



# dens

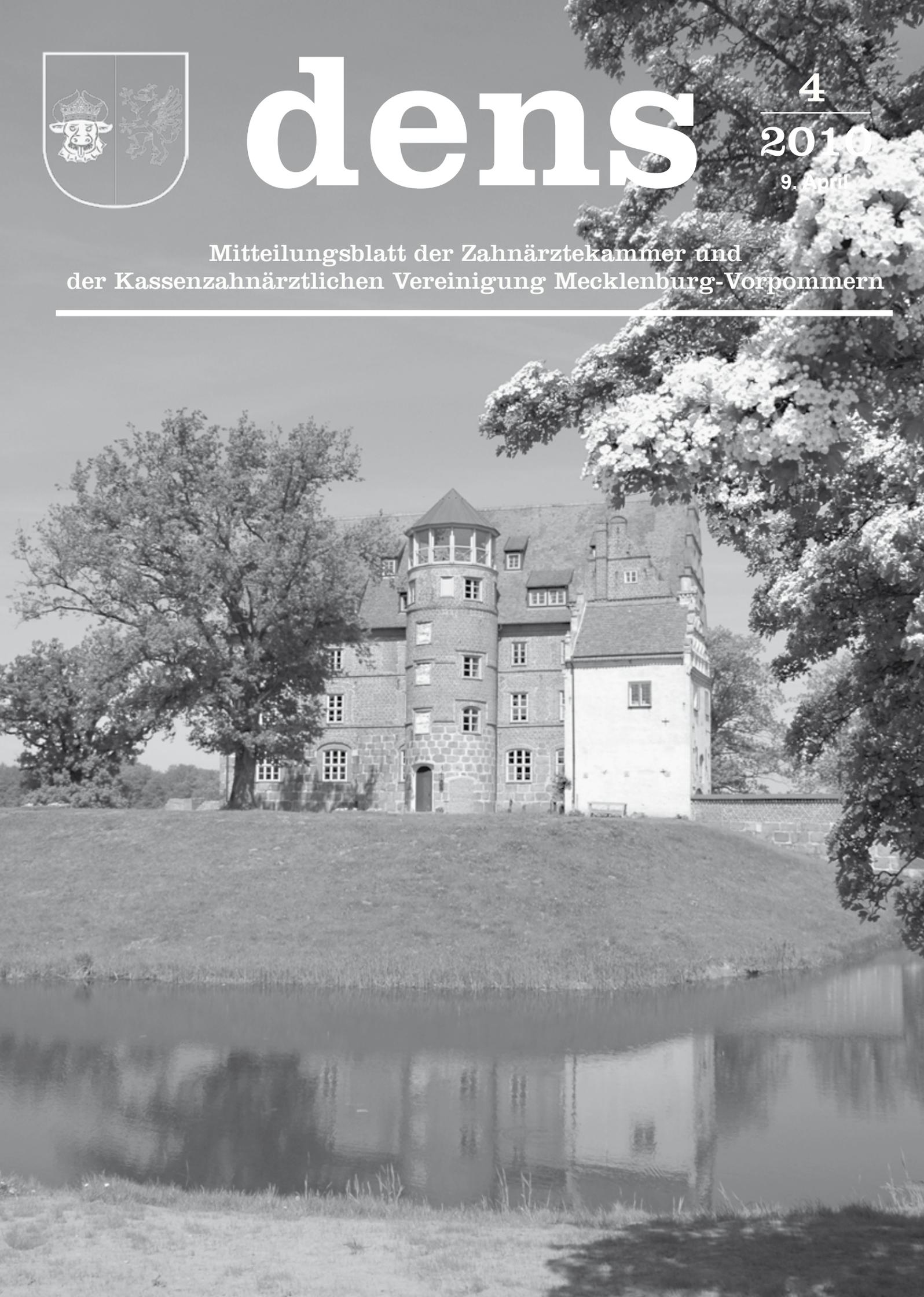
4

2010

9. April

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

---





# **Fußball stellt Zahnärzteball ins Abseits**

**Offensichtlich hat König Fußball  
doch mehr Fans und Macht,  
als die Organisatoren des  
diesjährigen Zahnärzteballs geahnt  
und vermutet haben.**

