoch muss mit Änderungen im Vermittlungsverfahren gerechnet werden. Diese können sogar über die genannten Anrufungsgründe hinausgehen.

Die wichtigsten Inhalte des AVWG:

- Die Krankenkassen können künftig Arzneimittel von der Zuzahlung befreien, wenn der Preis des Medikaments mindestens 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegt. Patienten erhalten so einen Anreiz, bei ihrem Arzt auf der Verordnung eines solchen preisgünstigen Präparates zu bestehen. Deren Marktanteil soll damit erhöht werden. Seit der Gesundheitsreform 2004 zahlen die Patienten für ein verordnetes Arzneimittel zehn Prozent des Preises – mindestens aber fünf und maximal zehn Euro – aus der eigenen Tasche.
- Die Festbeträge für Arzneimittel werden abgesenkt. Krankenkassen können mit Pharmaherstellern spezielle Rabattverträge abschließen, um dadurch Mehrkosten der Versicherten für Medikamente zu verhindern, deren Preis über dem Festbetrag liegt.
- Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung darstellen, bleiben von Festbeträgen freigestellt.

- Die Verantwortung der Ärzte für die Wirtschaftlichkeit ihrer Arzneimittelverordnungen wird durch eine Bonus-Malus-Regelung gestärkt. Dazu vereinbaren die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) jedes Jahr für bestimmte Arzneimittelgruppen so genannte Durchschnittskosten pro definierte Dosiereinheit, die sich bei wirtschaftlicher Verordnungsweise ergeben. Ärzte, die diese Werte überschreiten, müssen einen Teil der Mehrkosten selbst tragen. Unterschreiten die Medikamentenausgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) den festgelegten Betrag, zahlen die Krankenkassen einen Bonus an diese Kassenärztliche Vereinigung. Die verteilt den Bonus an die wirtschaftlich verordnenden Ärzte.

- Diese Bonus-Malus-Regelung gilt nur, wenn Kassen und Kassenärztliche Vereinigung auf Landesebene keine andere Vereinbarung erzielen, mit der die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung verbessert wird.

- Krankenhäuser sollen bei der Entlassung der Patienten nur jene Arzneimittel anwenden, die auch bei einer weiteren Medikamententherapie im Anschluss an die Klinik wirtschaftlich und zweckmäßig sind.

- Für Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden können, gilt ein zweijähriger Preisstopp.

- Generika-Hersteller gewähren den Kassen einen Abschlag von zehn Prozent des Herstellerabgabepreises ohne Mehrwertsteuer.

- Naturalrabatte der Pharmahersteller an die Apotheken werden verboten. Barrabatte außerhalb der Arzneimittelpreisverordnung sind weiterhin möglich.

- Die Praxis-Software in der Arztpraxis muss künftig manipulationsfrei sein.

BMGS

Mehrwertsteuer Nichts für Gesundheit

Der Verwendung eines Teils der Einnahmen aus der höheren Mehrwertsteuer zur Finanzierung der anstehenden Gesundheitsreform hat Bundesfinanzminister Peer Steinbrück eine Absage erteilt. Zwei Prozent würden für die öffentlichen Haushalte und ein Prozent für die Senkung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge benötigt.

Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Wolfgang Zöller, hatte den Vorschlag gemacht, vorurteilsfrei über Finanzierungsmöglichkeiten der Gesundheitsreform zu sprechen und dabei auch einen Anteil an der erhöhten Mehrwertsteuer ins Gespräch gebracht.

KZV

Neuer Vorstand der LAJ gewählt

Amtszeit bis 2009

Der Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (LAJ) hat sich in seiner Sitzung am 15. März neu konstituiert und aus seiner Mitte einstimmig Christof Schneider, AOK M-V, zum Vorsitzenden gewählt. Zum ersten Stellvertreter wurde Dr. Holger Kraatz, Zahnärztekammer M-V, zum zweiten Stellvertreter Prof. Dr. Sabine Fröhlich, Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, gewählt. Beisitzer im Vorstand sind Doreen Chittka für den VdAK AEV Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Gabriele Stöhring und Doris Gradtke für den Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern, Prof. Dr. Christian Splieth für die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern sowie Hans-Kurt van de Laar für den Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern. Das Vorstandsmitglied für den BKK Landesverband ist derzeit noch nicht benannt. Als Stellvertreter benannt ist Regina Hartmann, die auch an der Wahl teilnahm.

Grete Bogdahn, Draeger und Hanse BKK, und Zahnarzt W. Peter Hammer, Städte- und Gemeindetag, haben aus Altersgründen ihre Tätigkeit im LAJ-Vorstand beendet. Der Vorstand dankt beiden Kollegen sehr herzlich für die konstruktive und angenehme Zusammenarbeit und jahrelange Treue.

Merrit Förg

Gesetzesunfall im BMG

Weil zu Jahresbeginn jener Passus im Paragraphen 4 der Arzneimittelverschreibungsverordnung wegfiel, der es Ärzten ermöglichte, mit ihrem Arztausweis in der Apotheke rezeptpflichtige Medikamente zu erwerben, muss sich jetzt jeder Arzt selbst Privatrezepte ausstellen.

Ein Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums teilte mit, es handle sich um ein Versehen: Darüber, wie das rückgängig gemacht werden könne, werde nachgedacht, heißt es. Das ist auch dringend nötig.

dgd

Haushaltsbegleitgesetz liegt schon in der Schublade

Neues Ungemach für die Sozialversicherungen

Mit dem Kabinettsbeschluss vom 22. Februar kann sich die interessierte Öffentlichkeit nunmehr selbst ein Bild von den Maßnahmen machen, mit denen der Bundeshaushalt zumindest stabilisiert werden soll.

Die soziale Krankenversicherung wird dabei zwar nur von wenigen, dafür aber nicht unbedeutenden Maßnahmen tangiert. Dies sind ausweislich der Begründung des Kabinettsentwurfs vor allem:

- Die Sozialversicherungsfreiheit von Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlägen wird auf einen Grundlohn von 25 Euro die Stunde begrenzt.
- Der Pauschalbeitragssatz für geringfügig Beschäftigte wird von derzeit 25 Prozent auf 30 Prozent angehoben.
- Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II werden herabgesetzt.
- Die pauschalen Zuweisungen des Bundes an die gesetzliche Krankenversicherung werden 2007 auf 1,5 Mrd. Euro abgesenkt und laufen danach aus.
- Der schrittweise Übergang der knappschaftlichen Rentenversicherung vom Bund zu erstattenden Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung wird beschleunigt.

Die bitterste Pille für die Krankenversicherung war natürlich bereits seit Abschluss des Koalitionsvertrages bekannt. Im § 221 SGB V werden in Abs. 1 Satz 1 die Wörter „und ab dem Jahr 2006 4,2 Mrd. Euro“ durch die Wörter „für das Jahr 2006 4,2 Mrd. Euro und für das Jahr 2007 1,5 Mrd. Euro“ ersetzt - bei gänzlicher Außerachtlassung der eigentlich korrespondierenden Absenkung der Tabaksteuer. Allein diese Maßnahme sowie die Auswirkungen der um drei Prozentpunkte erhöhten Mehrwertsteuer führen zu einem Beitragserhöhungsbedarf in der GKV von - so ist selbst aus dem BMG zu hören - 0,4 bis 0,5 Prozentpunkten.

Die finanziellen Auswirkungen der weiteren Maßnahmen - soweit konkret bezifferbar - muß man sich dann etwas mühsam zusammensuchen. Die

Beschleunigung des Übergangs der Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung soll dem Bund bis 2009 jährlich 14 Mio. Euro ersparen, die Absenkung der Bemessungsgrundlage bei Arbeitslosengeld-II-Empfängern im Jahr 2006 90 Mio. Euro, danach jährlich 180 Mio. Euro.

Die Absenkung und Einstellung des pauschalen Bundeszuschusses an die GKV spart 2006 noch gar nichts, 2007 2,7 Mrd. Euro und ab 2008 jährlich 4,2 Mrd. Euro - natürlich zulasten der Beitragszahler in der GKV.

Bei soviel vorgezogenem Aschermittwoch enthält der Entwurf aber doch auch „Erfreuliches“: Die entlastenden Maßnahmen summieren sich in der Sozialversicherung insgesamt bei voller Jahreswirkung auf sagenhafte 520 Mio. Euro. Etwas kryptisch heißt es dann in dem Entwurf weiter: „Ab dem Jahr 2008 werden die tatsächlichen Mehreinnahmen der Sozialversicherungen ermittelt und abgerechnet.“

Wie ermittelt? Mit wem abgerechnet? Zur Klärung dieser Fragen muß man denn doch tief in die Einzelbegründung der Maßnahmen einsteigen. Dort heißt es dann: „Die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für geringfügig Beschäftigte von 11 auf 13 Prozent führt zu Mehreinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen.“ Diese seien in ihrer Höhe aber nur schwer abschätzbar, da nicht zu sagen sei, wie sich diese Maßnahmen auf die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse insgesamt auswirkten.

„Zur Vermeidung von Schätzrisiken wird ein Spitzabrechnungsverfahren eingeführt.“ Mit diesem soll jeweils bis zum 30. September eines Jahres errechnet werden, ob die für den Zeitraum vom 1. Juli des Vorjahres bis zum 30. Juni des laufenden Jahres im Vergleich zum Zeitraum 1. Juli 2005 bis 30. Juni 2006 die Beitragsmehreinnahmen den Betrag von 170 Mio. Euro erreichen.

Überschreiten sie diesen Betrag, haben die Krankenkassen einen Ausgleichsanspruch gegenüber der Bundesagentur für Arbeit.

gid

Hartz IV verschärft die Lage in Ostdeutschland

Dreistellige Millionenbeiträge fehlen Ärzten und Zahnärzten

Den Ärzten und Zahnärzten in Deutschland gehen durch die Hartz-IV-Arbeitsmarktgesetze jährlich Millionen-Beträge in dreistelliger Höhe verloren. Besonders betroffen sind die neuen Bundesländer.

Gerade hier trägt der Hartz-Effekt zu einer Verschärfung des bereits bestehenden Ärztemangels und fehlender Gelder bei.

Das Bundesgesundheitsministerium widersprach bislang und nannte lediglich einen „negativen Einmaleffekt“

sinkender Gesamtvergütungen im vergangenen Jahr 2005.

Dieser Effekt werde in den Jahren 2006 und 2007 durch eine ebenfalls durch die Hartz-Gesetze verursachte Erhöhung der Gesamtvergütung für die Mediziner aufgefangen. Die Kompensation werde in den neuen Ländern wesentlich stärker ausgeprägt sein als in Westdeutschland.

Das aus Sicht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vor-

pommern ohnehin knappe Budget der Zahnärzte wird weiter gekürzt. Der Grund: Betroffene, die zuvor als Arbeitslose Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung waren, sind nun kostenlos mitversichert.

Nur für Mitglieder aber zahlen die Krankenkassen so genannte Pauschalen zur Finanzierung der zahnärztlichen Versorgung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung - nicht für kostenlos Mitversicherte.

KZV M-V

Brief des Vorstands der KZV an Sozialministerin Linke

Honorarverlust aus der Hartz-IV-Gesetzgebung für Vertragszahnärzte

Sehr geehrte Frau Ministerin,

den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland wird die ambulante Versorgungsleistung durch die Hartz-IV-Gesetzgebung in dreistelliger Millionenhöhe gekürzt.

Besonders drastisch wirken sich diese Versorgungskürzungen in den neuen Bundesländern und in Berlin aus. Hier beträgt der Anteil an der Gesamtbevölkerung 20 Prozent. Die durch die Hartz IV Gesetzgebung verursachten Honorarverluste hingegen betreffen diese zu 60 Prozent. Damit sind die Versicherten dieser Bundesländer überproportional betroffen.

Die Einführung der Hartz-IV-Gesetze in 2005 hat einen drastischen Mitgliederrückgang zur Folge. Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld II werden hauptsächlich als Familienversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert.

Die ambulante Versorgung wird dessen ungeachtet bis heute in Abhängigkeit zur Anzahl der Mitglieder der Krankenkassen (§ 85 Abs. 3c SGB V) ausgestattet.

Die Hartz-IV-Gesetzgebung hat somit die Anzahl der Mitglieder herabgesetzt und gleichzeitig die Anzahl der Familienversicherten heraufgesetzt.

Kurz: Durch den Mitgliederrück-

gang wird das Versorgungsniveau abgesenkt (Berechnungsmodus auf weniger Mitglieder bei konstanter Versichertenzahl).

Laut bisher veröffentlichten Berechnungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gingen allein für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten in Deutschland 184 Millionen Euro im Jahr 2005 verloren.

Für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt ein analoges Szenario. Insgesamt werden damit circa 260 Millionen Euro oder fast 15 Prozent des Finanzergebnisses der Gesetzlichen Krankenversicherung 2005 in Höhe von 1,8 Milliarden Euro durch die verordnete Kürzung des Versorgungsniveaus aus Hartz IV verursacht.

Für die Versicherten der neuen Bundesländer einschließlich Berlin beläuft sich die Kürzung der Versorgungsausstattung bei Vertragsärzten auf 100 Millionen Euro und bei Vertragszahnärzten auf 41 Millionen Euro.

Damit stehen für die ambulante Versorgung der Versicherten deutlich weniger Mittel ab 2005 zur Verfügung.


Innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) ist durch das Land Brandenburg im Bundesrat ein Antrag

eingbracht worden, der aufgrund der Auswirkungen durch Hartz IV eine Berücksichtigung der zu versorgenden Versicherten vorsieht.

Wir möchten Sie bitten, den Antrag Brandenburgs um den Bereich der gleichfalls betroffenen Vertragszahnärzte der neuen Bundesländer und Berlins zu erweitern und nachfolgend zu unterstützen. Wir würden uns über eine kurzfristige Einladung hinsichtlich einer Erörterung des Themas in Ihrem Haus freuen.

Dieses Schreiben ergeht zugleich im Namen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Berlin, Land Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen.

Mit freundlichen Grüßen



Wolfgang Abeln
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Manfred Krohn
stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Vertreterversammlung tagte diesmal in Groß Plasten

Informationsveranstaltung und Vertreterversammlung am 10./11. März

Die diesjährige Frühjahrs-Vertreterversammlung fand als Zweitagesprogramm in Groß Plasten bei Waren statt. Der Vorsitzende der Delegierten hatte am Freitag, den 10. März, 15 Uhr, zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. Diese Auftaktveranstaltung hatte einige, teils brisante, Beratungspunkte auf der Tagesordnung.

So wurden u. a. die Themen Koalitionsvereinbarung, Praxisgebühr, Online-Abrechnung (ZOD) und Health Professional Card (HPC) und die Stellung der Zahnärzteschaft bzw. die möglichen Auswirkungen diskutiert.

Eckpunkte zum Vertragsarztrecht

Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln versuchte, mögliche Folgen aus der Koalitionsvereinbarung und den Eckpunkten zum Vertragsarztrecht aufzuzeigen. Des Weiteren erläuterte er die Probleme bei der Ost-West-Angleichung gemäß § 85 Abs. 3d SGB V und damit verbundene Modalitäten, die sich aber neuerdings eher günstig und lösbar für uns Zahnärzte darstellen.

Zusätzlich ist bekannt, dass Ulla Schmidt versucht, eine Nivellierung der Honorierung bei Privater Krankenversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung nach ihren Vorstellungen, allerdings mit großen Einbußen für die Leistungserbringer und eine offensichtliche Ungleichbehandlung von Versicherten innerhalb der Privaten Krankenversicherung durchzusetzen. Stichwort ist hier die Begrenzung des Steigerungsfaktors auf einen Wert um 1,7 oder sogar noch darunter für Beihilfeberechtigte – i.d.R. Beamte – und Standardtarifversicherte.

Dr. Holger Garling führte aus, dass jeder Kollege schnell erkennen könne, dass eine feste Begrenzung auf alle Leistungen unter 2,0 für eine bestimmte Gruppe von Privatversicherten für jeden Leistungserbringer „einem betriebswirtschaftlichen Selbstmord“ gleichkomme.

Weiter wird im Entwurf des Gesetzes eine Flexibilisierung des Vertrags(zahn)arztrechts im Sinne des Wettbewerbs innerhalb der Ärzteschaft angestrebt. Auswirkungen auf das Zulassungsalter und die Praxiszweigstellenregelungen im Falle von

Unterversorgungen, auch über KV- und KZV-Bereiche hinweg, bis hin zur Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen (bei Kostenübernahme durch die K(Z)V) unter bestimmten Voraussetzungen sind Inhalt dieses Entwurfes. Erörtert wurden die Möglichkeiten, wie die Zahnärzte darauf reagieren, bzw. welche Auswirkungen damit auf sie zukommen könnten.

Dr. Peter Schletter gab zu bedenken, dass im Koalitionspapier von einem „modernen und leistungsfähigen Gesundheitswesen“ die Rede sei, welches durch Ärzte und Zahnärzte erhalten und entwickelt werden soll, bei allerdings stagnierenden bzw. sinkenden Honoraren und unter Androhung des Entzugs des Sicherstellungsauftrages.

Dr. Ralf Bonitz stellte die Frage in den Raum, ob angesichts leerer Kassen der Versuch des Gesetzgebers als Dienstherr Beihilfeberechtigte und Standardtarifversicherte innerhalb der PKV bevorzugt zu behandeln, durchsetzungsfähig sein kann?

Wolfgang Abeln berichtete, dass ein Gutachten, in das unsere zahnärztlichen Spitzenverbände intensiv involviert sind, in Auftrag gegeben werden soll. Aber er fragte sich und auch die Anwesenden, ob die Gruppe der Zahnärzte groß und vor allem einheitlich genug sei, um berechnete Forderungen durchsetzen zu können.

Dass Leistungen, auch die nach der



VV-Vorsitzender Dr. Peter Schletter (rechts) mit Stellvertreter Hans Salom.