**Das mögliche Deutschland-Spiel  
am 26. Juni fesselt die potenziellen  
Ballgäste an die heimischen  
Fernsehempfänger.**

**Aber da der Wunsch auf diese  
Veranstaltung sehr groß ist,  
lässt die KZV den Ball auf keinen  
Fall ausfallen und wird ihn  
in den goldenen Herbst verlegen.**

**Der genaue Termin wird rechtzeitig  
bekanntgegeben. Die Gäste, die bereits  
im Hotel gebucht haben, bitten wir, die  
Zimmer schnellstmöglich in der  
Yachthafenresidenz zu stornieren.**

# Selbstverwaltung und Selbstverständnis

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachdem ich nunmehr an mehreren Informationsveranstaltungen zum Qualitätsmanagement der zahnärztlichen Körperschaften Mecklenburg-Vorpommerns teilgenommen habe, will ich mich auf diesem Wege bei Ihnen sehr herzlich für Ihr Interesse und Engagement bedanken. Insgesamt verzeichnen wir 1544 Teilnehmer und erreichen damit über 800 Praxen in unserem Bundesland. Auch wenn die Entscheidung des Gesetzgebers zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und der darauf basierende Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagementrichtlinie für uns als Zahnärzte wiederum ein „Mehr“ an Belastung bringt, so ist offensichtlich das Vertrauen, dass die Selbstverwaltung eine sach- und praxisorientierte Umsetzungshilfe anbietet, sehr hoch. Mit der Ihnen zur Verfügung stehenden Qualitätsmanagement-CD wurde konsequent ein eigener zahnärztlicher Ansatz verfolgt. Zielsetzung war, fremdgesteuerte und externe Auflagen zu vermeiden. Beeindruckend war für mich, mit welchem Interesse und Selbstverständnis die Zuhörerschaft die Veranstaltungen verfolgte. Zweifelsohne floss in die vorgestellte Systematik jahrelang entwickeltes know-how und Wissen insbesondere aus dem Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung der Zahnärztekammer ein. Also eine Arbeit, die von Kollegen für Kollegen entwickelt wurde und exemplarisch zeigt, dass Selbstverwaltung und die selbstbestimmte Auseinandersetzung mit Trends im Gesundheitswesen nicht nur Sinn macht, sondern im Interesse unserer Praxis auch ihre Früchte trägt.



*Dr. Dietmar Oesterreich*

Selbstverwaltung ist keinesfalls selbstverständlich, aus meiner Sicht aber ein unverzichtbares hohes Gut. Stelle man sich vor, all die Aufgaben müsse der Staat selbst erfüllen und gleichzeitig dafür sorgen, dass diese auch in jeder Praxis ihre entsprechende Umsetzung finden. Ohne zahnärztliches Wissen und die Kenntnis des Versorgungsalltages wäre dies aus meiner Sicht undenkbar und würde unser derzeitiges Gesundheitssystem nicht kalkulierbaren Gefahren aussetzen. Selbstverwaltung ist somit eine wesentliche Grundlage für die hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung unserer Patienten. Sie ist die bindende Klammer als Interessenvertretung des Berufsstandes bei Berücksichtigung der Gemeinwohlbelange in unserer Gesellschaft.

Diese Aufgabe fordert aber auch uns selbst, in den Gremien und in eigener Beteiligung in unseren Orga-

nisationen. Transparenz der Entscheidungen, Demut im Umgang mit der Verantwortung und ein tiefes demokratisches Verständnis sind wesentliche Grundlagen dafür. Zweifelsohne ist die Einflussnahme im Sinne unseres Berufsstandes im Geflecht unterschiedlichster politischer Interessen nicht immer einfach. Deswegen besitzen die Gespräche und ständigen Kontakte mit den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern eine hohe Bedeutung. Das Erkennen von Möglichkeiten und von Grenzen sowie eine konsequente Argumentation auf fachwissenschaftlicher Grundlage gepaart mit einem professionspolitischen Grundverständnis sind unsere wichtigsten Handlungsgrundlagen. Bestes Beispiel hierfür sind die Erfolge durch die Aktivitäten des Berufsstandes in der zahnmedizinischen Prävention. Auch im Qualitätsmanagement ist mir nach den jüngsten Erfahrungen nicht bange um uns. Wichtig ist aber vor allem, dass sich ein jeder von uns in die politische Arbeit einbringt, seine Praxis verlässt und sich für den gesamten Berufsstand einsetzt. Vor dem Hintergrund der viel beschriebenen Feminisierung unseres Berufsstandes, aber auch der demografischen Entwicklung ist es aus meiner Sicht notwendig, dass sich diese Prozesse auch in unserer Selbstverwaltung niederschlagen. Ich hoffe auf diesem Wege sehr, dass alle bemerken, wie wichtig Selbstverwaltung ist und sich möglichst viele von uns auch dafür engagieren. Dies gerade in einem Jahr, in dem wiederum Wahlen für unsere Körperschaften anstehen. Trotz aller Vorwürfe so mancher Gesundheitspolitiker müssen und sollten wir zeigen, dass Selbstverwaltung für uns ein Selbstverständnis ist.

**Dr. Dietmar Oesterreich**

## Zahnärzteschaft bei Gründung von NAMSE

Die Komplexität Seltener Erkrankungen macht häufig interdisziplinäre Ansätze für Behandlung und Forschung notwendig. Daher wurden BZÄK und KZBV vom BMG gebeten an der Auftaktveranstaltung zur Gründung eines „Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenern Erkrankungen“ teilzunehmen. Als gemeinsamen Vertreter der Zahnärzteschaft haben BZÄK und KZBV den Präsi-

denten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Thomas Hoffmann, benannt. Laut Presstext des BMG ist das Ziel dieses nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenern Erkrankungen namens „NAMSE“ Brücken zwischen Patienten, Gesundheitsversorgung und Forschung zu bauen und gemeinsam zu einer Verbesserung der gesund-

heitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen beizutragen. Die gemeinsame Erklärung und Vereinbarung zur Gründung des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenern Erkrankungen wurde gestern von allen 22 Bündnispartnern, darunter auch die Bundeszahnärztekammer, unterzeichnet:

**BZÄK Klartext 04/10**

# 18. Fortbildungstagung für ZAH und ZFA

## 4. September im Kurhaus Warnemünde / Flyer-Versand erfolgt im Mai

### Tagungsleitung:

Zahnarzt Mario Schreen und  
Annette Krause

9.00 Uhr	Begrüßung und Eröffnung Dr. Dietmar Oesterreich Präsident der Zahnärztekammer M-V, Stavenhagen	10.00 Uhr	Parodontalbehandlung und Kieferorthopädie Dr. Christian Graetz, Uni Kiel	12.15 Uhr	Diskussion und Schlusswort
9.20 Uhr	Einführung zum Programm ZA Mario Schreen, Referent im Vorstand der ZÄK M-V, Schwerin	10.30 Uhr	Diskussion und Pause	<b>Seminare im Hotel Neptun:</b>	
9.30 Uhr	Das kieferorthopädische Risikokind Prof. Franka Stahl de Castrillon Uni Rostock	11.00 Uhr	Prävention von Demineralisationen bei festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen Dr. Sebastian Zingler, Uni Heidelberg	14.00 Uhr	Seminar 1: Möglichkeiten und Grenzen im parodontalgeschädigten Gebiss Dr. Christian Graetz, Uni Kiel
		11.30 Uhr	KFO-Basiswissen für die tägliche Arbeit in der Zahnarztpraxis Dipl.-Stom. Holger Donath, Teterow	14.00 Uhr	Seminar 2: Ausstrahlung und Präsenz – Der sichere Hafen für zufriedene Patienten Alberto Ojeda, Berlin
				14.00 Uhr	Seminar 3: Zahnhartsubstanzdefekte – Entstehung und Prävention von Karies, Erosionen sowie Attritionen DH Susanne Graack, Hamburg