GOZ, „angemessen“ zu vergüten sind, ist mittlerweile anerkannter Bestandteil der Rechtsprechung, ihre Durchsetzung nicht immer leicht, betonte nochmals Dr. Bonitz. Die Probleme der Anwendung und Anpassung der GOZ sollten aber vordringlich und ausführlich von der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern behandelt werden. Des weiteren wurden die Auswirkungen auf das Budget durch die Regelungen nach Hartz IV erörtert, die durch die Verwandlung von Mitgliedern in Familienversicherte zu erheblichen Einbußen führen können, da die Mitgliederzahl die Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Gesamtvergütung bildet.

Bei gleich bleibender Zahl der Patienten, tragen wieder einmal die Ärzte



Dr. Ralf Bonitz (rechts) gab Impulse für die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Koordinationsgremium.

und Zahnärzte allein das Morbiditätsrisiko und sollen sinkende Budgets hinnehmen.

Kassengebühr

Beim Thema Kassengebühr – Pro und Contra – wurde festgestellt, dass sie für Politik und Krankenkassen bisher nur Vorteile gebracht hat. Für uns Leistungserbringer resultieren daraus sowohl Vorteile wie die Gewöhnung an Zuzahlungen in der Praxis, Erbringen eines Aufwandes für die eigene Gesundheit, Geldfluß und damit ein Bruch mit der Vollkasko mentalität, als auch Nachteile in Form eines erhöhten Verwaltungsaufwandes, sowie die reduzierte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

In der Diskussion kam zum Ausdruck, dass nicht die Kassengebühr die eigentliche Gefahr darstellt, sondern die auf Dauer budgetierte Leistungsmenge die Falle ist, in der die Zahnärzteschaft sitzt (Dr. Garling). Eine noch intensivere Aufklärung der Patienten muss vor allem vor dem Hintergrund erfolgen, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, welche Krankenkassen mit besonders geringem Budget die Gesundheit der Versicherten gefährden und damit die erbrachten Leistungen nicht ausreichend honorieren (Dr. Bonitz).

„Offensichtlich scheinen die sozial Schwachen nicht mehr die ungeteilte Aufmerksamkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung zu genießen“, stellte Christiane Fels zustimmend fest. Zusammenfassend kam Dr. Cornel Böhringer zu dem Schluss, dass weitere Ausnahmeregelungen, wie ein Hausarztprinzip, Bonusprogramme etc., für die Zahnärzteschaft nicht hilfreich seien.

Koordinationsgremium

Im weiteren Verlauf der Informationsveranstaltung wurde das Thesepapier des Koordinationsgremiums zur Diskussion gestellt, indem es vor allem um grundsätzliche Fragen der Zusammenarbeit zwischen VV-Vorsitz, dem Vorstand, des Koordinationsgremiums und der Vertreterversammlung ging. Dr. Karsten Georgi betonte seine Sicht der Rolle des Koordinationsgremiums als Instrument der demokratischen Selbstverwaltung und erwartete eine rechtliche Besserstellung innerhalb der Führungsgremien. Diese Position wurde auch von anderen Vertretern mit Blick auf mögliche „Krisensituationen“ unter-



Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln (rechts) und Stellvertreter Dr. Manfred Krohn halten die Berichte zu den entsprechenden Geschäftsbereichen. Fotos: Kerstin Abeln

stützt (Dr. Bonitz). Nach rechtlicher Klarstellung der Position der gesetzlich vorgegebenen Strukturen der Vertreterversammlung und des Vorstands durch Rechtsanwalt Rainer Peter konzentrierte sich die Diskussion auf den verbesserungswürdigen Informationsfluß zwischen Vorstand, VV-Vorsitz, Koordinationsgremium und Vertreterversammlung. Die Vertreter mahnten eine zeitnahe Veröffentlichung z.B. der Tagesordnungen sowie der Protokolle der Sitzungen des Koordinationsgremiums im VV-Bereich des Internetportals an.

Auch die Kontakte der Kreisstellen des Landes zum KZV-Vorstand und zum Koordinationsgremium werden nicht genügend genutzt.

Rainer Peter wies ausdrücklich da-



Dr. Holger Kraatz (links) und Dr. Hartmut Beitz nutzen die Tagungspause.

raufhin, dass das Informationsrecht eines jeden Mitglieds der Vertreterversammlung gewährleistet ist, aber auch die Delegierten ein bestimmtes Maß an Verantwortung vom Gesetzgeber, trotz hauptamtlichen Vorstands, übertragen bekommen hat. Dr. Dagmar Stave betonte, dass alle Mitglieder der Vertreterversammlung in der Pflicht sind, sich auch zwischen den Versammlungen zu interessieren und Einfluss zu nehmen.

Elektronische Gesundheitskarte

Andreas Holz brachte den Mitgliedern der Vertreterversammlung einen Vortrag zu Gehör, der sehr kontroverse Diskussionen auslöste. Worum ging es?

Der technische Fortschritt eröffnet neue Möglichkeiten und Risiken, wie z.B. Online-Abrechnungen über Zahnärzte-Online-Deutschland (ZOD) oder via Mail und die Health Professional Card (HPC). Der Referent informierte die Vertreter über den praktischen Inhalt und die Durchführung von Verschlüsselungen und das Versenden der Abrechnungsdaten via Internet, die Soft- und Hardwarevoraussetzungen, die Verwaltungsauswirkungen und die Möglichkeiten, technische Ausstattungen später bei der Einführung der HPC verwenden zu können.

Diese gesamten Ausführungen lösten bei vielen Vertretern zahlreichen Bedenken über Kosten für Hardware, Software und Service, Sicherheit, Folgen der Vernetzung und Skepsis bezüglich der erhofften Nutzeffekte, aus. Wolfgang Abeln beantwortete Fragen zu alternativen Verschlüsselungsme-

thoden (außerhalb von ZOD), bestätigte die KFO-Kompatibilität und zeigte Online-Abrechnung als einen Weg zur zeitnahen ZE-Abrechnung auf. Trotz mehrheitlicher Ablehnung wird dieses Thema aktuell bleiben, denn die HPC wird im Gesundheitsbereich eingeführt und die Nutzung von ZOD als Vorstufe böte einen guten Einstieg in den vielfachen elektronischen Datenaustausch zwischen Zahnärzten und KZV und umgekehrt.

Der erste Tag der Versammlung endete nach dem Abendessen in Gesprächsgruppen, die sich zum Teil bis in die späte Nacht noch mit den Eindrücken des Nachmittags beschäftigten, bot jedoch auch die Gelegenheit, Kollegen privat näher kennen zu lernen.

Vertreterversammlung

Am 11. März wurde die Vertreterversammlung um 9 Uhr vom Vorsitzenden Dr. Peter Schletter eröffnet. Nach den Formalien wurde mit dem Bericht des Vorstandsvorsitzenden Wolfgang Abeln begonnen. Er informierte über die Arbeit in den zurückliegenden Monaten – insbesondere über die Ergebnisse vor dem Landesschiedsamt zur Prüfvereinbarung sowie zur Ost-West-Angleichung, die Probleme, die es mit der Baumängelbeseitigung am Verwaltungsneubau gibt sowie über den Haushaltsabschluss 2005.

Die Verhandlungen beim Landesschiedsamt schätzte er insgesamt als positiv ein, obwohl nicht alle Erwartungen erfüllt wurden. Dieser Einschätzung schlossen sich die anderen Verhandlungsteilnehmer auf zahnärztlicher Seite an, betonten deren Geschlossenheit und gute Vorbereitung auf diese Sitzung am 1. März.

Da sich der Schiedsamtsvorsitzende Prof. Graf von der Schulenburg einerseits an die Vorlage der KZV hielt und einige Zusatzklauseln der Krankenkassen nicht weiter verfolgte, sich aber andererseits sehr streng an den Gesetzestext hielt, muss die Zahnärzteschaft nun mit der Beibehaltung sowohl der Auffälligkeitsprüfung (Kann-Bestimmung) als auch eventueller körperlicher Nachuntersuchungen von Patienten rechnen.

Eine endgültige Bewertung des Schiedsspruches ist erst nach Studium der Schiedspruchbegründung möglich, die noch 8 Wochen (!) auf sich warten lassen kann. Erst dann wird es möglich sein, die Auswirkungen des



Im Gespräch: Dr. Peter Schletter, Dr. Hans-Jürgen Koch und Dr. Holger Garling (v.l.n.r.)

Schiedsspruches einzuschätzen.

Die Angleichung der Honorare der neuen Bundesländer an die der alten Bundesländer wurde seitens eines Mitarbeiters des Bundesgesundheitsministeriums für die Zahnärzteschaft verneint, obwohl aus dem SGB V dieses nicht abzuleiten ist. Dieser Widerspruch veranlasste unseren Vorstand, als „Vorreiter“ für alle neuen Bundesländer, eine Klärung über das Schiedsamt mit der Möglichkeit einer folgenden höchstrichterlichen Überprüfung anzustreben. Das Landesschiedsamt bestätigte die Auffassung und Begründung des Vorstands der KZV Mecklenburg-Vorpommern.

Kaum gebaut – schon ergraut – zeigt der Verwaltungsneubau Mängel an der Außenfassade, für die der inzwischen insolvente Auftragnehmer nicht mehr in Anspruch genommen werden kann. Auf einer Bauherren- und Eigentümersammlung wurden diese Probleme zur Sprache gebracht und einer Lösung zugeführt. Wolfgang Abeln berichtete weiter, dass Reparatur- bzw. Sanierungskosten im Bereich mehrerer 10 000 Euro zu erwarten sind. Ein Mängelgutachten ist erstellt worden, aber noch sind die Bauherren und Eigentümer sich nicht über die Art und den Umfang der Reparatur einig.

Weiter berichtete Herr Abeln über die geplanten Ärzteproteste und die Varianten der Beteiligung bzw. Unterstützung durch die Zahnärzte. Die nächste Protestveranstaltung war für den 24. März in Berlin geplant. Fest steht für ihn, dass sich hier die Zahnärzteschaft solidarisch zeigen sollte.

Weiterer Gegenstand der Diskussion waren die bisherigen Erfahrungen mit

der hauseigenen Produktion des dens, die sich nach anfänglichen Schwierigkeiten jetzt zu stabilisieren scheint und vor allem auf der Kostenseite erhebliche Vorteile gebracht hat.

Zum Haushalt 2005 wurde zusammenfassend festgestellt, dass trotz einiger Verschiebungen mit einem ausgewogenen Ergebnis zu rechnen ist.

Für die anschließende Erörterung von Personalangelegenheiten wurde nach Ausschluss der Öffentlichkeit die zukünftige interne und externe juristische Beratung der KZV diskutiert und die Richtung für zukünftige Bedarfsfälle besprochen. In der Herbstversammlung wird über die Entscheidungen des Vorstands berichtet.

Im Anschluss referierte Dr. Manfred Krohn den Bericht zum Geschäftsbereich II. Ausführlich ging er auf die Prüfpflichten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bei der Abrechnung von Zahnersatz im Festzuschussystem ein. Dabei wurde herausgearbeitet, dass der Gesetzgeber zwar die Prüfung der Einhaltung der Festzuschuss-Richtlinien verlangt, eine Korrektur fehlerhafter Honorarrechnung nach unten oder oben aber nicht zulässt. Dr. Krohn wies darauf hin, dass bei wiederholten fehlerhaften Honorarrechnungen aber disziplinarische Maßnahmen zu erwarten seien.

Besondere Aufmerksamkeit gilt den Prüfungen der Abrechnung bei Härtefällen, wenn es sich um Regelleistungen oder gleichartige Versorgungen handelt sowie bei Wiederherstellungsleistungen, die nicht der vorherigen Genehmigung bedürfen.

Als häufigste Fehler bei der Zahnersatzabrechnung wurden genannt:

1. Abrechnungsbestimmungen des Bema finden keine Berücksichtigung,
 - es werden nicht nebeneinander abrechenbare Bema-Leistungspositionen in Ansatz gebracht,
 - Mehrfachberechnungen von Bema-Leistungspositionen,
2. Falsche Befundgruppenzuordnung, daraus resultierend falsche Festzuschussberechnung,
3. von der Möglichkeit der zeitlich getrennten Versorgung des Ober- und Unterkiefers wird Gebrauch gemacht – es folgt zeitlich befristet eine Teilversorgung. Der Festzuschuss wird allerdings bereits jetzt für das Gesamtbehandlungskonzept in Anspruch genommen.

Dr. Krohn erläuterte weiter die Position der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), die davon ausgeht, dass das Festzuschussystem trotz der vorhandenen Schwierigkeiten und Mängel grundsätzlich positiv zu werten ist und nicht demontiert werden darf. Anschließend wurden die Vertreter über eine Vergleichsuntersuchung der Krankenkassen informiert, die eine große Zahl Heil- und Kostenpläne aus dem Jahre 2004 aus dem Blickwinkel des Festzuschussystems den Plänen des Jahres 2005 gegenüberstellte.

Ziel der Krankenkassen-Studie war die Ermittlung der Auswirkungen des Festzuschussystems auf das Versorgungsniveau und die finanzielle Belastung der Versicherten. Von besonderer Bedeutung war in diesem Zusammenhang die Ermittlung des Anteils der Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen nach der GOZ und daraus resultierend die prozentuale Höhe der Bezuschussung durch Zahlung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse.

Kritik übten die Krankenkassen insbesondere am so genannten Ausgrenzungsprinzip im Festzuschussystem. Durch die Festlegung auf definierte Regelversorgungen für bestimmte Lückenbefunde werden insbesondere die Therapieformen benachteiligt, die noch im Jahr 2004 richtlinienkonform waren. Gleichzeitig fordern die Krankenkassen im Ergebnis ihrer Studie, dass der Gesetzgeber ihnen die Möglichkeit einräumen sollte, zum einen die komplette Abrechnung der Zahnärzte im Interesse ihrer Versicherten prüfen zu dürfen und zum anderen Leistungen, die jetzt nur zu den Sätzen der privat-zahnärztlichen Gebührenordnung erhältlich sind, für die Patienten billiger einkaufen zu können. Alternativ sollte

der GOZ-Steigerungsfaktor für prothetische Leistungen bei GKV-Versicherten begrenzt werden.

Im Weiteren führte Dr. Krohn zum Thema Patientenberatungsstelle aus, dass diese nach einer Phase der Konzeptfindung, gemeinsam mit der Zahnärztekammer installiert werden soll.

Am 23. März wurde das Konzept im Sozialministerium vorgestellt und dann durch die Mitarbeiterin Anke Schmill besetzt. Für die Beratung wird ein standardisierter Erfassungsbogen verwendet, der eine Vergleichbarkeit der Fälle zulassen soll.

Anschließend erläuterte Dr. Krohn den derzeitigen Stand der Gutachtervereinbarung auf Landesebene, nachdem bundesweite Regelungen nicht fristgerecht umgesetzt wurden. Insbesondere strittig sind die Vergütungen für die Gutachter. Nach durchgeführter Beratung wurde ein Entwurf erarbeitet und den Landesverbänden zwischenzeitlich vorgelegt.

In der anschließenden Diskussion wurde die Beratungsfunktion der Mitarbeiterinnen der KZV-Abrechnungsabteilung besonders positiv bewertet und eine weitere Beibehaltung der Prüfung im Bereich Zahnersatz gewünscht.

Im Bericht des Koordinationsgremiums zeigte Dr. Koch nochmals die Folgen der Hartz IV-Regelungen für das Budget auf, ging auf Fragen der Vermischung von Bema und GOZ bei Abrechnungen der Kieferorthopädie und nochmals auf die Schiedsamtverhandlungen ein. Dabei war ihm besonders wichtig zu betonen, dass die Vorbereitung aller Teilnehmer als sehr gut einzuschätzen war. Insbesondere fiel ihm das kompetente Auftreten des KZV-seitigen Verhandlungsführers Wolfgang Abeln auf, der vor allem vom Schiedsamtsvorsitzenden offensichtlich respektiert wurde.

Im weiteren Verlauf berichtete der Vorstandsvorsitzende über den Stand der Gesamtverträge, die u. a. wegen der strittigen Ost-West-Angleichung noch nicht abgeschlossen sind.

Die unterschiedlichen Vertragstypen mit den einzelnen Krankenkassen bleiben erhalten (Ausschöpfungsvertrag, Schweriner Modell). Steigerungsraten konnten auf Grund der gesetzlichen Vorgaben nur unterhalb des Preisindizes erreicht werden.

Der Vertrag mit der IKK-Nord befindet sich in der Schwebe, der mit den Betriebskrankenkassen im fortgeschrittenen Bearbeitungsstadium. Weiter berichtete er über Vorschläge



Dr. Koch hielt den Bericht über die Arbeit des Koordinationsgremiums.

der Verbände der Krankenkassen zur genehmigungsfreien Abrechnung von KBR-Plänen, die allerdings auf Grund der daran gekoppelten Forderungen von der Zahnärzteschaft abgelehnt werden mussten.

Bei seinen Ausführungen zur Budgetanspruchnahme konnte Wolfgang Abeln im Allgemeinen Gelassenheit verbreiten, während er bei IKK, BKK und Knappschaft von einer nicht unerheblichen Überschreitung ausging.

Die Versammlung behandelte danach einen Antrag der kieferorthopädisch tätigen Kollegen, der beinhaltete, dass die Kieferorthopäden einen Verbleib der nicht im KFO-Etat benötigten Geldmenge im Bereich einer Krankenkasse zu 50 Prozent für den KFO-Topf forderten, um eine generelle Annäherung an den ZE-Punktwert zu erreichen, während die verbleibenden 50 Prozent zur Stützung des Bema-Leistungsbudgets im Sektor KCH verwendet werden soll.

Nach ausführlicher, zum Teil kontroverser Beratung wurde der Antrag dahingehend geändert, dass die Mittel für eine Anhebung des KFO-Punktwerthes auf Zahnersatzniveau im betreffenden Kassenbereich zu verwenden sind und dies als ein Signal für die Einheit des zahnärztlichen Berufsstandes verstanden wird. Der Vorstand erhielt weiterhin die Legitimation, die Gesamtvergütung bei Möglichkeit entsprechend den Honorarverträgen zu verteilen.

Anschließend diskutierten die Vertreter einen HVM-Entwurf für das Jahr 2006 der Krankenkassen, mit denen per Gesetz das Einvernehmen herzustellen ist. Dieser Entwurf enthält einige Protokollnotizen, die für die Zahnärzte des Landes nicht ak-

zeptabel sind. Die Vorstellungen zur weiteren Verhandlungsführung des Vorstandes decken sich mit denen der Vertreterversammlung.

Abschließend wurde noch ein Antrag des Satzungsausschusses behandelt, der es ermöglicht, nach einem Ausscheiden eines gewählten Vertreters der Vertreterversammlung, bei fehlendem Nachrücker eine Nachwahl durchzuführen. Dadurch wird die de-

mokratische Selbstverwaltung in satzungsgemäßem Umfang erhalten.

Zum Abschluss der Veranstaltung gab Dr. Peter Schletter den wahrscheinlichen Termin der Herbstversammlung, den 1. November, bekannt. Er bedankte sich bei dem Vorstand und den Vertretern für die konzentrierte Arbeit, bei den Verwaltungsangelegten für die gute Organisation

und Unterstützung der Versammlung und beendetet kurz vor 15.30 Uhr die Frühjahrs-Vertreterversammlung.

P.S. Bleibt noch die Feststellung, dass die Zahnärzteschaft aus Mecklenburg-Vorpommern es den Vertretern allein überließ, sich um die KZV-Belange zu kümmern. Schade

Hans Salow
stellvertretender Vorsitzender der VV

Antragsteller: Satzungsausschuss, vertreten durch Dr. Harmut Beitz, Dr. Eberhard Dau und Steffen Grams

Wortlaut des Antrags: Es wird darum gebeten, zu beschließen, dass die Wahlordnung der KZV Mecklenburg-Vorpommern dahingehend geändert wird, dass

- § 14 umbenannt wird in Ersatzmitgliedern und Wahlvorschlag,
- § 14 Satz 2 letzter Halbsatz ersatzlos entfällt; Satz 1 und 2 bilden Abs. 1,
- § 14 dahingehend ergänzt wird, dass anstelle des gestrichenen Halbsatzes Absatz 2 angefügt wird, der lautet:

Steht kein nachrückendes Mitglied in einem Wahlvorschlag zur Verfügung, hat bis zur nächsten ordentlichen Vertreterversammlung eine Nachwahl zu erfolgen.

Begründung: Für den Fall, dass ein Mitglied der Vertreterversammlung innerhalb der laufenden Legislaturperiode ausscheidet, sieht § 8 III der Satzung der KZV eine Nachwahl bis zur nächsten ordentlichen Vertreterversammlung vor, sofern kein Ersatzmitglied für das ausgeschiedene Mitglied zur Verfügung steht. Gemäß § 14 der Wahlordnung verringert sich jedoch für den Rest der Legislaturperiode die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung und damit der Sitze, wenn kein nachrückendes Mitglied zur Verfügung steht.

Darin liegt ein dringend zu lösender Widerspruch zwischen Satzung und Wahlordnung. Um die Selbstverwaltung nicht durch Reduzierung der Sitzanzahl zu schwächen, muss eine Nachwahl erfolgen. Somit ist die Wahlordnung entsprechend zu ändern und der Satzung rechtlich und inhaltlich anzupassen.

Abstimmungsergebnis: mehrheitlich beschlossen

Antragsteller: Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Wortlaut des Antrags: Die Vertreterversammlung möge beschließen, dass Anteile an der Gesamtvergütung, die noch zur Verfügung stehen, entsprechend den mit den Kostenträgern abgeschlossenen Honorarverträgen ausbezahlt werden.

Begründung: Durch diese Regelung besteht die Möglichkeit auch die oberhalb der individuellen Punktmengenobergrenzen abgerechneten Punktmengen zu vergüten.

Abstimmungsergebnis: einstimmig beschlossen

Antragsteller: Dr. Torsten Heydenreich, Dr. Lutz Knüpfer, Rainer Kremkow, Dr. Jens-Uwe Kühnert

Wortlaut des Antrags: Die Vertreterversammlung möge beschließen, dass der übrige Budgetanteil des Etats Kieferorthopädie der AOK Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2005 so verwendet wird, dass ein Vertragspunktwert in Höhe des Zahnersatz-Punktwerthes entsteht.

Begründung: Der Budgetanteil wird solidarisch zur Stärkung der Einheit des Berufsstandes verwendet.

Einerseits wird eine anteilige Vergütung der konservierend-chirurgischen Überschreitungsleistungen solidarisch ermöglicht, andererseits wird der mit der Bema-Umbewertung nicht angepasste (anders als im ZE-Bereich) Kfo-Punktwert intern in einem ersten Schritt anteilig in Richtung ZE-Punktwert bewegt.

Abstimmungsergebnis: mehrheitlich beschlossen

Studienkredit zum 1. April

Die KfW-Bankengruppe bietet ab April 2006 Studierenden mit dem KfW-Studienkredit eine neue Möglichkeit der Finanzierung ihrer Lebenshaltungskosten während des Studiums an. Das Angebot richtet sich an Vollzeitstudierende, die ein Erststudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule in Deutschland absolvieren.

Die Kreditzusagen erfolgen unabhängig vom Studienfach und unabhängig vom Einkommen und Vermögen der Studierenden und deren Eltern. Sicherheiten müssen nicht gestellt werden. Die Verzinsung erfolgt variabel und wird halbjährlich an die Entwicklung des Kapitalmarktes angepasst.

Beratungen zum KfW-Studienkredit unter 01801 / 24 24 25;
Internet: www.kfw.de.

Anzeige

DR. STREHL GMBH
STEUER-
BERATUNGS-
GESELLSCHAFT

Unsere Leistungen für Sie:

- Einkommensteuererklärung und Lohnsteuerjahresausgleich
- Lohnbuchhaltung
- Finanzbuchhaltung und Jahresabschluss
- Vermögensanalyse

Gern senden wir Ihnen weitere Informationen zu.

Dr. Strehl GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Feldweg 7
18107 Rostock-Elmenhorst
Tel. (03 81) 77 65 40
www.dr-strehl-gmbh.de
E-Mail: info@dr-strehl-gmbh.de

Kammerfortbildung 2005 – kritischer Rückblick

Zahnärztekammer mit Fortbildungsbilanz sehr zufrieden

Die Bemühungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern um die eigene Fortbildung waren im Jahr 2005 ganz bemerkenswert. Diese Feststellung gilt, obwohl sie sich nur auf eine Auswertung der Kammerfortbildung bezieht und nicht die vielfältigen Möglichkeiten einer fachlichen Fortbildung außerhalb der Zahnärztekammer berücksichtigen kann – hierzu fehlen die notwendigen Daten.

Im Jahre 2005 hatte die Zahnärztekammer 133 Seminare angeboten, von denen drei wegen des erheblichen Interesses kurzfristig wiederholt wurden. Insgesamt standen also 136 Seminare zur Auswahl, 29 (24,4 Prozent) mehr als im Vorjahr. Von diesen 136 Seminaren mussten 21 (15,4 Prozent) aus Mangel an Beteiligung abgesagt werden.

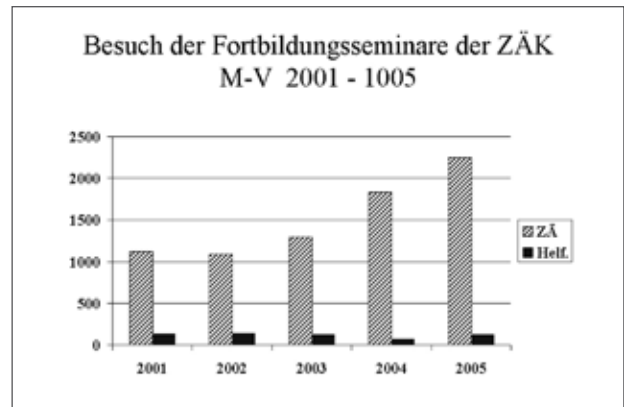
Dagegen waren 79 Seminare (58,1 Prozent) ausgebucht. Für 71 davon konnten wir nicht einmal alle Anmeldungen berücksichtigen und mussten Absagen versenden. Insgesamt registrierten wir 2366 Teilnehmer (2246 Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie 120 Helferinnen/Fachangestellte – ohne Fortbildung über das Referat ZFA/Helferinnen). Das waren 24,6 Prozent mehr als im Vorjahr, in dem wir gegenüber 2003 bereits eine Zunahme der Teilnehmerzahlen um 34,6 Prozent vermerkt hatten. Die steigenden Teilnehmerzahlen an der Kammerfortbildung verdeutlicht die Abbildung.

Im vergangenen Jahr haben 55,5 Prozent der behandelnd tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern an Fortbildungsveranstaltungen der Kammer teilgenommen, wobei der Zahnärztetag nicht berücksichtigt ist. Im statistischen Durchschnitt hätte jede Zahnärztin/jeder Zahnarzt des Landes 1,5 Kammer-Seminare besucht und dafür 6,3 Stunden reiner Fortbildungszeit aufgewendet, wenn sich alle an der Kammerfortbildung beteiligt hätten.

Die Teilnehmer an Fortbildungsseminaren wurden jeweils um eine Einschätzung des Gebotenen gebeten. Leider hat nur knapp die Hälfte diese (anonyme) Einschätzung vorgenommen. Von diesen Kolleginnen und Kollegen stuften zwischen 95 Prozent und 98 Prozent den theoretischen Gehalt und den Wert für die praktische Tätigkeit als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Mindestens 95 Prozent der Befragten würden das Seminar weiter empfehlen. Fast alle Teilnehmer schätzten also die Kammerseminare als effektiv und wertvoll ein.

Die strukturierte und zertifizierte Fortbildung konnte 2005 als eine besonders hochwertige Form der eigenen Qualifizierung mit 4 Curricula (Allgemeine ZMK, Implantologie, Parodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde) begonnen bzw. fortgeführt werden. 2005 haben in Mecklenburg-Vorpommern 17 zahnärztliche Qualitätszirkel ihre Arbeit aufgenommen. Erste Erfahrungen damit sind sehr positiv.

Das Fortbildungssiegel 2005 konnte 86 Kolleginnen und Kollegen verliehen bzw. für sie vorbereitet werden. Somit wurden bis jetzt 125 Zahnärztinnen und Zahnärzte für besondere Bemühungen um die eigene Fortbildung auf diese Weise geehrt.



Die Grafik dokumentiert einen stetigen Anstieg der Fortbildungstätigkeiten.

Diese Zahlen sprechen für sich und könnten Grund genug sein, mit dem derzeitigen Stand der Kammerfortbildung voll zufrieden zu sein. Es gibt jedoch noch Probleme, die unbedingt einer Lösung bedürfen.

So klagen manche unserer Kolleginnen und Kollegen zu Recht darüber, dass die herausragenden Seminare so rasch ausgebucht waren, dass für sie keine Chance der Teilnahme gegeben war. Unser Referat Fortbildung versucht stets, die „überfüllten“ Seminare zeitnah nochmals anzubieten. Das allerdings ist bei dem vollen Terminkalender der prominenten Referenten meist kaum möglich.

Ohnehin bemühen sich Kammervorstand, Fortbildungsausschuss und Geschäftsstelle intensiv darum, vermehrt herausragende Referenten als Glanzlichter unseres Angebots zu gewinnen, das Spektrum der Themen also quantitativ und qualitativ zu erweitern.

Auch hier stoßen wir trotz aller Bemühungen an Grenzen. Andererseits sind wir nicht erfreut über kurzfristige Absagen mancher Kollegen, so dass dann mitunter vorgesehene Seminare doch nicht stattfinden können. Nur bei ganz wenigen Seminaren war Kritik an der Organisation oder am Inhalt berechtigt und wurde entsprechend ausgewertet.

So zeigt eine rückblickende Betrachtung der Kammerfortbildung 2005 insgesamt ein sehr schönes Bild und weist die intensiven Bemühungen der Kollegenschaft um die eigene berufsbegleitende Fortbildung eindrucksvoll nach. Auch sind die Leistungen unserer beiden Hochschulen im Lande in der Fortbildung nicht hoch genug einzuschätzen. Darauf können wir gemeinsam stolz sein und sollten diese Ergebnisse auch in die politische Diskussion einbringen.

Zugleich sind wir aufgerufen, gemeinsam weiter an der ständigen Verbesserung und Steigerung der Effektivität der Kammerfortbildung zu arbeiten, die auch künftig bezahlbar bleiben muss.

Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt

Referent für Fort- und Weiterbildung im Kammervorstand

Fortbildung im Juni 2006 (1)

9./10. Juni 13 Punkte

Optimierung der vorhandenen Totalprothese

Zahnarzt E.-O. Mahnke
9. Juni 14-18 Uhr,
10. Juni 9 17.30 Uhr
IBU, Ludwigs-Luster Straße 3,
19306 Neustadt-Glewe
Seminar Nr. 51
Seminargebühr: 310 €

Terminänderung

17. Juni 6 Punkte

Medikamentöse Therapie in der Parodontologie

Prof. Dr. H. Jentsch
9 – 13 Uhr, Klinik und Polikliniken für
ZMK, Stempelstraße 13,
18057 Rostock
Seminar Nr. 44
Seminargebühr: 110 €

8 Punkte

17. Juni Kieferorthopädische Behandlung Erwachsener „Mit Spange ins Büro“

Prof. Dr. T. Gedrange, Dr. S. Schütze
9 - 17 Uhr, Hörsaal des Pathologischen
Instituts, Friedrich-Loeffler-St. 23e,
17475 Greifswald
Seminar Nr. 53
Seminargebühr: 255 €

28. Juni Forderungseinzug/Beitreibung von Honoraren (für Zahnärzte und ZAH/ZFA)

Rechtsanwalt Peter Ihle
15 - 18 Uhr, Hotel am Ring
(geänderter Veranstaltungsort)
Große Krauthöfer Straße 1,
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 55
Seminargebühr: 80 € für Zahnärzte
40 € für ZAH/ZFA

Anmeldungen für alle Seminare:

Geschäftsstelle der ZÄK M-V,
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin,
bzw. im Internet: www.zaekmv.de.

Das Referat Fortbildung ist unter
Telefon 0 385/ 5 91 08 13 und
Fax 0 385/ 5 91 08 23 erreichbar.

Solidarität und Subsidiarität

Kommunikation um Ethik im Gesundheitswesen

Passendes Ambiente für ein schwieriges Thema: In der Abgeschiedenheit der barocken Zisterzienserabtei Schöntal (Hohenlohekreis) ging es für die Länderpressereferenten von Kammern und KZVs bei der Koordinierungskonferenz Presse- und Öffentlichkeitsarbeit am 10. und 11. März um Ethik im Gesundheitswesen und deren Kommunikation.

„Zwischen Subsidiarität und Solidarität - Gesellschaftspolitische Orientierung in der Krise“, lautete das Thema bei der Konferenz.

In Vorträgen des Volkswirtschaftlers Prof. Dr. Guy Kirsch („Subsidiarität und Solidarität - Wege aus der Angst?“) und des katholischen Sozialethikers Prof. Dr. Alois Baumgartner („Schmalere Grat, oder: Wo soll die Grenze zwischen Subsidiarität und Solidarität verlaufen?“) wurden



Dr. Dietmar Oesterreich verfolgt die Tagung ausnahmsweise nicht vom Podiumsplatz.

ventionsorientierten ZMK unter den Bedingungen der GKV und PKV“) vor. In drei Workshops erarbeiteten die Pressereferenten daraus mögliche Umsetzungen in der Kommunikation, die abschließend im Plenum noch ein-



Die Länderpressereferenten tagten im schönen Baden-Württemberg. Fotos: Gerd Eisentraut

beide Begriffe aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik stellten der KZBV-Vorsitzende, Dr. Jürgen Fedderwitz („Solidarität ade, oder: Immer mehr PKV in der GKV?“), und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich („Gleichheit über alles? oder: Umsetzung einer prä-

mal diskutiert wurden.

Übrigens: Das durch Goethe berühmte Zitat des Götz von Berlichingen, der in Schöntal seine letzte Ruhestätte fand, wurde für die gesundheitspolitische Öffentlichkeitsarbeit als nur bedingt tauglich identifiziert...

BZÄK-Klartext

Weltlaserkongress in Deutschland

Vom 18. - 20. Mai 2006 findet der 10. Jahreskongress der International Society for Lasers in Dentistry (ISLD) in Berlin statt. Ausrichter und Gastgeber ist die Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde (DGL).

Renommierte Wissenschaftler aus aller Welt werden Einblicke in die moderne Laserzahnheilkunde geben.

Das englische Programm (mit Simultanübersetzung) wird von einem kompletten deutschsprachigen Programm begleitet. Für Einsteiger wird am Freitag ein separates Programm geboten.

Auskünfte unter: Telefon 0241/80 88 164, Fax: 0241/80 33 88 164
Internet: www.isld.org

Mehr Kooperation von Zahnmedizin und Zahntechnik

„Nicht zerstören was wir noch brauchen“

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ):

Die bedrängende wirtschaftliche Situation in den Zahnarztpraxen und den Dentallaboren hat nach Auffassung von Dr. Diether Reusch, Präsident der DGÄZ, vielfach zu einer unangemessenen Missstimmung zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern geführt. Während sich viele Labore beklagen, dass Zahnarztpraxen zu wenig Prothetik in Auftrag gäben oder diesen im preiswerteren Ausland fertigen ließen, machen manche Zahnärzte die Zahntechnikkosten in Deutschland mit verantwortlich dafür, dass den Patienten aufwändiger Zahnersatz zu teuer wird. „Das ist eine verständliche Haltung der Zahnärzte“, so Dr. Reusch, „denn sie sind es, die dem Patienten die Gesamtkosten nahe bringen und Hemmschwellen überwinden müssen – zudem tragen sie die Verantwortung für etwas, das sie selbst nicht geleistet haben und von dem sie auch wirtschaftlich keinen Benefit haben.“ Verständlich sei es andererseits, wenn Dentallabore um ihre Zukunft in Deutschland bangten, da die deutlich gesunkene Nachfrage kombiniert mit Vergabe von Arbeiten ins Ausland die teuren inländischen Arbeitsplätze ganz sicher bedrohten.