## Fortbildungsangebote im Mai und Juni 2010

### 5. Mai

5 Punkte

Aktuelle rechtliche Aspekte zahnärztlicher Tätigkeit

Prof. Dr. Dr. J. Klammt,  
Rechtsanwalt P. Ihle

15 – 19 Uhr

Mercure Hotel

Am Gorzberg

17489 Greifswald

Seminar Nr. 28

Seminargebühr: 140 €

### 7./8. Mai

11 Punkte

Prothetische Planung und Therapieablauf im parodontal geschädigten Gebiss

Prof. Dr. T. Kocher, Prof. Dr. R. Biffar  
7. Mai 14 – 19 Uhr

8. Mai 9 – 13 Uhr

Zentrum für ZMK

W.-Rathenau-Straße 42a

17489 Greifswald

Seminar Nr. 29

Seminargebühr: 290 €

### 1. Mai

9 Punkte

Die klinische Funktionsanalyse – eine Schnittstelle zur erfolgreichen Behandlung von CMD-Patienten (Demonstrations- und Arbeitskurs)

Prof. Dr. P. Ottl

9 – 17 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK  
„Hans Moral“

Stempelstraße 13

18057 Rostock

Seminar Nr. 30

Seminargebühr: 250 €

### 29. Mai

5 Punkte

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

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

Klinik und Polikliniken für ZMK  
„Hans Moral“

Stempelstraße 13

18057 Rostock

Seminar Nr. 31

Seminargebühr: 150 €

### 4./5. Juni

16 Punkte

Hypnosecurriculum (Z1-Z6)  
Z3 Trance und NLP1 – Erlernen von maßgeschneiderten und individuellen Tranceinduktionen

Dr. W. Kuwatsch

4. Juni 14 – 20 Uhr

5. Juni 9 – 18 Uhr

Mercure Hotel

Am Gorzberg

17489 Greifswald

Seminar Nr. 4

Seminargebühr: 385 €

### 4./5. Juni

13 Punkte

Hands-on-Parodontalchirurgie – Teil 1: Weichgewebe

Prof. Dr. H. Lang, Dr. M. Branschofsky

4. Juni 15 – 18 Uhr

5. Juni 9 – 16 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK  
„Hans Moral“

Stempelstraße 13

18057 Rostock

Seminar Nr. 32

Seminargebühr: 465 €

### 11. Juni

Fit für den Empfang – Das Training für Mitarbeiter mit Kundenkontakt

Sabine Neuwirth

14 – 20 Uhr

Radisson Blu Hotel

Treptower Straße 1

17033 Neubrandenburg

Seminar Nr. 45

Seminargebühr: 160 €

### 25./26. Juni

16 Punkte

Hypnosecurriculum (Z1-Z6)

Z4 Anwendung der zahnärztlichen Hypnose 1

Umgang mit Angst und Schmerz – schnelle direkte Induktionsformen zur Analgesie

Dr. H. Freigang

25. Juni 14 – 20 Uhr

26. Juni 9 – 18 Uhr

Mercure Hotel

Am Gorzberg

17489 Greifswald

Seminar Nr. 5

Seminargebühr: 385 €

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

### Bitte beachten Sie:

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

# dens

19. Jahrgang

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

## Herausgeber:

### ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

### Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

## Redaktion:

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

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

## Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

## Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

## Redaktionshinweise:

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

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

## Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

## Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

## Bezugsbedingungen:

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

**Titelbild:** Anne-Katrin Koths,  
Schloss Ulrichshusen

# Aus dem Inhalt:

## M-V / Deutschland

Zahnärzteschaft bei Gründung von NAMSE	1
Diabetes-Messe	9
Reisen werden teurer	10
Beratungen zur GOZ	10
Finanzentwicklung der GKV	10
Regierungskommission hat Arbeit aufgenommen	12
Neuer Gesundheitsausschuss	14
Glückwünsche	32

## Zahnärztekammer

Fortbildung im Mai und Juni	2
ZahnRat-Klausur in Frankfurt	9
LAJ-Wechsel im Vorstand	11-12
Kollegen als ehrenamtliche Richter gesucht	13
QM-CD wird gut angenommen	14
Aufgaben des Beratungs- und Schlichtungsausschusses	15-16
Curriculäre Fortbildung im Land	17
Erstes Curriculum Endodontie beendet	17
Zahnärztetag 2010	2, 18-19
GOÄ 2 als alleinige Leistung der Zahnarthelferin	20