Eine gewisse angespannte Haltung zwischen den beiden Seiten habe es zwar schon immer gegeben, die Anspannung habe aber deutlich zugenommen. „Dabei ist ein Fingerzeig auf den anderen derzeit das letzte, was wir brauchen“, so Dr. Reusch. Beide Berufsstände verhielten sich wie konkurrierende Fußballvereine um den Spitzenplatz in der Bundesliga statt in zueinanderhalten und zu überlegen, ob diese Art der Auseinandersetzung überhaupt noch zeitgemäß sei. „In der ästhetischen Zahnheilkunde sehen wir ganz deutlich, dass es überall da gut funktioniert, wo sich Zahnärzte und Zahntechniker zusammenschließen, weil es einen gemeinsamen Kunden gibt – den Patienten.“

Wir brauchen keine Zahntechnik aus dem fernen Osten oder von Laboren aus Billiglohnländern hinter der nächsten Grenze, sondern wir brau-

chen eine große Vielfalt an Laboren an unserer Seite, um alle Qualitätsklassen an Prothetik zu bedienen, wie sie unsere Patienten von unseren beiden Berufsgruppen erwarten.“ Notwendig sei eine Erarbeitung von neuen Strukturen des Miteinanders und neuen Kooperationsformen – notwendig sei aber auch eine Diskussion über wirtschaftliche Aspekte wie die Schaffung eines Benefits für Zahnärzte, die Prothetik für ihre Patienten ordern.

„Erst wenn auch Zahnärzte für den Zahnersatz, den sie ihren Patienten anbieten, eine Art Aufschlag eingeräumt bekommen, wird ihre Motivation und ihr Mitverantwortungsgefühl vermutlich wachsen“, so Dr. Reusch, „es ist dann das, was es auch für die Patienten ist: eine Gemeinschaftsleistung.“

Mit Kopfschütteln verfolge er die Dispute innerhalb der Zahntechnik, sich mit CAD/CAM-Systemen zu inländischen Prothetikfabriken umzugestalten: „Es ist ja richtig, dass wir solche Labore brauchen, die für preiswerte Patientenwünsche entsprechende Qualität liefern – nicht minder notwendig sind aber auch spezialisierte Labore, die uns hochwertige Ästhetik liefern, mit denen die Zahnheilkunde nach wie vor ihre Patienten beeindruckt. Ich rate dringend davon ab, alles unter ‚billig billig‘ zu diskutieren: Wir brauchen preiswerte Angebote, aber wir brauchen auch hochwertige Leistung.“

Derzeit könne der Patient gar nicht wirklich nachvollziehen, warum Zahnersatz aufwändig ist, auch hinsichtlich der Kosten. Die DGÄZ wird deshalb noch in diesem Frühjahr eine neue Publikation herausgeben, die die Patientengespräche erleichtern soll.

Für Rückfragen: Dr. Diether Reusch, Präsident der DGÄZ, Telefon: 02663/91 67 31, www.dgaez.de

Titel: „Rot trifft Weiß“ – Der Weg zum perfekten ästhetischen Ergebnis

Anmerkung: dens gibt die Pressemitteilung der DGÄZ wieder und verknüpft damit die Aufforderung zum Nachdenken. Wie wird das Thema in den Praxen gesehen? Über Leserbrief und Reaktionen würden wir uns freuen. Die Redaktion

Fortbildung im Juni 2006 (2)

Bitte beachten Sie die Terminänderung

Das Seminar Nr. 34

„Behandlung der Parodontitis – Darstellung grundlegender Behandlungsprinzipien“

mit den Referenten Prof. Dr. Kocher und Dr. Fanghänel muss vom 5. April auf den 10. Mai verlegt werden.

Das Seminar findet am Mittwoch, 10. Mai von 16 – 21 Uhr im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Rotgerberstraße 8 in Greifswald statt.

Das Seminar Nr. 44

„Medikamentöse Therapie in der Parodontologie“

mit dem Referenten Prof. Dr. Jentsch muss vom 13. Mai auf den 17. Juni verlegt werden.

Das Seminar findet am Sonnabend, 17. Juni von 9 – 13 Uhr in der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Strempelstraße 13 in Rostock statt.

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).

Übernahme von Praxen

Die von Sanitätsrätin Gerline Weißenberg und Dr. med. Winfried Weißenberg seit dem 1. April 1991 geführte Zahnarztpraxis in Neubukow wird ab dem 1. April 2006 von Frau Christina Roewe weitergeführt.

Vorläufiges Programm

15. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

57. Jahrestagung

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

3. Jahrestagung

des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie

1. - 3. September 2006

Rostock-Warnemünde, Hotel Neptun

Themen:

1. Zahnärztliche Implantologie – von der Planung bis zur Nachsorge
2. Standespolitik
3. Aus der Praxis für die Praxis

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Wolfgang Sümnick,
OA Dr. Torsten Mundt,
Greifswald

Standespolitische Leitung:

Dr. Dietmar Oesterreich,
Stavenhagen

Organisatorische Leitung:

Dr. Peter Berg Schwerin,
Dr. Marion Seide Parow,
Angelika Radloff, Stavenhagen

Organisatorische Hinweise

Tagungsort:

Bernsteinsaal des Hotels „Neptun“,
Seestr. 19, 18119 Warnemünde

Anmeldung:

Zahnärztekammer M-V
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin,
Internet: www.zaekmv.de
Tel. (0385) 5 91 08-0
Fax (0385) 5 91 08-20

Der Versand der Flyer (Zahnärztetag, Helferinnentagung) mit den Anmeldekarten erfolgt zusammen

mit dem Fortbildungsprogramm der ZÄK M-V für das zweite Halbjahr im Mai.

Unterkunft:

Da die Reservierung der Unterkünfte nicht durch die Geschäftsstelle der Zahnärztekammer erfolgen kann, möchten wir Sie bitten, dies umgehend selbst vorzunehmen.

Vorschlag:

Hotel „Neptun“, Seestr. 19, 18119 Warnemünde, Tel. (0381) 77 7-0 (Bitte unter dem Stichwort „Zahnärztetag“ buchen.).

Fachausstellung:

Während der Tagung findet eine repräsentative Fachausstellung der Dentalindustrie statt.

Helferinnentagung:

Am Sonnabend, dem 2. September 2006, findet parallel im Kurhaus Warnemünde die 14. Fortbildungstagung für Zahnarzhelferinnen der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern statt.

Die Anmeldung erfolgt über das Helferinnenreferat der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Freitag, 1. September

13.00 Uhr Eröffnung der Dentalausstellung

14.00 Uhr Eröffnung der Tagung und Grußworte durch den Präsidenten der Zahnärztekammer, Dr. D. Oesterreich, die 1. Vorsitzende der wissenschaftlichen Gesellschaft für ZMK, Prof. Dr. R. Grabowski, den Präsidenten der DGZMK, Prof. Dr. G. Meyer und den Landesvorsitzenden der DGI, Priv.-Doz. Dr. M. Sonnenburg

Thema: Zahnärztliche Implantologie - von der Planung bis zur Nachsorge

14.30 Uhr Einführung in die Thematik Prof. Dr. W. Sümnick, Greifswald

14.45 Uhr Moderne Strategien zur weiteren Verbesserung der Implantatprognose Prof. Dr. Dr. W. Wagner, Mainz

15.30 Uhr Pause

16.00 Uhr Praxisorientierte Planung zur Fehlervermeidung in der Implantologie Dr. J. Röckl, Teningen

16.30 Uhr Umbau alter prothetischer Versorgungen unter implantologischen Aspekten Prof. Dr. H. Weber, Tübingen

17.00 Uhr Pause

17.30 Uhr **Standespolitik** Dr. D. Oesterreich, Stavenhagen

Samstag, 2.9.2006

9.00 Uhr Bildgebende Verfahren in der Implantologie - Konventionelles Röntgen, CT, DVT, Dr. E. Hirsch, Leipzig

9.20 Uhr Kosten-Nutzen-Analyse implantatprothetischer Konzepte Prof. Dr. A. Zöllner, Witten-Herdecke



9.50 Uhr Implantat-prothetische Versorgungen bei reduziertem Restzahnbestand - festsitzend oder herausnehmbar? OA Dr. P. Weigl, Frankfurt am Main

10.20 Uhr Pause

11.10 Uhr Implantologische Versorgung des zahnlosen Patienten Prof. Dr. M. Walter, Dresden

11.40 Uhr Magnetverankerungen in der Implantatprothetik Dr. F. Blankenstein, Berlin

12.00 Uhr Pause

12.30 Uhr **Mitgliederversammlung** der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. (mit Imbiss)

14.00 Uhr **Aus der Praxis für die Praxis** - gestaltet von der Zahnärztekammer Hamburg - Implantologische Versorgung, ein umfassendes Konzept, Dr. S. Görrissen, Hamburg, - Regenerative Therapien nach Periimplantitis, Dr. M. Suhr (Hamburg)

16.30 Uhr **Praxisseminare:**
 1. Abrechnung implantologischer Leistungen Dr. T. Barth, Leipzig
 2. Implantatplanung mit konventionellem Röntgen, CT/DVT Dr. E. Hirsch, Leipzig
 3. Vorausschauende implantat-prothetische

Planung in der Praxis Dr. F. Heinemann, Morsbach-Lichtenberg

4. Festzuschussregelung KZV-Seminar

Sonntag, 3.9.2006

9.00 Uhr Implantate in der KFO-Therapie, Prof. Dr. T. Gedrange, Greifswald

9.20 Uhr Implantologie aus der Sicht der Parodontologen Prof. Dr. T. Kocher, Greifswald

9.40 Uhr Implantologische Nachsorge und neue Strategien zur Therapie der Periimplantitis Dr. G. Bach, Freiburg/Breisgau

10.00 Uhr Beschichtung von Implantatregionen - Struktur- und Wirkstofffreisetzung J. Wolf, Rostock

10.15 Uhr Pause

10.45 Uhr Podiumsdiskussion zur Zusammenarbeit Chirurgie - Prothetik - Zahntechnik - Kieferorthopädie - Parodontologie Moderation: Prof. Dr. W. Sümnick, Greifswald

Zur Diskussion aufgefordert: Priv.-Doz. Dr. M. Sonnenburg, Güstrow

- Was erwartet der Chirurg vom Prothetiker und Zahntechniker? OA Dr. T. Mundt (Greifswald)
- Was erwartet der Prothetiker vom Chirurgen und Zahntechniker? ZTM Müller, Freiburg, Breisgau
- Was erwartet der Zahntechniker vom Chirurgen und vom Prothetiker?

12.30 Uhr **Schlussworte**

Aufbereitung von Medizinprodukten

Aufbereitung von Medizinprodukten

Das Medizinproduktegesetz (MPG) und die Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sind maßgebend für die Definition von Medizinprodukten, sowie deren Installation, Betreiben, Anwenden und Instandhalten.

Für tiefere Betrachtungen verweisen wir auf frühere Informationen und die ständig aktualisierte Checkliste der ZÄK im Internet unter www.zaekmv.de (interner Bereich).

Definition Medizinprodukte

(Richtlinie 93/42/EWG)

Medizinprodukt: Alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe oder andere Gegenstände, einschließlich der für einwandfreie Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen für folgende Zwecke bestimmt sind.

- Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten
- Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen

Damit sind die in der zahnärztlichen Praxis zur Anwendung kommenden Instrumente, Übertragungsstücke, Bohrer, Endodontiebestecke, Füllungswerkstoffe usw. eindeutig als Medizinprodukte definiert worden.

Aufgrund von umfangreichen gesetzlichen Bestimmungen, Richtlinien und Normen wie :

- Medizinproduktgesetz
- Medizinproduktbetriebsverordnung
- Infektionsschutzgesetz
- Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
- Technische Regeln für Gefahrstoffe
- Biostoffverordnung
- Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten
- DIN EN 13060

war und ist es notwendig die Aufbereitung von Medizinprodukten den geltenden Vorschriften anzupassen. Der kürzlich veröffentlichte Hygieneplan der BZÄK sowie die neue RKI Richtlinie „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde - Anforderungen an die Hygiene“ (Veröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt im April 2006) berücksichtigen in ihren Emp-



Am 15. März fand im Hörsaal der Kinderklinik in Rostock eine Kreisstellenversammlung zum Thema „Hygiene in der Zahnarztpraxis“ statt. Dipl.-Stom. Holger Donath, Vorsitzender des Ausschusses Zahnärztliche Berufsausübung, erläuterte die gesetzlichen Grundlagen, die Inhalte der neuen RKI-Richtlinie und den Umgang mit dem neuen Hygieneplan von BZÄK und DAHZ. Unterstützt wurde er von Prof. Dr. Andreas Podbielski, dem Leiter der Abteilung für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene an der Universität Rostock.

fehlungen die grundlegenden gesetzlichen Bestimmungen und sollten als Leitfaden für die Aufbereitung von Medizinprodukten in jeder Praxis gelten.

Personal/Räumlichkeiten

In Vorbereitung bei der Erstellung eines kompletten Aufbereitungsmanagements muss jeder Praxisinhaber zunächst festlegen, wer in der Praxis mit der Instandhaltung, Instandsetzung und Aufbereitung von Medizinprodukten beauftragt wird. Damit dürfen nur Mitarbeiter betraut werden, die aufgrund ihrer Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die notwendigen Sachkenntnisse verfügen. Das ist im Allgemeinen bei den ausgebildeten ZFA, Zahnärzthelferinnen und stomatologischen Schwestern der Fall. Allerdings muss die erforderliche Sachkenntnis durch Fortbildung untermauert sein. Der Abschluss einer Jahre zurückliegenden Ausbildung entspricht sicher nicht der in § 4 der MPBetreibV geforderten Sachkenntnis. Diese Fortbildung kann natürlich praxisintern erfolgen, die Zahnärztekammer wird aber in Zukunft noch verstärkt Hygiene-Themen für das gesamte Praxisteam anbieten.

Das ausgewählte Personal muss vom

Praxisinhaber auf der Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen in seinem Verantwortungsbereich eingewiesen werden. Es ist zu beachten, dass veränderte Arbeitsbedingungen, neue Verfahren sowie die Einführung neuer Medizinprodukte eine ständige Anpassung der Kenntnisse des Personals erforderlich machen.

Die Unterweisungen sind schriftlich zu dokumentieren.

Für die Aufbereitung von Medizinprodukten ist ein eigener Bereich festzulegen. Dabei eignet sich am besten ein eigener Raum, aber auch separate Bereiche im Behandlungszimmer sind zulässig.

Arbeitsanweisung und Kategorisierung von Medizinprodukten

Für die Aufbereitung der am Patienten vorgesehenen Produkte muss der Zahnarzt/die Zahnärztin in schriftlichen Arbeitsanweisungen festlegen wie und mit welchen Verfahren die jeweiligen Instrumente, Produkte und Produktgruppen den Zyklus von der Reinigung bis zur Sterilisation durchlaufen sollen. Der mit Beispielen versehene Hygieneplan der BZÄK sollte von jedem Praxisinhaber so ausgefüllt und für seine Praxis so angepasst werden, dass er als Standardarbeitsanweisung gültig ist.

Bei der Aufbereitung von Medizinprodukten sind unbedingt die Angaben des Herstellers zu beachten. Hersteller von Medizinprodukten haben die Verpflichtung, Arbeitsanweisungen für die Aufbereitung bereitzustellen. Diese müssen Sie als Betreiber abfordern und vorhalten.

Ist die Anzahl der Aufbereitungen eines Produktes festgelegt (z.B. Flex Master Feilen), muss eine Kennzeichnung des Instruments in Hinblick auf die Anzahl der durchgeführten Aufbereitungen erfolgen.

Hinsichtlich ihrer Anwendung nach werden die Medizinprodukte den Kategorien

unkritisch: Medizinprodukte, die lediglich mit intakter Haut in Berührung kommen

semikritisch: Medizinprodukte, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen

kritisch: Medizinprodukte zur Anwendung von Blut, Blutprodukten und anderen sterilen Arzneimitteln und Medizinprodukten, die die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Organen kommen, einschließlich Wunden, zugeordnet.

Da es in Bezug auf Konstruktion und Materialtechnik wesentliche Produktunterschiede gibt, müssen semikritische und kritische Medizinprodukte in Gruppen mit und ohne besondere Anforderungen an die Aufteilung unterteilt werden. Die frühere Zuordnung invasiv/nicht invasiv gilt nicht mehr.

Reinigung/Desinfektion

Grundsätzlich kann die Reinigung

und Desinfektion von Medizinprodukten sowohl maschinell also auch manuell erfolgen.

Bei unkritischen Medizinprodukten gibt es keine Unterschiede zwischen beiden Verfahren.

Handelt es sich ihrer Einstufung nach um semikritische Produkte so ist nach manueller Desinfektion fast immer eine thermische Desinfektion im Dampf des Sterilisator notwendig.

Beispiel Winkelstück

Vorgesehen für die Präparation einer Füllung

Kategorie: Semikritisch B (mit besonderen Anforderungen an die Aufbereitung, da Hohlräume vorhanden sind)

Aufbereitung

Maschinell	manuell
Im Reinigungs- und Desinfektionsgerät, einschließlich der Pflege/Ölung des Innenraumes	Außenreinigung/ Wischdesinfektion außen
	Innenreinigung, Pflege/Ölung
	Unverpackte Dampfsterilisation (Zyklus B/S)
Freigabe	Freigabe

Sterilisation und Freigabe

Kritische Medizinprodukte müssen gemäß ihrer Bestimmung nach zwingend sterilisiert und steril zur Anwendung gebracht werden. Dazu ist es notwendig, sie in Sterilgutverpackungen

in einem geeigneten Sterilisator aufzubereiten. Semikritische Instrumente und Produkte können unverpackt sterilisiert werden.

Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist erst dann beendet, wenn das dazu autorisierte Personal nach der Desinfektion bzw. Sterilisation das aufbereitete Gut zur Lagerung oder zur erneuten Anwendung freigibt.

Die Sichtkontrolle der einzelnen Verpackungen auf Beschädigung oder Restfeuchtigkeit zählt ebenso dazu, wie die Überprüfung der vollständigen und korrekten Prozessverläufe an den Desinfektions- und Sterilisationsgeräten.

Nach der Freigabe von sterilisierten Instrumenten der Kategorie „kritisch“ muss jede Verpackung mit dem Sterilisationsdatum, der Sterilgutlagerfrist, der Chargennummer sowie derjenigen Person gekennzeichnet werden, die das Sterilgut freigegeben hat.

Sterilisationsklassen/ Sterilisationsgeräte

Bleibt abschließend noch die Frage zu klären, welchen Sterilisator brauche ich in meiner Praxis. In der 2004 verabschiedeten Norm DIN EN 13060 für Klein- Dampf- Sterilisatoren wird klargestellt, dass es für diese Geräte drei verschiedene Sterilisationsklassen gibt, die aber auch gleichzeitig in einem Gerät vorhanden sein können.

Klasse N: Geräte mit diesem Verfahren sind für die Sterilisation von unverpackten, massiven Medizinprodukten geeignet.

Klasse S: Geräte mit diesem Verfahren sind für die Sterilisation von Medizinprodukten nach Angaben des Herstellers, einschließlich von unverpackten, massiven Produkten geeignet.

Klasse B: Sterilisatoren, die dieses Verfahren aufweisen, sind zur Sterilisation aller verpackten oder unverpackten Medizinprodukte sowie von Medizinprodukten mit Hohlkörpern und auch von porösen Produkten geeignet.

Ausgehend davon, dass in jeder Zahnarztpraxis parodontologische, endodontische, sowie chirurgische Behandlungen vorgenommen werden und somit Medizinprodukte zur Anwendung kommen, die der Aufbereitungskategorie kritisch A/B zugeordnet werden müssen, ist es unerlässlich diese Instrumente in Geräte mit dem Verfahren Klasse B (oder auch S – nach Herstellerangaben) zu sterilisieren.

Nun sollte jeder Praxisbetreiber für sich feststellen, mit welchem Verfahren sein Sterilisator arbeitet. Sollten Un-



Der volle Hörsaal ließ die Brisanz der Thematik erkennen.

klarheiten bestehen, empfiehlt es sich beim Hersteller nachzufragen.

Ist eine Neuanschaffung geplant, ist es am günstigsten, einen Dampf-Kleinst sterilisator der B-Klasse zu erwerben. Dieser gewährleistet vor allem auch eine sichere Sterilisation der Innenflächen von Hohlkörpern (Hand- u. Winkelstücke). Beim Kauf eines Sterilisators mit dem S-Klasse Verfahren sollte man sich unbedingt eine schriftliche Bestätigung über das Leistungsspektrum des jeweiligen Gerätes aushändigen lassen.

Da vom Gesetzgeber gefordert ist, Prozessparameter der Sterilisatoren aufzuzeichnen, ist es ratsam, beim Neuerwerb ein Gerät mit integriertem Drucker bzw. einem anschließbaren externen Drucker zu wählen. Möglich ist natürlich auch, über vorhandene Schnittstellen am Sterilisator diesen direkt an einen Computer anzuschließen oder über einen Kartensteckplatz Prozessdaten aufzuzeichnen. Für bereits vorhandene Geräte ist beim Hersteller nachzufragen, ob eine Nachrüstung möglich ist. Bei behördlichen Kontrollen in anderen Bundesländern kam diesem Element der Aufbereitung besondere Aufmerksamkeit zu.

Schlussbemerkungen

Aus der Einführung neuer Regelwerke ergeben sich für jede Zahnarztpraxis erhebliche Verpflichtungen, um das Infektionsrisiko für Patienten und Mitarbeiter so gering wie möglich zu halten. Der neue Hygieneplan der BZÄK sowie die neuen RKI Empfehlungen „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ basieren auf den geltenden Rechtsvorschriften und sollten als Leitfaden in jeder Praxis vorliegen und damit Grundlage für effizientes Hygienemanagement sein.

Spezielle Muster – Betriebsanweisungen werden derzeit vom Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) vorbereitet.

Das Thema Validierung, insbesondere was man unter der Validierung bei Kleinst sterilisatoren und Reinigungs-Desinfektions-Geräten (RDG, z.B. Thermodesinfektor) zu verstehen hat, ist derzeit weitgehend offen bzw. umstritten. Wir werden Sie darüber weiter informieren.

Lars-Peter Boger
Ausschuss Zahnärztliche
Berufsausübung und Hygiene.

Leistungsspektrum der Kieferorthopädie wählen

BDK – Stiftung Warentest prüft Kieferorthopädie

Auf der Suche nach möglichen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen steht nun auch die Kieferorthopädie im Blickpunkt: Die Stiftung Warentest sammelt derzeit Patientenerfahrungen.

„In der Kieferorthopädie wird mit zweierlei Maß gemessen, Patienten werden in unterschiedlichem Umfang versorgt und auch die Abrechnung folgt keiner Durchschnittslinie“, meint Dr. Gundi Mindermann, Vorsitzende des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK). „Es gibt, wie in fast allen Bereichen der Zahnheilkunde, auch in unserem Fach eine erfolgreiche Basisversorgung und dazu eine erfreulich große Palette an ergänzenden Verfahren von Diagnostik bis Therapieabschluss, die die meist langwierige Behandlung optimieren.“

Diese Wahlmöglichkeit der Patienten wird vom BDK ausdrücklich als große Leistung von Wissenschaft und Pra-

xis in der Kieferorthopädie begrüßt. „Als letztlich unverzichtbar, wenn auch seitens der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung ihrer Mitglieder als unnötig betrachtet, gelten aus fachlicher Sicht z.B. die funktionsanalytischen Leistungen.“

Dr. Mindermann: „Die Bedeutung eines optimal belasteten Kiefergelenkes und seiner oft verkannten Schmerzfolgen ist längst auch in das Blickfeld der psychosomatischen und der allgemeinen Zahnmedizin gerückt.“

Jede Wahlmöglichkeit an Leistungen führe, dies hätten psychologische Studien vielfach geklärt, automatisch zu Verunsicherung und je nach Intention auch zu Unterstellungen der Betroffenen – insofern habe der BDK auch Verständnis für das kritische Hinterfragen der Praxisleistungen in der Kieferorthopädie, wie es derzeit die Stiftung Warentest per Aufruf an die Patienten macht.

BDK

PC-Schulungen

Referent: Andreas Holz (KZV M-V)

Ort: KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Gebühren: 60 € für ZÄ, 30 € für Vorb.-assis. und ZAH

Punkte: 3 Fortbildungspunkte

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung. Es werden drei Fortbildungspunkte vergeben.

Textverarbeitung

Inhalt: Textverarbeitungsprogramm Word und alternative Programme,

- Texte eingeben und verändern,
- Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei,

- Tabellen einfügen und bearbeiten,
- Vorlagen erstellen, Funktion Serienbrief

Wann: 17.05.2006, 16.00 – 19.00 Uhr

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: 14.06.2006, 16.00 – 19.00 Uhr

Power Point: Präsentation selbst erstellen!

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: 19.04.2006, 16.00 – 19.00 Uhr

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V

z.H. Frau Plückhahn

Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

Fax-Nr.: 0385 / 54 92 498

E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

Ich melde mich an zum Seminar:

Power Point - Präsentation am 19. April, 16-19 Uhr in Schwerin

Textverarbeitung am 17. Mai, 16-19 Uhr in Schwerin

E-Mail - echt einfach mit Outlook Express am 14. Juni, 16-19 Uhr in Schwerin

Datum (Seminar)	Name, Vorname (Druckschrift)	Abr.-Nr.	Zahnarzt(ZA), Zahnarzthelferin (ZAH), Vorbereitungsassistent (VA)

Unterschrift/Datum

Stempel

Stellungnahme der DGI/DGZMK

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) – Stand: 7/2005

Diese Stellungnahme wurde von der DGI in Absprache mit der DGZMK verfasst und ersetzt die bisherige Stellungnahme aus dem Jahre 1998.

Allgemeines

Die enossale Implantologie ist als wissenschaftlich anerkannte Therapie integraler Bestandteil der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Implantate sind künstliche Pfeiler, die zur Verankerung von Zahnersatz, Epithesen und kieferorthopädischen Behandlungsmitteln etc. eingesetzt werden. Neben der hohen Funktionalität liegen die Vorteile dieser Therapieform in der stabilen und langfristig knochenerhaltenden Verankerung. Implantatversorgungen sind zu einem hohen Prozentsatz klinisch erfolgreich, da sie die vorgesehene Funktion langfristig ohne pathologische Befunde und ohne Schäden am Lagergewebe erfüllen können. Zusätzlich können Behandlungsmaßnahmen an Nachbarstrukturen (z. B. Nachbarzähnen) vermieden werden.

Das personelle, instrumentelle und hygienische Umfeld entspricht dem bei vergleichbaren elektiven Eingriffen. Die besonderen Kenntnisse über die implantologische Therapie sollten durch entsprechende Aus- oder Fortbildung erworben werden.

Die heutigen Implantate bestehen zumeist aus reinem bzw. legiertem Titan und weisen unterschiedlich strukturierte Oberflächen auf. Weiterhin können Titanimplantate mit Hydroxylapatitkeramiken oder anderen speziellen (Werk-)Stoffen beschichtet sein. Es werden vorzugsweise rotationsymmetrische Körper (Grundform Zylinder oder Konus) mit Schraubengewindungen zur Erzielung einer hohen Primärstabilität unter Verwendung formkongruenter Implantationsinstrumentarien klinisch eingesetzt. Extensionsimplantate (z. B. Blattimplantate und formverwandte Implantate) wurden früher bei speziellen knöchernen Situationen (z. B. schmaler Kieferkamm) häufiger verwendet – ihre Bedeutung hat stark abgenommen.

Eine reizlose knöcherne Einheilung und langfristige Funktion sind für heutige Implantate klinisch und histologisch belegt [5, 4, 2, 9, 3, 1].

Indikation

Es besteht bei ausreichend vorhandenem oder aufgebautem ortsständigen Hart- und Weichgewebeangebot eine Indikation für enossale Implantate bei Patienten:

1. die ohne Implantate funktionell nicht befriedigend versorgt werden können (z. B. extreme Kieferatrophie, angeborene, unfallbedingte und/oder nach Tumorresektion entstandene Defekte),
2. bei denen die Implantatversorgung gegenüber der konventionellen Versorgung funktionelle und/oder strukturelle (Erhalt von Zahnschubstanz) Vorteile bietet (z. B. zahnloser Kiefer, Freiersituation, Schalllücke, kieferorthopädische Behandlungsmittel),
3. bei denen auch durch alternative Behandlungsmaßnahmen vergleichbare funktionelle Ergebnisse nicht zu erzielen sind. Besondere lokale Befunde und auch subjektive Gründe können für eine Implantation sprechen.

Indikationseinschränkungen

Für die Implantologie gelten dieselben Indikationseinschränkungen wie für elektive operative Eingriffe in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Sie können allgemeinmedizinisch bedingt oder lokal auf das Implantationsgebiet begrenzt sein. Weitere Indikationseinschränkungen bestehen bei mangelnder Bereitschaft zur Mundhygiene und bei unzureichender Kooperation der Patienten.

Diagnostik und Planung

Die präimplantologische Diagnostik umfasst neben der klinischen Untersuchung die morphologische Analyse und die Beurteilung der lokalen Hart- und Weichgewebe, wobei die Planung der Implantation(en) prothetische, chirurgische und gegebenenfalls andere (kieferorthopädische, epithetische, etc.) Belange berücksichtigen muss. Planungsmodelle sind bei der Festlegung der Implantatposition(en) hilfreich und gestatten unter Berücksichtigung der räumlichen Anordnung der Ersatzkronen oder des herausnehmbaren Zahnersatzes bzw. der Epithese die Herstellung von Röntgen- und Operationsschablonen. Zur Diagnostik des Knochenangebotes durch bildgebende Verfahren ist die Panoramaschichtaufnahme mit Referenzmaßstab (z. B. 5 mm Metallkugeln in der Region der

vorgesehenen Implantation(en)) als Basisdokumentation anzusehen. Als ergänzende Maßnahmen können zusätzliche Projektionen wie z. B. enorale Zahnfilme, Fernröntgenseitenaufnahmen, Aufbissaufnahmen oder Aufnahmen der Nasennebenhöhle notwendig werden. Die Computertomographie ermöglicht vor allem in Kombination mit Planungsschablonen oder einer Planungssoftware eine dreidimensionale Beurteilung des Knochenlagers bzw. der geplanten Implantationen. Wegen der Strahlenbelastung ist die Computertomographie keine Routineuntersuchung und sollte auf besondere Indikationen beschränkt werden.

Länge und Durchmesser der Implantate

Für die langfristig erfolgreiche Verankerung von Implantaten bzw. die damit einhergehende, sehr unterschiedliche Belastung in Abhängigkeit der Gesamtverhältnisse (Art des Zahnersatzes, skelettale Besonderheiten, etc.) sind hinreichend lange Implantate erforderlich. In der Regel sind 10 bis 15 mm lange Implantate (mit entsprechender Verankerungstiefe im ortsständigen Knochen) auf Dauer ausreichend. Bei günstiger individueller Knochenmorphologie und -dichte können kurze Implantate stabil verankert werden, sie sollten jedoch als posteriore Pfeiler vermieden werden. Gegebenenfalls sind augmentative Maßnahmen zur Mehrung des Knochenangebotes indiziert, damit längere Implantate verankert werden können.

Implantate mit reduziertem Durchmesser sind einer höheren Misserfolgsrate durch mögliche Frakturen (Ermüdungsbrüche) ausgesetzt. Dies gilt insbesondere für einzelnstehende, distale Pfeiler [10, 7].

Art der prothetischen Versorgung und Anzahl der Implantate

Beim Zahnersatz ist zwischen abnehmbaren, bedingt abnehmbaren und festsitzenden Versorgungsmitteln zu unterscheiden.

Die Anzahl und die Verteilung der Implantate richten sich primär nach der Art, der Ausführung und der Ausdehnung des Zahnersatzes sowie des vorhandenen Knochenangebotes.

Im zahnlosen Unterkiefer soll herausnehmbarer Zahnersatz standardmäßig auf drei bis vier Implantaten abgestützt sein. Zwei Implantate können zur Stabilisierung einer Prothese lang-

fristig weniger effizient sein (höherer Knochenabbau möglich, häufigere Nacharbeiten an den Verankerungselementen, der Prothesenbasis und den -rändern erforderlich) [8, 6]. Für festsitzenden Zahnersatz sind mehr Implantate als bei herausnehmbarem Zahnersatz notwendig.

Im zahnlosen Oberkiefer sind wegen des weniger tragfähigen Knochens sowie wegen des vergleichsweise eher geringeren Knochenangebotes mindestens vier Implantate zur Lagestabilisierung einer herausnehmbaren Prothese notwendig. Diese sind in der Regel primär zu verblocken, um Schubbelastungen durch den Zahnersatz gleichmäßig zu verteilen. Wenn bei ausgeprägter Atrophie nur relativ kurze Implantate verankert werden können, sind bis zu sechs Implantate bei herausnehmbarem Zahnersatz indiziert. Für bedingt abnehmbaren oder festsitzenden Oberkiefer-Zahnersatz sind mindestens sechs Implantate erforderlich.

Bei Freundsituationen und großen Schatlücken werden in Abhängigkeit von deren Ausdehnung für Verbundbrücken (Verbindung von Implantaten mit eigenen Zähnen) ein oder zwei Implantate und für rein implantatgetragene Konstruktionen standardmäßig zwei oder drei Implantate verankert. Literatur auf Anfrage.

E.-J. Richter, Würzburg

Impressum

15. Jahrgang

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

Herausgeber:

Zahnärztekammer

Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Telefon (0385) 59 10 80
Telefax (0385) 5 91 08 20 / 5 91 08 23
E-Mail: sekretariat@zackmv.de
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Telefon (0385) 5 49 20
Telefax (0385) 5 49 24 98
E-Mail: webmaster@kzvmv.de
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

Redaktion:

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

www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Telefon (0385) 54 92 103

Druck:

cw Obotritendruck GmbH
Schwerin

Anzeigenberatung:

Satztechnik Meißen GmbH
Frau Sabine Sperling
Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren
Telefon (03525) 71 86 24
Telefax (03525) 71 86 10
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:

Angelika Lindenbeck, Schwerin

Gefahr und Verhalten bei Nadelstichverletzungen

Postexpositionelle Prophylaxe bei den wichtigsten Erregern

Die wichtigsten Erreger, von denen eine Gefahr durch Nadelstichverletzungen (NSV) ausgeht, sind das Hepatitis B-Virus (HBV), das Hepatitis C-Virus (HCV) und das HI-Virus (HIV). Für diese Erreger sind die Maßnahmen nach einer NSV schon seit langem erprobt:

1. HBV

Gegen HBV steht ein wirksamer Infektionsschutz zur Verfügung. Impfung ist hier die erste Wahl, der Immunitätsstatus muß aber regelmäßig kontrolliert werden. Denn häufig werden die Impfungen nicht mit der gebotenen Regelmäßigkeit durchgeführt, so dass die Immunität des Mitarbeiters nicht sicher ist. Und grundsätzlich besteht bei jeder Stichverletzung die Möglichkeit einer Hepatitis B-Infektion.

Daher muss der Stich oder Schnitt sofort einem Arzt/dem Betriebsarzt gemeldet werden. Dieser erkundigt sich umgehend sowohl nach den letzten Daten zur Hepatitis B-Immunität des Betroffenen als auch nach dem Immunitätsstatus des entsprechenden Patienten.

Am häufigsten wird der Fall eintreten, daß die Immunität des Angestellten zweifelhaft und der Status des „Spenders“ (Patienten) unbekannt ist. In diesem Fall muss möglichst schnell Blut des Angestellten und Blut des Patienten ins Labor gebracht werden. Der Schnelltest gibt Auskunft darüber, ob der „Spender“ HBsAg-positiv und ob der Empfänger Anti-HBs-positiv – d.h. immun – ist.

Ist der Patient HBsAg-positiv und daher infektiös – oder hat sich der Beschäftigte an einer unbekanntem, gebrauchten Kanüle gestochen – sollte der nicht immun Angestellte simultan aktiv-passiv mit dem Hepatitis B-Impfstoff und mit Hepatitis-B-Immunglobulin (HBIG) geimpft werden.

2. HCV

Im Falle einer HCV-Infektion befinden sich derzeit verschiedene Therapieansätze in Erprobung (siehe im Internet unter: <http://www.kompetenznetz-hepatitis.de>).

Aus juristischen Gründen – für den späteren Nachweis einer Berufskrankheit – sollte immer dann Blut abge-

nommen werden, wenn der HCV-Status des „Spenders“ nicht bekannt ist.

Nach sechs, 12 und 24 Wochen werden beim Betroffenen Anti-HCV-Tests durchgeführt. Erst nach 24 Wochen also kann man eine Infektion sicher ausschließen.

3. HIV

Schon in den 90er Jahren hat man angefangen, therapeutische Maßnahmen gegen HIV auch zur Prophylaxe nach Blutkontakt durch eine NSV zu verwenden. Dies ist zu empfehlen, wenn bestimmte Faktoren das durchschnittliche Übertragungsrisiko von 0,3 Prozent erhöhen:

- sehr tiefe Stich- oder Schnittverletzungen (etwa 16fach erhöhtes Risiko)
- sichtbare, frische Blutspuren auf dem verletzenden Instrument (etwa 5fach erhöhtes Risiko)
- Die verletzende Kanüle oder Nadel war zuvor in einer Vene oder Arterie platziert (etwa 5fach erhöhtes Risiko).
- Die Indexperson hat hohe Viruslast, z.B. bei akuter HIV-Infektion, AIDS ohne antiretrovirale Therapie (etwa 6fach erhöhtes Risiko).

(aus Ärzteblatt M-V 3/2006

PM der ipse Communication – Auszug)

Merkblatt

Ablauf und Verhalten nach einer Nadelstichverletzung

Verhalten bei Kontamination mit Blut von Hepatitis-B, Hepatitis-C und HIV-positiven Patienten

– EILE IST AUCH IM VERDACHTSFAHLL GEBOTEN –

- Blutfluss fördern, evtl. zentrifugales Auspressen des Gefäßes oberhalb der Verletzung, um möglichst alles Fremdmaterial aus der Wunde zu entfernen.
- Desinfektion der Wunde
Haut: Desinfektion mit Ethanolgehalt > 80 Vol.%,
Wunde: z.B. Betaseptic und Freka-Derm farblos,
Auge: sterile 5% PVP-Jod Lösung
- Evtl. Stichkanal spreizen, um Wirkung des Mittels in der Tiefe zu erleichtern. Tupfer mit viruzidem Antiseptikum satt benetzen; Verletzung > 10 Min. feucht halten!
- Sofortige Blutentnahme beim Verletzten und Spender zwecks Durchführung folgender Laboruntersuchungen im Analysezentrum: „*Verletzter*“: HBsAg, anti-HBs-quant, anti-HCV, anti-HIV 1+2; „*Spender*“: HBsAg, anti-HBc, anti-HGV, HIV
- Bei HBV-, HCV-Kontamination sofortige Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt!
- Bei HIV-Kontamination sofortige Kontaktaufnahme mit einer HIV-Ambulanz.
- Unfallmeldung umgehend an Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) schicken!
- Blutkontrollen beim Betriebsarzt: nach 3 bzw. 6 Monaten. Bei pos. Hep C Spender 2. / 3. Woche und nach 3 + 6 Monaten

HIV-PEP-Notfalldepots in Mecklenburg-Vorpommern			
Krankenhaus/Klinik	Verantwortlicher	Anschrift	Telefon
Städtisches Krankenhaus Wismar	Dr. med. D. Thiede	Friedrich-Wolf-Straße 19 23970 Wismar	03841/331907 (Zentrale Notaufnahme)
Klinikum Schwerin/ Helios Kliniken	Dr. med. K. Biedermann	Wismarsche Str. 393-397 19055 Schwerin	0385/520-3501, 0385/520-2634 (Amb.), 0385/520-4430 (Stat.)
Stift Bethlehem Ludwigslust	Dr. med. A. Wimmer	Bahnhofstr. 20 19288 Ludwigslust	03874/433-532
Universität Rostock	Dr. med. M. Lademann	Ernst-Heydemann-Str. 6 18057 Rostock	0381/4947515
Krankenhaus Güstrow	Dr. med. J. Thoß	Fr.-Trendelenburg-Allee 1 18273 Güstrow	03843/342500 (Notaufnahme)
SANA-Krankenhaus Bergen	J. Dittmer (Vertretung: Dipl.-Med. M. Ehlers)	Calandstr. 7-8 18528 Bergen / Rügen	03838/390 (Zentrale)
Klinikum Stralsund	Prof. Dr. med. habil. T. H. Ittel	Große Parower Str. 47-53 18435 Stralsund	03831/35-0 (Zentrale)
Universität Greifswald, Zentr. für Kinder- und Jugendmed. Klinik für Innere Medizin	PD Dr. med. habil. R. Bruns Dr. med. B. Meyer	Soldtmannstr. 15 17489 Greifswald Diagnostikzentrum, Sauerbruchstr., 17487 Greifswald	03834/866311 (St.-Pirquet) 03834/867355 (Pförner) 03834/86694
Dietrich-Bonhoeffer- Klinikum Neubrandenburg	Dr. med. G. v. Schöning	Salvador-Allende-Str. 30 17036 Neubrandenburg	0395/7752600 (Notfallambulanz)
ASKLEPIOS-Klinik Pasewalk	Dipl.-Med. T. Franzen	Prenzlauer Chaussee 30 17309 Pasewalk	03973/231342
Müritz-Klinikum Waren	PD Dr. med. habil. G. Siggelkow	Weinbergstr. 19 17192 Waren	03991/772201, 03991/771111 (Notauf.), 03991/772241(Chir.)

Die erforderliche Weiterbehandlung der Patienten erfolgt durch:

- Ambulanz für spezifische Infektionen der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin der Universität Rostock, Dr. med. Lademann, Dr. med.

Lafrenz, Dr.med. Löbermann, Herr Fritzsche,
Telefon: 0381 / 49 47 51 54

- Klinikum Schwerin, Dr. med. Biedermann,
Tel.: 0385/520-35 01/2634/44 30

- Klinik für Dermatologie der Universität Greifswald, Prof. Dr. med. Jün-ger, Telefon: 03834 / 86 67 70

(Mitteilung der Ärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern)

Anzeige

GÜSTROWER FORTBILDUNGSGESELLSCHAFT FÜR ZAHNÄRZTE

GFZ • Pfahlweg 1 • 18273 Güstrow • Tel. (0 38 43) 84 34 95 • E-Mail: per.fischer@dzn.de • Internet: www.gfza.de

„Endodontie kompakt“

**Ein praktischer Arbeitskurs, welcher in konzentrierter Form alles vermittelt,
was man in der modernen Endodontie wissen muss**

Ein Seminar für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Referent: Prof. Dr. Rudolf Beer (Essen)

am Sonnabend, dem 16. September 2006, 10.00 bis 17.00 Uhr in Güstrow

Kursgebühr: 325,00 Euro zzgl. MwSt. • Punkte ZÄK: 9

Außervertragliche Prophylaxeleistungen bei GKV-Versicherten

Sollen bei gesetzlich Krankenversicherten privatärztliche Prophylaxeleistungen erbracht werden, ist die Vereinbarung einer privaten Behandlungsvereinbarung vor Behandlungsbeginn unbedingt empfehlenswert.

Ein entsprechendes Musterformular finden Sie auf *Seite 30*. Hinsichtlich der textlichen Gestaltung einer privaten Behandlungsvereinbarung gibt es keine gesetzlichen Vorschriften, der Text kann nach den Wünschen der Praxis auch individualisiert werden. Der Zahnarzt muss im Einzelfall entscheiden, welche der nachfolgenden Leistungen für den jeweiligen Patienten in Frage kommen.

Geb.-Nr. 100 GOZ - Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehender Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

Geb.-Nr. 101 GOZ- Kontrolle des Übungserfolges, einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

Die Ziffer 100 GOZ ist nur einmal innerhalb eines Jahres berechenbar, die Ziffer 101 GOZ kann maximal dreimal innerhalb eines Jahres angesetzt werden. Die Abrechnungsbestimmung zu den Geb.-Nr. 100/101 GOZ „innerhalb eines Jahres“ definiert sich als 365 Tage und nicht als Kalenderjahr.

Die Ziffern 100 und 101 GOZ können nicht in einer Sitzung nebeneinander berechnet werden. Die 101 GOZ ist als darauffolgende „Kontrollsitzung“ nach der Ziffer 100 GOZ zu sehen.

Weitere Beratungen/Unterweisungen des Patienten zur Prophylaxe innerhalb eines Jahres können nach der Ä 1 (Beratung), Ä3 (eingehende Beratung, mindestens 10 Minuten) oder nach der 619 GOZ (beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisung zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen) berechnet werden.

Zusammen mit der 100 oder 101 GOZ kann in der gleichen Sitzung eine Beratung nach der Ä1 nur dann abge-

rechnet werden, wenn die Beratung nicht präventiven Inhalts ist, sondern aus einem anderen Anlass stattfindet. Ein entsprechender Hinweis auf der Liquidation sollte nicht vergessen werden.

Geb.-Nr. 102 GOZ – Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung

Die Ziffer 102 GOZ ist maximal dreimal innerhalb eines Jahres berechnungsfähig.

Das Fluoridierungsmedikament ist nicht mehr gesondert als Auslagenersatz berechenbar (BGH-Urteil), sondern kann nur noch im Steigerungssatz Berücksichtigung finden.

Geb.-Nr. 200 GOZ – Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn

Die erweiterte Fissurenversiegelung geht über den Leistungsinhalt der Ziffer 200 GOZ hinaus und ist nach der Geb.-Nr. 205 GOZ (einfächige Füllung) berechnungsfähig.

Die Schmelzätzung im Rahmen der Fissurenversiegelung ist Bestandteil der Nr. 200 GOZ und nicht gesondert berechenbar.

Eine Fluoridierung nach der Fissurenversiegelung ist gesondert berechnungsfähig.

Das Versiegelungsmaterial ist nicht mehr gesondert berechenbar (BGH-Urteil) und kann nur noch im Steigerungssatz Berücksichtigung finden.

Geb.-Nr. 201 GOZ – Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen, je Kiefer

Die Anwendung von Chlorhexidin-Lacken (Cervitec-Lack o.ä.) zur Behandlung überempfindlicher Zahnflächen ist nach der Ziffer 201 GOZ berechenbar.

Die Anwendung von Chlorhexidin-Lacken im Rahmen eines minimalinvasiven Therapiekonzeptes lässt eine analoge Berechnung nach § 6 Abs. 2

GOZ zu. Die Wahl der Analogposition aus der GOZ steht dem Behandler grundsätzlich frei.

Geb.-Nr. 402 GOZ – Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen, je Sitzung

Die Ziffer 402 GOZ ist so oft wie notwendig wiederholbar in folgenden Sitzungen.

Sie ist nicht orts- und zeitgleich mit den Ziffern 407 bis 414 GOZ (PA-Chirurgie), 229 bis 331 GOZ (Nachbehandlung Wunde) oder 415 GOZ (Nachbehandlung PA) zusammen möglich.

Geb.-Nr. 405 GOZ – Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, einschließlich Politur, je Zahn

Geb.-Nr. 406 GOZ – Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn

Geb.-Nr. 407 GOZ – Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn

Die supragingivale Entfernung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Politur ist nach der Ziffer 405 GOZ berechenbar.

Neuablagerungen von harten und weichen Belägen lösen erneut die Ziffer 405 GOZ aus. Eine Limitierung zur Berechnungshäufigkeit der Ziffer 405 GOZ ist in der GOZ nicht festgeschrieben.

Nach Entfernung harter und weicher Beläge (405 GOZ) kann die Kontrolle nach der Ziffer 406 GOZ für denselben Zahn nur in getrennter Sitzung berechnet werden.

Subgingivale Zahnreinigungsmaßnahmen können nach der Ziffer 407 GOZ berechnet werden. Der Leistungsinhalt der 407 GOZ beschreibt eine parodontalchirurgische Maßnahme.

Werden nur einzelne der in der Geb.-Nr. 407 GOZ beschriebenen Leistungen durchgeführt, so ist dies bei der Bemessung des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.

Die Abrechnung der Ziffer 407 GOZ erfordert in jedem Fall zahnärztliches Mitwirken, wobei einzelne Leistungsinhalte aus der 407 GOZ ohne weiteres delegierbar sind. Die 407 GOZ ist nicht ohne den persönliche Einsatz des Zahnarztes berechenbar!

Bei gleichzeitig durchgeführten supra-/und subgingivalen Zahnreinigungsmaßnahmen können die Geb.-Nr. 405 GOZ und die Geb.-Nr. 407 nebeneinander berechnet werden mit jeweils angemessenen Steigerungsfaktoren. Die Nebeneinanderberechnung der Ziffern 407 GOZ und 405 GOZ ist im Ausnahmefall möglich, kann aber fachlich nicht die Regel sein.

Airflow

Nach Auffassung des GOZ-Ausschusses der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) löst der Einsatz von Airflow keine eigenständige Gebührenposition aus, da es sich um eine methodenspezifische Art der Entfernung harter und weicher Beläge handelt.

Die Anwendung eines Pulverstrahlgerätes im Sinne einer rein kosmetischen Reinigung der Zähne (z.B. starke Raucherbeläge bei gesunden Parodontalverhältnissen) ist nur über eine freie Honorarabrede gemäß § 2 Abs. 3 GOZ abzurechnen, da es sich um eine zahnmedizinisch nicht notwendige Leistung handelt.

Kommt das Pulverstrahlgerät im Zusammenhang mit der Leistungserbringung der 405 zur Anwendung, kann der Einsatz dieses Gerätes neben der 405 GOZ nicht gesondert berechnet werden. Möglich ist jedoch ein erhöhter Steigerungssatz bei der Ziffer 405 GOZ (z.B. „Deutlich erhöhter Zeitaufwand durch zusätzlich Anwendung von Airflow“) oder eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ (z.B. 405 GOZ mit einem Faktor oberhalb 3,5).

Die Materialkosten für das Reinigungspulver können nicht mehr gesondert als Auslagenersatz berechnet werden, sondern müssen Berücksichtigung im Steigerungssatz finden.

Erfolgt der Einsatz des Pulverstrahlgerätes bei GKV-Patienten in Zusammenhang mit der Leistungserbringung der BEMA-Nr. 107, kann neben der Nr. 107 kein privates Zusatzhonorar verlangt werden, es sei denn, für die Anwendung des Pulverstrahlgerätes wurde eine Extra-Vereinbarung nach §

2 Abs. 3 GOZ (im Sinne einer kosmetischen Reinigung) abgeschlossen.

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Die Airflow-Reinigung kann natürlich auch im Rahmen der Professionellen Zahnreinigung (PZR) anfallen. In diesem Fall ist sie jedoch nur ein Leistungsbestandteil der PZR, der allgemein in die Gebührenbemessung mit einfließt. Die PZR umfasst supra- und klinisch erreichbare subgingivale und klinisch erreichbare subgingivale Zahnreinigungsmaßnahmen, die über den Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 107 (Entfernung von Zahnstein) bzw. 405 GOZ (Entfernung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Politur) hinausgehen.

Abrechnungstechnisch stehen zwei Wege zur Verfügung. Jeder Behandler kann für sich entscheiden, welche der genannten Berechnungsmöglichkeit er favorisiert.

1. Nutzung der vorhandenen Positionen aus der GOZ, ggf. mit Ausschöpfung des Gebührenrahmens (bis 3,5) und ggf. Anwendung des § 2 Abs. 1 und 2 GOZ (Steigerungssatz über 3,5).

Neben der 405, 406, 407 GOZ kommen in Frage: 402, 403, 206, 208, 210, 212, 102 GOZ.

Bei der PZR fallen bei jedem Patienten verschiedene Leistungen pro Zahn an, z.B.:

- Entfernung von Zahnstein und Belägen (405 GOZ),
- Kontrolle und Nachreinigung in einer späteren Sitzung (406 GOZ),
- Werden subgingivale Konkremente entfernt, kann die Ziffer 407 GOZ anfallen,
- Liegt eine Gingivitis vor, ist die Nr. 402 GOZ ansatzfähig,
- Für das Anfinieren der Füllungen kann die Ziffer 403 GOZ in Rechnung gestellt werden,
- Werden alte Füllungen poliert, sind die Politurpositionen 206 bis 212 GOZ berechenbar usw.

Hier muss der Behandler je nach durchgeführter Therapie entscheiden, welche der aufgeführten Leistungen er tatsächlich erbracht hat.

2. Analoge Berechnung gemäß § 6 Abs.2 GOZ

Professionelle Zahnreinigungsmaß-

nahmen können nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer auch analog gemäß § 6 Abs. 2 GOZ berechnet werden.