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Zahnärzteball verschoben in den Herbst	Umschlag
Vertreterversammlung tagte in Rostock	4-6
Öffentlichkeitsarbeit – Selektivverträge auf dem Prüfstand	7-9
Service der KZV	13
Bedarfsplan	30-31
BEMA-konforme Abrechnung von Stiftpositionen	22-23
Fortbildungsangebote	24

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

## Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Frühdagnostik von Parodontitis und Periimplantitis	16
Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon berufen	21
Vorratsdatenspeicherung nicht verfassungsgemäß	25
Der chronische Schmerzpatient in der Praxis	26-29

Impressum	3
-----------	---

# Je besser die Diagnose, desto besser die Therapie

## Vertreterversammlung stellte sich politischer Diskussion

*Einmal im Jahr nimmt sich die Vertreterversammlung die Zeit, miteinander ins Gespräch zu kommen und ohne Druck zu diskutieren, was den Praxen unter den Nägeln brennt. Bereits einen Tag vor der eigentlichen Vertreterversammlung begibt sie sich dazu in Klausur und lagert eine Informationsveranstaltung vor, um politische Zusammenhänge zu besprechen oder betriebswirtschaftliche Fragen zu erörtern.*

Am 19. und 20. März fand zum sechsten Mal diese zweitägige Versammlung in Rostock statt, zu der neben den Mitgliedern der Vertreterversammlung, dem Vorstand und dem Justiziar der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auch externe Referenten eingeladen wurden - zum einen Professor Dr. Fritz Beske, Gründer des gleichnamigen Instituts für Gesundheitsforschung in Kiel, zum anderen Rechtsanwalt Dietrich Monstadt, neu gewähltes Mitglied des Deutschen Bundestags und als Vertreter Mecklenburg-Vorpommerns Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestags.

So unterschiedlich die Aufgaben beider von den Ansätzen her sind, so unterschiedlich waren auch ihre Vorgaben und Auffassungen von Gesundheitspolitik. Dr. Fritz Beske, vom Vorstandsvorsitzenden Wolfgang Abeln als Kenner der Szene, insbesondere im zahnmedizinischen Bereich, eingeladen und angekündigt, machte uns mit bisher nicht veröffentlichten Analysen zur Zukunft des deutschen Gesund-

heitswesens vertraut.

Er hielt einen beachtenswerten Vortrag, im Alter von 88 Jahren frei und ohne unterstützende Hilfsmittel, in deren Mittelpunkt die Frage stand: Wie kann Geld im System gespart oder sinnvoller eingesetzt werden?

Als ausgebildeter Arzt wusste Beske, bevor die Therapie Erfolg haben kann, muss es eine exakte Diagnose geben, in der politischen Betrachtung eine genaue Analyse. Als wissenschaftlicher Beobachter des Systems „habe ich es noch nie erlebt, dass die Auswirkungen eines Reformgesetzes auf das Gesundheitssystem evaluiert worden sind“, verwies Beske. Genau das sei aber notwendig, wenn allein die Entwicklung der Bevölkerungszahlen berücksichtigt wird. „In den nächsten 40 Jahren schrumpft die Einwohnerzahl Deutschlands von derzeit 82 auf 69 Millionen Menschen. Aufgrund eines weiteren Geburtenrückganges wird trotzdem ein Sterbeüberschuss erwartet“, analysierte er. Die arbeitende Altersgruppe des Landes schmilzt von 50 auf 35 Millionen. Während heute auf einen alten Menschen, drei junge und damit arbeitende und in Sozialversicherungssysteme einzahlende Menschen kommen, wird es im Jahr 2050 nur noch einer sein, erläuterte Beske eindringlich und prognostiziert: „Diese Rechnung kann unter der aufgezeigten Prognose niemals aufgehen“.

Neben dem Problem der alternden Bevölkerung gibt es gesundheitsmedizinische Aspekte, die das gesamte Gesundheitssystem belasten. Menschen leben zwar länger, werden somit auch

später krank, aber die Multimorbidität nimmt dann aber auch sehr viel stärker zu. Der Pflegebereich muss aufgestockt werden, um die dann steigenden Pflegefälle versorgen zu können.