Der Zahnarzt kann hierbei eine nach „Art, Kosten und Zeitaufwand“ gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der Zahnärzte“ in Ansatz bringen. Der Behandler ist in der Auswahl der passenden Gebührennummer nach den o.g. Kriterien frei.

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern empfiehlt wie andere Zahnärztekammern auch die Verwendung der GOZ-Nr. 404 GOZ, je Zahn oder die GOZ-Nr. 212, je Zahn.

Werden professionelle Zahnreinigungsmaßnahmen analog § 6 Abs. 2 GOZ berechnet, kann die Ziffer 405 GOZ für denselben Zahn/Implantat nicht zusätzlich berechnet werden.

Die Anwendung einer freien Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3. GOZ (Pauschalhonorar) für die PZR empfehlen wir nicht, da derartige Vereinbarungen nur für zahnmedizinisch nicht notwendige Leistungen getroffen werden können. Jeder Teilschritt der PZR ist jedoch eine zahnmedizinisch notwendige Leistung. Durch das Entfernen von weichen und harten Belägen und der anschließenden Politur kommt es zu einer starken Keimzahlminderung und einer Verbesserung der Gingiva-Verhältnisse.

Abrechnung mikrobiologischer Testverfahren (z.B. Speicheltests)

Siehe dazu unsere ausführlichen Ausführungen in dens 2/06, Seite 23

Geb.-Nr. 76 GOÄ – Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt

Die GOÄ 76 ist nur für individuelle, nicht für fertige Diätpläne in Form von Vordrucken, z.B. Ankreuzverfahren, berechenbar.

Ernährungsberatung

Hierfür kann die Geb.-Nr. 619 GOZ (Beratung und belehrendes Gespräch mit Anweisung zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen) in Ansatz gebracht werden.

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

Vereinbarung einer Privatbehandlung

gemäß § 4 (5) Bundesmantelvertrag (BMV-Z) bzw.

§ 7 (7) Ersatzkassenvertrag (EKV-Z)

§ 4 Abs. 5 BMV-Z (Primärkassen)

§ 7 Abs. 7 KZBV-VdAK/AEV-Vertrag (Ersatzkassen)

zwischen _____

und Patient _____

Die aufgeführte Behandlung

- ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten
- geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V)
- entspricht nicht den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung
- wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt

Nachfolgende Behandlung (auf Seite 2) wurde vereinbart:

- Siehe beigefügter Heil- und Kostenplan
- Nicht in der GOZ/GOÄ enthaltene Verlangensleistungen gemäß § 2 Abs. 3 GOZ

Erklärung des Patienten

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Nach eingehender und umfassender Aufklärung wünsche ich davon unabhängig, ausdrücklich aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), privat behandelt zu werden. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung für die nachfolgend vereinbarten Leistungen durch die Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Zahnarztes

Ein Exemplar dieser Vereinbarung erhält der Patient.

Änderung der Festzuschuss-Richtlinien und Zahnersatz-Richtlinien (2)

Neue Ergebnisse der Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Ergänzend zur Veröffentlichung im „dens“ 3/2006 folgt nunmehr der zweite Teil zu den Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinien. Diese Richtlinien sind am 03. März 2006 im Bundesanzeiger Nr. 44 Seite 1408 veröffentlicht und infolge dessen ab dem 04. März 2006 gültig.

Befunde bei teilweise implantatgetragenen Versorgung

Regelungsbedürftig waren Fälle, bei denen vorhandene Implantate mit erneuerungsbedürftiger oder auch – für sich genommen – nicht erneuerungsbedürftiger Suprakonstruktion in eine umfangreichere Neuversorgung einbezogen werden sollen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu die folgende Klarstellung als Hinzufügung zu Nr. A.1 der Festzuschuss-Richtlinien beschlossen:

Neu: Bei Erneuerungen und Erweiterungen von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngetragenen Suprakonstruktionen werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen ebenfalls natürlichen Zähnen gleichgestellt.“

Festzuschuss-Richtlinien Teil A – A1

Die nach dem zahnmedizinischen Befund zugeordneten Befunde von Teil B dieser Festzuschuss-Richtlinien sind nur ansetzbar, wenn die in den Beschreibungen der nachfolgenden Befunde geregelten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind die Inhalte der Leistungsbeschreibungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen berücksichtigt worden.

Bei der Festlegung der Befunde wird Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen natürlichen Zähnen gleichgestellt, soweit der vorhandene Zahnersatz noch funktionstüchtig ist oder die Funktionstüchtigkeit, z. B. durch Erweiterung, wiederhergestellt werden kann.

A1 Ergänzung:

Bei der Erneuerung und Erweiterung von festsitzenden, nach der Versorgung teilweise zahngetragenen Suprakonstruktionen werden bereits vorhandene Suprakonstruktionen ebenfalls natürlichen Zähnen gleichgestellt.

In den folgenden Beispielen sind die Auswirkungen dargestellt:

Im Beispielfall a) sind die Zähne 36 und 46 verloren gegangen. In den angrenzenden Regionen 37 und 47 sind bereits für sich genommen intakte Suprakonstruktionen vorhanden. Eingegliedert werden soll eine teilweise implantatgetragene Brücke (= Suprakonstruktion) zum Ersatz der verloren gegangenen Zähne. Die Brücke ist dann auch „teilweise zahngetragen“, was dem Wortlaut der neuen Richtlinien-Regelung entspricht.

Die Befundsituation sollte vorzugsweise mit „sw“ für „erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion“ gekennzeichnet werden (siehe Regio 47), weil bei der Erweiterung der Suprakonstruktion zur Brücke die bestehende Suprakonstruktion ersetzt werden muss. Es ist aus Sicht der Spitzenverbände aber auch legitim, alternativ ein „i“ für „Implantat mit intakter Suprakonstruktion“ einzutragen, weil auch dies – vor der Erweiterung beurteilt – ein zutreffender Befund ist (siehe Regio 37).

Beispiel a)

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	sw	f											f	i	f
R		K	B	K									K	B	K	
TP		SK	SB	K									K	SB	SK	

Befunde für Festzuschüsse: 2x 2.1

Die beiden bereits vorhandenen Suprakonstruktionen werden nach dem neuen Text der Richtlinien natürlichen Zähnen gleichgestellt. Insofern liegt zweimal ein Befund nach Nr. 2.1 vor. Nach den Festzuschuss-Richtlinien werden die vorhandenen Suprakonstruktionen als vorhandene und nicht als „fehlende Zähne“ gewertet; letzteres hätte im vorliegenden Fall zu einer ganz anderen Befundeinstufung (Freiendsituation und Befund nach Nr. 3.1) geführt.

Im nachfolgenden Beispiel b) fehlt der Zahn 45. Zusätzlich zur Versorgung der Lücke 45 ist die Suprakonstruktion in Regio 46 erneuerungsbedürftig; das Implantat ist funktionstüchtig:

Beispiel b)

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f		sw	f												f
R			K	B	KV											
TP			SK	SB	KM											

Befunde für Festzuschüsse: 1x 2.1 und 1x 2.7

Auch dieser Fall entspricht einer Befundsituation nach Nr. 2.1 (plus 2.7). Die vorhandene Suprakonstruktion wird als vorhandener und nicht als fehlender Zahn gewertet; letzteres hätte zu einer Befundsituation nach Nr. 2.2 geführt.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss neu getroffene Regelung unter Nr. A. 1 schafft Klarheit bei der Bezuschussung und ergänzt sinnvoll die bereits bestehende Regelung in Nr. A. 1 Satz 3 der Festzuschuss-Richtlinien.

Die neue Regelung bezieht sich nur auf teilweise zahn- und teilweise implantatgetragene Suprakonstruktionen. Werden dagegen rein implantatgetragene Konstruktionen bei einer Erweiterung mit erneuert, kommt nach dem derzeitigen Stand der Richtlinien die Regelung nach Nr. A. 6 zum Tragen, nach der für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen Festzuschüsse nach Klasse 7 ansetzbar sind.

Abschließend sei angemerkt, dass bei der Befassung mit den Fragen von Erneuerung, Wiederherstellung und Erweiterung von Suprakonstruktionen nicht die Regelung nach Nr. A. 6 Satz 2 der Festzuschuss-Richtlinien zum Tragen kommt, weil sich diese Regelung auf die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen bezieht: „Bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand“.

Heidrun Göcks

Schnittstelle im Doppelpack

Angesichts einer konsequenten und stetigen Weiterentwicklung implantologischer Systeme sollte jeder implantologisch tätige Zahnarzt in regelmäßigen Abständen überprüfen, inwieweit sein bewährtes System den neuen Möglichkeiten und umgesetzten Verbesserungen noch stand hält. Ein neues Implantatsystem von alphatech® ist das erste vollständig ostdeutsche Implantat, von der Konzeption bis hin zur Produktion. Hersteller ist die FMZ GmbH in Teterow. Deren Rostocker Muttergesellschaft DOT GmbH beschichtet sie und führt danach die Reinraumverpackung durch.

Durch die neue Konzeption der Schnittstelle zwischen Implantat und Aufbau ist eine hohe Langzeitstabilität gewährleistet. Erreicht wird diese Stabilität unter anderem durch die Formkongruenz der Teile, die neben der kraftschlüssigen auch eine formschlüssige Verbindung ermöglicht. Damit bekommt die Befestigungsschraube „jediglich“ eine Haltefunktion, denn die Kraft wird in das Implantatzentrum geleitet und entlastet damit sowohl die Zentralschraube als auch den gefährdeten Zervikalbereich.

Etwas Besonderes ist auch die Oberflächenbeschichtung. Neben den mit VTSPS beschichteten Implantaten bietet das System mit der Kombination aus VTSPS und BONIT® die derzeit modernste Beschichtungstechnologie für Implantatoberflächen. Sie zeichnet sich durch eine extrem dünne und absolut gleichmäßige bioaktive CaP-Schicht aus. Sie wird in mehreren Phasen kontrolliert abgegeben, vom Körper vollständig resorbiert und zu 100 Prozent durch

körpereigenes Material ersetzt. Ein weiterer Vorteil ist die beschleunigte Osseointegration. In die Entwicklung des Implantats waren von Anfang an neben erfahrenen Implantologen und Zahntechnikern auch Spezialisten der Feinmechanik und der Oberflächentechnologie eingebunden. Die Konzentration auf das Wesentliche zeigt sich am übersichtlichen OP-Tray, das die Arbeit von Behandler und Praxisteam effektiv unterstützt. Praktisch ist die Reduzierung auf einen Universalschlüssel, mit dem von der Abdeckschraube bis zum Kugelpfosten alles eingeschraubt werden kann.

Auch die Prothetik wird bestens berücksichtigt. Der Übergang vom Abutment wird durch präfabrizierte sekundäre Elemente sicher fixiert. Für die Abformplatte – für die offene und die geschlossene Abformung – gibt es einen universellen Schraubendreher. Das Prothetik-Tray ist ebenso übersichtlich und ökonomisch gestaltet wie das OP-Tray.

Das Thema Schnittstelle bekommt in diesem Zusammenhang eine doppelte Bedeutung. Nicht nur im Implantatsystem selbst, auch im Vertrieb durch die Henry Schein Dental Depot GmbH ist es ein zentrales Element, denn das Dentalhandelsunternehmen gewährleistet die implantologische Rundumbetreuung.

Die logistischen Vorteile werden verknüpft mit der Kompetenz im Bereich Fortbildung. Zum Implantatsystem bietet das Depot Schulungen für den Zahnarzt und sein Praxisteam an.

Weitere Informationen: Henry Schein Dental Depot GmbH, Telefon 089/97899161, www.henryschein.de

Gewusst wo – www.implantat-berater.de

Auf der Website präsentiert sich ein Portal, das das Thema Implantologie auf patientengerechtem Niveau, sachlich, frei von Produktplacement und werblicher Konditionierung aufbereitet.

Arztsuchmaschinen, Sonderlisten und Adressbücher gibt es viele. Eine Registrierung in diesen macht nur Sinn, wenn Patienten auf sie aufmerksam werden und als Informationsquelle nutzen. Das World Wide Web spielt bei der Informationssuche immer häufiger eine Schlüsselrolle. Kernfrage für den Arzt als Web-Nutzer: Wie wird meine Homepage, meine Praxis gefunden? Wie werden meine Leistungen bekannt?

Neue Patienten gewinnen – Zielsetzung eines erfolgreichen Marketingkonzeptes. Genau dieses Ziel unterstützt die Plattform. Über die Arztsuche werden interessierte Patienten auf eingetragene Praxen aufmerksam. Diese werden mit Adresse, Telefonnummer sowie der eigenen Web-Adresse angezeigt. Über einen Link gelangt man auf die individuelle Praxisseite. Ein wirkungsvoller Mausklick, mit dem Patienten für das Leistungsangebot der Praxis sensibilisiert werden.

Wer sich in die Arztsuche einträgt, kann mit neuen Patienten rechnen. Denn er gewinnt die Aufmerksamkeit eines Patienten, der eine konkrete Lösung sucht und sich intensiv mit der verlinkten Seite und den Leistungen der Praxis befassen wird.

Die eigene Registrierung erfolgt online über www.implantat-berater.de/->Arztsuche/->Praxis eintragen.



Der Eintrag kostet 48,- Euro pro Jahr und ist jeweils zum Jahresende kündbar. Das Portal konzentriert sich auf eine sachliche Information. Mit verständlichen Formulierungen, Filmbeiträgen, die verschiedene Behandlungsmethoden veranschaulichen und Illustrationen, die chirurgische und prothetische Abläufe aufzeigen, werden Patienten für die Möglichkeiten der Implantologie sensibilisiert. Ein Katalog mit häufig gestellten Fragen, ein Lexikon mit verständlichen Erklärungen zahnmedizinischer Begriffe und aktuelle Berichte unter dem Navigationspunkt News ergänzen die Seite.

Weitere Informationen: Hocmodo, Telefon 0241/1824505, www.hoc-modo.de

Honorar für nicht eingehaltenen Zahnarzttermin

In dens 3/2003 wurde die Frage erörtert, ob und unter welchen Voraussetzungen der Zahnarzt von dem Patienten, der einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnimmt, ein Ausfallhonorar beanspruchen kann. Danach kommen Vergütungs- oder Schadensersatzansprüche nur dann in Betracht, wenn der Patient unentschuldigt nicht zur vereinbarten Behandlung erscheint.

Das Landgericht Berlin hatte im letzten Jahr einen Fall zu entscheiden, in dem ein Ausfallhonorar sogar schriftlich vereinbart worden war. Die klagende Ärztin verwendete ein vorgedrucktes Anmeldeformular. In dem vorgedruckten Text hieß es ausweislich: „Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten daher: Termine pünktlich einzuhalten, falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt, und zwar analog GOZ mit 75,00 DM pro halbe Stunde. Ich habe das oben Aufgeführte zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.“ Der Betrag von 75,00 DM war handschriftlich gestrichen und stattdessen der Wert von 35,00 Euro eingesetzt. Der beklagte Patient hatte das Formular unterzeichnet. Es kam, wie es kommen musste: Der Patient nahm zwei vereinbarte

Termine ohne abzusagen nicht wahr. Die Zahnärztin stellte dem Patienten für erwartete 1 ½ Stunden Behandlungszeit 105,00 Euro in Rechnung.

Das Landgericht Berlin hat in dem Berufungsverfahren die Klage der Zahnärztin auf Zahlung des Ausfallhonorars abgewiesen. Die von der Klägerin verwendete Klausel halte einer gerichtlichen Nachprüfung nicht stand. Die Formulierung „Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt und zwar mit 75,00 DM pro halbe Stunde“ stelle eine unangemessene Benachteiligung des Patienten dar. Denn nach der vorgesehenen Vereinbarung sei das Ausfallhonorar unabhängig davon zu zahlen, ob der Termin verschuldet oder unverschuldet nicht wahrgenommen wird. So sei es nicht angemessen, dass der Patient auch dann zur Zahlung verpflichtet ist, wenn er Stunden vor dem Termin verunfallt oder aus sonstigen unverschuldeten Gründen gehindert ist, den Termin wahrzunehmen. Die Vereinbarung sei daher unwirksam und könne nicht als Grundlage für den Honoraranspruch der Zahnärztin herangezogen werden.

Anmerkung: Es macht grundsätzlich Sinn, schriftlich ein Ausfallhonorar mit dem Patienten zu vereinbaren, da der Zahnarzt in diesen Fällen nicht



gezwungen ist, einen tatsächlichen Schaden oder einen Honorarausfall nachzuweisen. Zur Wirksamkeit der Honorarvereinbarung ist es jedoch erforderlich, eine Regelung aufzunehmen, die den Patienten bei unverschuldeter Versäumung des Behandlungstermins entlastet. Das Landgericht Berlin weist zutreffend darauf hin, dass die mit der Zahnärztin getroffene Vereinbarung wirksam gewesen wäre, wenn der Halbsatz: „... es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.“ in der Formularvereinbarung enthalten gewesen wäre.

Rechtsanwalt Peter Ihle
 Fachanwalt für Arbeitsrecht
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Justiziar der Zahnärztekammer M-V

Gravierende Änderungen ab 2006 bei der privaten PKW-Nutzung

Die Bundesregierung plant, die Besteuerung der privaten Pkw-Nutzung zu ändern. Wenn die Pläne wie bisher bekannt umgesetzt werden, ergeben sich für Ärzte folgende Möglichkeiten der steuerlichen Behandlung des Pkws:

- Wird der Pkw zu mehr als 50 Prozent betrieblich genutzt, gehört er wie bisher zwingend zum Praxisvermögen. Der private Nutzungsanteil wird weiter nach der 1 Prozent-Methode besteuert, das heißt 1 Prozent des auf volle 100 Euro abgerundeten inländischen Bruttolistenpreises einschließlich der Kosten für Sonderausstattungen gelten pro Monat als Wert der privaten Nutzung,

wenn nicht ein niedrigerer Privatanteil durch ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch nachgewiesen wird.

- Wird der Pkw zu weniger als 10 Prozent betrieblich genutzt, gehört er wie bisher zwingend zum Privatvermögen.
- Wird der Pkw zu mehr als 10 Prozent und maximal bis zu 50 Prozent betrieblich genutzt, kann er entweder dem Praxisvermögen oder dem Privatvermögen zugeordnet werden. Soll der Pkw in diesem Fall dem Praxisvermögen zugeordnet werden, muss das durch die Aufnahme in das Anlageverzeichnis der Praxis dokumentiert werden. In diesem Fall ist,

und das ist neu, die private Pkw-Nutzung nun mit dem sogenannten Entnahmewert zu besteuern.

- Wird der Pkw dem Privatvermögen zugeordnet, können praxisbezogene Fahrten mit den anteiligen tatsächlichen Kosten einschließlich AfA oder pauschal mit 30 Cent pro gefahrenem Kilometer abgesetzt werden.

Die praxisbezogenen Fahrten sollten mit genau den gleichen Angaben, wie sie ein Fahrtenbuch enthalten muss, dokumentiert werden, damit eine genaue Zuordnung erfolgen und gegenüber dem Finanzamt durchgesetzt werden kann.

Private Pkw-Nutzung

Wie wird der praxisbezogene Nutzungsanteil nachgewiesen?

Der Nachweis des praxisbezogenen Nutzungsanteiles kann entweder durch ein ordnungsgemäß geführtes Fahrtenbuch erfolgen, oder – nach der Gesetzesbegründung – durch andere Unterlagen glaubhaft gemacht werden. Welche das sind, lässt sich dem Gesetzesentwurf allerdings nicht entnehmen.

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Führung eines Fahrtenbuches besteht daher nicht! Inwieweit ein Fahrtenbuch zum Nachweis des praxisbezogenen Nutzungsanteils für Sie sinnvoll sein kann, sollten Sie mit Ihrem Steuerberater besprechen.

Ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch muss folgende Angaben enthalten: das Datum der Fahrt, den Kilometerstand zu Beginn der Fahrt, den Grund für

die Fahrt (Patientenname oder Patientennummer sind hier erforderlich, allein die Angabe „Patientenbesuch“ reicht nicht aus), den Kilometerstand am Ende der Fahrt.

Teilweise wird auch von den Finanzgerichten verlangt, dass Werkstatttermine und Tankstellenbesuche mit den jeweiligen Kilometerständen eingetragen werden.

Welche Fahrten sind praxisbezogen?

Alle Fahrten zu Patienten, Kollegen, Laboren, Weiterbildungen, zum Steuerberater, zur Bank, zur KV und andere berufsbezogene Reisen sind praxisbezogen. Gleiches gilt für die Fahrten von der Wohnung zur Praxis; bei diesen ist nur die Höhe der steuerlichen Berücksichtigung beschränkt. Sie sind aber bei der Ermittlung des praxisbezogenen Anteils der Nutzung des Pkws mit einzubeziehen.

Auch Fahrten von der Wohnung zum Hausbesuch und von dort zur Praxis sind betriebliche Fahrten. Nicht durch Rechtsprechung entschieden ist soweit ersichtlich nur, ob für diese Fahrten die gleiche Abzugsbeschränkung der Höhe nach greift, wie für Fahrten zwischen Wohnung und Praxis.

Der Patientenbesuch wird der Beschränkung wohl nicht unterliegen, das gleiche gilt nach unserer Auffassung auch für die Fahrt vom Hausbesuch zur Praxis. Von einer Fahrt zwischen Wohnung und Praxis kann in diesem Fall wohl nicht gesprochen werden.

Bisher ist der Abzug von Kosten für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte auf 30 Cent pro Entfernungskilometer begrenzt, aber ab dem ersten Kilometer möglich. Ab 2007 sollen Fahrten zwischen Wohnung und Praxis erst ab dem 21. Kilometer absetzbar sein.

Advitax

Checkliste:

- Höhe des Nutzungsanteils: Ermittlung durch Fahrtenbuch (empfohlen) oder andere geeignete Unterlagen (Gesetzesbegründung).
- Praxisbezogene Nutzung über 50 Prozent:
- wenn ja, Ansatz der privaten Pkw-Nutzung nach der 1 Prozent Regel oder
- Nachweis der tatsächlichen anteiligen Kosten einschließlich AfA durch das Fahrtenbuch

Tipp: Bei einem schon abgeschriebenen Pkw oder hohem betrieblichen

Nutzungsanteil führt der Nachweis durch ein Fahrtenbuch häufig zu einer geringeren Steuerlast.

Praxisbezogene Nutzung über 10 und maximal bis 50 Prozent:

- Wahlrecht, ob der Pkw im Privatvermögen oder im Praxisvermögen gehalten werden soll.
- Ist der Pkw im Praxisvermögen, erfolgt stets der Ansatz der privaten Nutzung mit den auf die private Nutzung entfallenden Kosten einschließlich der AfA (Entnahmewert).
- Ist der Pkw im Privatvermögen,

können die praxisbezogenen Fahrten mit den tatsächlich angefallenen anteiligen Kosten einschließlich AfA oder pauschal mit 30 Cent pro gefahrenem Kilometer angesetzt werden.

Praxisbezogene Nutzung bis 10 Prozent:

- zwingende Zuordnung des Pkws zum Privatvermögen
- Ansatz der praxisbezogenen Fahrten mit den tatsächlich angefallenen anteiligen Kosten einschließlich der AfA oder pauschal mit 30 Cent pro gefahrenem Kilometer.

Geschäftsstelle des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses für Wirtschaftlichkeitsprüfung

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist aus der Abteilung VIII Wirtschaftlichkeitsprüfung/Gutachterwesen der KZV M-V die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V in Verbindung mit der Wirtschaftlichkeitsprüfverordnung ausgegliedert und in eine Geschäftsstelle umgewandelt worden.

Der Geschäftsstelle für Wirtschaftlichkeitsprüfung steht sowohl ein Briefkasten als auch ein Postfach zur Verfügung. Die KZV M-V steht mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung in keinem direkten Zusammenhang.

Post, die von der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses für Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragszahnärztlichen Versorgung in M-V angefordert wird und andere für die Geschäftsstelle bestimmte Mitteilungen sowie Informationen sollten deshalb nicht mehr an die KZV M-V sondern an die:

Hausanschrift:

Geschäftsstelle des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

oder das

Postfach:

Geschäftsstelle des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in Mecklenburg-Vorpommern, Postfach 11 09 45, 19009 Schwerin

gesandt werden.

Für Rückfragen steht Ihnen die Geschäftsstelle unter den Telefonnummern 0385/54 92 132 und 0385 / 54 92 195 gern zur Verfügung.

Risikofaktoren in der Implantologie

Klinische Diagnostik, Entscheidungsfindung und Therapie



Franck Renouard, Bo Rangert, Zweite Auflage, völlig neu bearbeitet und erweitert, 224 Seiten, 495 Abbildungen Quintessenz Verlag in Berlin, 118,00 Euro, ISBN 3-87652-704-X

Nach dem großen Erfolg der Erstauflage, die in zehn Sprachen übersetzt wurde, haben die Autoren Franck Renouard und Bo Rangert ihre Therapiekonzepte anhand der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und technischen Verbesserungen in der Implantologie überarbeitet.

Sie stellen sie in diesem Buch vor, das die Themen der Erstauflage wieder aufnimmt, um sie auf dem neuesten Stand zu präsentieren.

Basierend auf ihrer langjährigen klinischen und wissenschaftlichen Erfah-

rung schlagen die Autoren wirksame und auf lange Sicht zuverlässige therapeutische Optionen vor. Dabei zieht sich die Tendenz zur Vereinfachung der implantologischen Behandlung wie ein roter Faden durch das Buch. Um die Dauer der Behandlung zu reduzieren, wird die Alternative, kurze Implantate zu verwenden, vorgeschlagen.

Zudem werden die Protokolle einer Sofortbehandlung ausführlich behandelt. Dieser neue Therapieansatz wird in der Praxis mehr und mehr zum Standardvorgehen, das nicht mehr nur für sehr günstige Ausnahmefälle reserviert ist. Verschiedene fortgeschrittene chirurgische Techniken werden ebenfalls vorgestellt.

Dieses Werk ist unverzichtbar, um die gesamte implantat-prothetische Therapie zu analysieren, zu verstehen und schließlich zu realisieren.

Verlagsangaben



Carsten Czerny, Loseblattwerk, 1 Band DIN A4, 62 folienkaschierte Einzelbroschüren, mit ca. 222 farbigen Abbildungen und 62 Abrechnungsbeispielen, 40 folienkaschierte Einzelseiten,

178,00 Euro, inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten, regelmäßige Ergänzungslieferungen, ISBN 3-934211-97-63-87652-704-X

Seit Januar 2005 gilt in der Zahnmedizin das neue befundbezogene Festzuschuss-System. Der Patient hat mehr Wahlfreiheit bei seiner prothetischen Versorgung.

Der neu entwickelte Bildatlas „Festzuschüsse Prothetik“ unterstützt den Zahnarzt bei der Patientenberatung, indem er dem Patienten einen Überblick über seinen Befund, alle möglichen Versorgungsformen und die Höhe der entstehenden Kosten vermittelt.

Das Aufklärungswerk ist nach Regelversorgung, gleichartiger und andersartiger Versorgung geordnet. Da-

bei ist jeder prothetische Fall auf einer herausnehmbaren folienkaschierten Einzelbroschüre aufgeführt und mit hochwertigen Farbfotos und leicht verständlichen Modellrechnungen versehen.

Die Zusammensetzung der Kosten für die jeweiligen prothetischen Arbeiten, die Höhe des Festzuschusses und der daraus resultierende Eigenanteil des Patienten sind auf einen Blick erkennbar.

Die Bildtafeln ermöglichen dem Patienten den direkten Vergleich zwischen mehreren Lösungen und sind somit eine Entscheidungshilfe bei der Therapiewahl.

Zu beziehen ist das Werk bei:
Spitta Verlag GmbH & Co. KG
Ammonitenstraße 1
72336 Balingen

Tel.: 07433 952-0
Fax: 07433 952-321
Internet: www.spitta.de

Verlagsangaben

Beanspruchung bei Behandlung von Kindern

Dokumentation aus zwei Zahnarztpraxen

Ergonomische Fragestellungen zum Arbeitssystem des niedergelassenen Zahnarztes gehören traditionell zum Kernbestand der Forschungsaktivitäten am IDZ, wobei in der Vergangenheit vor allem den Besonderheiten und den Ausmaßen zahnärztlicher Beanspruchungsmuster bei der Erbringung zahnmedizinischer Dienstleistungen in zwei großen empirischen Studien 1990 (BAZ-I) und 2002 (BAZ-II) nachgegangen worden war.

Die Arbeit von Mittermeier und Werth mit dem Titel knüpft an die in den BAZ-Studien entwickelten methodischen Erfassungsinstrumente an und dokumentiert für die Besonderheiten der zahnärztlichen Kinderbehandlung die empirisch messbaren Beanspruchungsparameter zum Zeitaufwand und zu den geistigen und körperlichen Belastungen. Bei insgesamt 259 Kinderbehandlungen wurden insgesamt 654 zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen für vier Wochen prospektiv dokumentiert und nach ausgewählten soziodemographischen Merkmalen (Altersstufen, Geschlecht, Art des Schulbesuchs, Elternbegleitung, Patientencompliance) analysiert.

Insgesamt zeigt sich anhand des Ergebnismaterials einerseits die große Streuung der zeitlichen Umfänge bei der Abarbeitung der dokumentierten Behandlungsmaßnahmen und andererseits die sehr deutlichen Unterschiede in der geistigen und körperlichen Beanspruchung in Abhängigkeit von Patientenalter oder auch der Patientencompliance.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Pilotstudie auf dem Gebiet der arbeitswissenschaftlichen Aspekte von zahnärztlichen Kinderbehandlungen. Alle Daten basieren auf dem Beobachtungsfundament von zwei Zahnarztpraxen.

Die Autoren dieser Arbeit sind:
Dr. med. dent. Dirk Mittermeier und
Dr. med. dent. Detlef Werth, Zahnärzte in eigener Praxis aus Bremen bzw. Bremerhaven.

IDZ

Wir gratulieren

Im April und Mai vollenden

das 80. Lebensjahr

Dr. Gisela Tamm (Wismar)
am 30. April,

das 75. Lebensjahr

SR Dr. Gerhard Sonnenburg
(Lichtenhagen-Dorf)
am 27. April,

das 70. Lebensjahr

Dr. Claus Gammert (Lübesse)
am 16. April,

das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Rosel Jendrny
(Breege/Rügen) am 14. April,
Dr. Volker Gonsiorek (Barth)
am 15. April,
Dr. Jasna Gottlieb (Ludwigslust)
am 21. April,
Dr. Lothar Skaisgirski (Dargun)
am 3. Mai,

das 50. Lebensjahr

Zahnarzt Torsten Schütt
(Stralsund) am 9. April,
Dr. Sigrid Biffar (Neuenkirchen)
am 10. April,
Zahnärztin Karena Schrubbe
(Parchim) am 20. April,
Dr. Günter Hinzmann
(Boizenburg) am 21. April und
Zahnärztin Marlies Gottelt
(Rostock) am 23. April.

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

Anzeigen

**Junge Zahnärztin sucht Praxis zur Übernahme im Bereich NVP, Stralsund, OVP oder Greifswald.
Telefon 0175/4917732**

**Engagierte, fortgebildete u. gewissenhafte ZÄ (28) sucht Stelle als Entlastungsassistentin o. ä. Zusammenarbeit.
Telefon 0381/5108375**

Beilagenhinweis

*Dieser Ausgabe liegt eine Beilage des Praxisversand Thienel bei.
Wir bitten um freundliche Beachtung.*

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an
**Sabine Sperling
Satztechnik Meißen GmbH
01665 Nieschütz
Am Sand 1c**

**Junge, freundliche, motivierte ZFA sucht Stelle als Stuhlassistenz im Raum Rostock, Stralsund oder NVP.
Chiffre 0536**

Zahnärztl. Gemeinschaftspraxis in Westmecklenburg (CEREC 3D, Implantologie, Prophylaxe; in Neustadt-Glewe bei Ludwigslust, direkt an der A 24, 30 km südlich von Schwerin) sucht ab sofort eine(n) Vorbereitungsassistentin(en). Chiffre 0539

**Patientenorientierte Praxis für Zahnheilkunde, fortbildungs- und qualitätsbezogen, bietet Vorbereitungsassistenten/-in Stelle 25 km südöstlich von Rostock.
Chiffre 0540**

Zahnarztpraxis, 2 BHZ, Labor, auch getrennt betreibbar, in OVP (20 km bis Ostsee, 15 km bis Autobahn) in 2006, abzugeben. Erwerb d. Praxisimmobilie (2.500 m²) u. d. Wohnimmobilie (1.100 m²) m. Einfamilienhaus (5 Zi., 190 m²) möglich. Chiffre 0542

Zahnarzhelferin (33 Jahre), 13 Jahre Berufserfahrung in Verwaltung, Stuhlassistenz + selbstständigem Arbeiten (u. a. Prophylaxe) sucht Arbeit in den Landkreisen DM, GÜ + WRN. Chiffre 0537

Kleinanzeigen in dens

für Personal, Ankauf und Verkauf, Angebote, Finanzen, Immobilien, Familiennachrichten, Erholung und vieles mehr

Diesen Anzeigen-Coupon bitten wir vollständig und gut lesbar auszufüllen und an folgende Adresse zu schicken: Satztechnik Meissen, Sabine Sperling, Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren OT Nieschütz, Telefon: 03525 - 718624, Telefax: 03525 - 718610, Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

Der Anzeigenschluss für Ihre Kleinanzeige ist jeweils am 15. des Vormonats.

Kleinanzeigen - Coupon

Bitte veröffentlichen Sie folgenden Text:

Mit Chiffre:
(bitte ankreuzen!)

Ja

dens – Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Preis: pro Grundzeile Grundschrift (normal)
pro Zeile Auszeichnung (fett)
Chiffregebühr 10,- €

52,33 mm 8,- €
 52,33 mm 13,- €

Für zahnärztliche Helferinnen wird die Hälfte
des Preises berechnet. (nur bei Stellengesuchen)

Name _____
Strasse _____
Telefon _____
Unterschrift _____

Vorname _____
PLZ/Ort _____
Datum _____

Anzeige

stoma-win
dental practice management

die zahnarztsoftware für ihre praxis
mit kompetenter betreuung vor ort

computerkonkret
dental software

18311 ribnitz-damgarten
körkwitzer weg 58
fon 03821 4157
nordsoft_gmbh@t-online.de

nordsoft gmbh
fon 03821 4157
nordsoft_gmbh@t-online.de

08223 falckenstein • theodor-körner-str. 6
fon 03745 7824 33 • info@computer-konkret.de • www.computer-konkret.de



einzigere Werkstoff genügt, um Ihren Patienten hochfeste Gerüste für Vollkeramik-Restaurationen zu bieten.

Cercon® – Zirkonoxid von DeguDent:

- Seine Festigkeit mit Sicherheitsreserven macht es überlegen.
- Seine Natürlichkeit gewährleistet eine optimale Verträglichkeit.
- Seine natürliche Ästhetik genügt höchsten Ansprüchen.
- Seine Oberfläche unterstützt die Gingiva-Regeneration.
- 6 Jahre Patienten-Garantie.*

* Gemäß den derzeit gültigen Garantie-Bedingungen.

Wo Sie Cercon®-Services erhalten, erfahren Sie unter
www.cercon-smart-ceramics.de.
Oder über unsere Hotline: 0180 23 24 555.

(12 Cent/Anruf nach Tarif der Deutschen Telekom)

DeguDent
A Dentsply International Company