Während ein Zehnjähriger die gesetzliche Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt 900 Euro kostet, sind es bereits 1200 Euro bei einem Vierzigjährigen. Ein Neunzigjähriger schlägt im Schnitt mit 5000 Euro zu Buche. Zusätzlich wird im Bundes- wie auch im Bundesgesundheitshaushalt eisern gespart werden müssen.

Aussagen von Seiten Karl Lauterbachs oder auch von Markus Söder, nach denen in Deutschland bei sinnvollem Einsatz von Mitteln, Milliarden gespart werden können, erteilte Beske eine Absage. „Einsparpotenziale kommen immer der jeweiligen Institutionen zugute, aber niemals dem System“, verwies er.

Den Arzneimittelbereich, der auch von der Politik derzeit anvisiert wird, nahm er ausdrücklich aus.

„Auch die von Ärzten und Zahnärzten ins Feld geführte Prävention, die notwendig und gut ist, wird kein Geld einsparen“, erläuterte Beske. Prävention ist wichtig, in allen Bereichen. Sie ist aber auch teuer und kostet regelmäßig Geld. Dass sie am Ende Gelder einspart, ist illusorisch. Sie kommt allein den Betroffenen mit einer höheren Lebensqualität und das bis ins hohe Alter zu Gute.

Beske sieht nur einen Weg, dass System auch langfristig finanzierbar zu halten, und der führt über die Priorisierung von Leistungen. Eine auße-



Referierten an beiden Tagen: Professor Dr. Fritz Beske, Rechtsanwalt Dietrich Monstadt, VV-Vorsitzender Dr. Peter Schletter, Vorstandsvorsitzender Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln und Stellvertreter Dr. Manfred Krohn (v.l.n.r.).

wöhnlich schwierige Aufgabe und insbesondere eine medizinische Aufgabe. „Es kommt sehr bald die Zeit, wo das in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehende Geld den Leistungsbedarf bestimmt“, prognostizierte er.

Deutschland hat die geringsten Zuzahlungen im Gesundheitssystem weltweit. Gleichzeitig hat es den umfangreichsten Leistungskatalog. „Wir müssen der Bevölkerung sagen, so geht es nicht weiter“, forderte Beske vehement. Obwohl er zum Ende seines Vortrags einräumte, eine sehr persönliche Sicht skizziert zu haben, mahnte er die Politik, die wissenschaftlich erarbeiteten Fakten nicht zu ignorieren und diese unangenehmen Wahrheiten den Wählern nicht zu verschweigen oder die Situation zu schönen.

Eine Steilvorlage, die Rechtsanwalt Dietrich Monstadt rechtzeitig angereist von der Verabschiedung des Haushalts im Berliner Bundestag, aufgriff. Politisch setzte sich seine Partei, die CDU, dafür ein, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten und zwar ohne die Kopfpauschale des Koalitionspartners FDP. Allerdings wollte er sich nicht festlegen, ob auf Dauer daran festgehalten werden kann. „Was in 10 bis 15 Jahren ist, weiß man nicht“, sagte er knapp und verlegte sich auf ein anderes Thema. Als Bundestagsmitglied aus Mecklenburg-Vorpommern will er sich daran messen lassen, sich im 20. Jahr der deutschen Einheit persönlich für die Anhebung der Vergütungen der Zahnärzte in den neuen Bundesländern einzusetzen. „Das ist mehr als überfällig, auch eine Anpassung der GOZ ist



Das Präsidium während der Informationsveranstaltung: Hans Salow, Dr. Peter Schletter, Wolfgang Abeln, Prof. Fritz Beske und Dietrich Monstadt.

wichtig“, sagte Monstadt.

In der anschließenden Diskussion fragte Wolfgang Abeln beide Referenten, ob bei Überlegungen der Ausdünnung des GKV-Leistungskatalogs damit zu rechnen sei, dass die ZE-Versorgung zur Disposition stehen könnte. Während Monstadt dieser Frage auswich mit der Begründung, „dies sei ein zu heißes Eisen“, wollte Beske eine ZE-Ausgliederung nicht in toto sehen. Vielmehr muss die Politik vorerst anerkennen, dass es ein Problem bei der Finanzierung des GKV-Leistungskatalogs gibt, dass sich im Verlauf der kommenden Jahre verschärfen wird. „Es muss definiert werden, was ist bezahlbar und was ist nicht finanzierbar“, schloss Beske.

Monstadt räumte ein, dass es viel Zeit braucht, um die Thematik des

Gesundheitswesens zu verstehen. „Noch mehr Zeit braucht man, um die Protagonisten zu verstehen und zu durchschauen.“ Wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihm beim Verständnis gesundheitssystematischer Zusammenhänge helfen kann, wird sie das gern tun. Ein Ansprechpartner im Gesundheitsausschuss mit regionaler Nähe zu Bundeskanzlerin Angela Merkel ist wichtig.

Auf der Informationsveranstaltung und auf der sich anschließenden Vertreterversammlung wurde von den Vertretern eine Besprechungsunterlage des Sozialministeriums zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nach § 274 SGB V diskutiert. Der Vorstand der KZV wird gemeinsam mit dem Haushalts- und Finanzausschuss die Inhalte analysieren, Antworten geben und diese mit dem Sozialministerium erörtern. Über endgültige Ergebnisse wird eine der nächsten Ausgaben des dens berichten.

In gewohnter Manier begrüßte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Peter Schletter, die Mitglieder zum zweiten und damit offiziellen Tag, dem als Gäste Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, und Falk Schröder, Filialleiter der Schweriner ApoBank, beiwohnten. Er eröffnete sie mit den Worten „Wo können wir das verteidigen, was auch in der Gesellschaft akzeptiert wird?“ und stellte damit auf die ureigensten Therapieansätze eines jeden Zahnarztes und damit Freiberuflers ab. Neben aller Politik und be-



Die VV-Mitglieder stimmen verschiedenen Satzungsänderungen zu.

Fotos: Kerstin Abeln

triebswirtschaftlichen Widrigkeiten hat der Zahnarzt in Zusammenarbeit mit seinen Patienten die Therapiehoheit, die es gilt zu nutzen. „Nur das Bessere ist der Feind des Guten, aber das Gute muss immer was dafür tun, dass es auch gut bleibt“, führte Schletter aus. Zwar habe die Politik das Recht, das Gesundheitswesen zu reformieren. „Das ist ihre originäre Aufgabe“, verwies er. Dennoch müssen Medizin und Zahnmedizin Vorschläge unterbreiten, die in politischen Entscheidungen Berücksichtigung finden. Als Vorsitzender des Landesverbandes der Freien Berufe in Mecklenburg-Vorpommern hielt er ein Plädoyer für die Wahrung persönlicher Integrität und die Übernahme von Berufspflichten. Und, „wir müssen betonen, dass wir uns besser selbst verwalten können, als der Staat das kann“, sagte Schletter.

Eine Aufgabe, die mit wechselnden politischen Vorgaben, kaum einfacher wird, weiß auch Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln. Der Wahlsieg der schwarz-gelben Koalition ist bereits Vergangenheit. „Derzeit muss man sich fragen, warum passiert nichts?“, meinte Abeln. Die Antwort ist politisch. „Es wird abgewartet, ob nach der Nordrhein-Westfalen-Landtagswahl weiterhin mit einer Mehrheit im Bundesrat zu rechnen ist“, sagte Abeln. Bis dahin bleibt Zeit, innerhalb der Zahnärzteschaft feste Positionen zu finden. Beispiel Selektivverträge. Eine einheitliche Meinung für alle KZV-Bereiche war nicht leicht zu formulieren. Zu unterschiedlich sind die Auffassungen in den Ländern. „In einem Workshop der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung konnte man sich jetzt auf eine einheitliche Ansicht einigen, die dann auch vom Beirat der KZBV in der Sitzung am 10. März konsentiert wurde“, erklärte Abeln. Danach sehen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erhebliche Risiken in möglichen Verträgen nach § 73c SGB V. Sie lehnen Selektivverträge ab, die das Kollektivvertragssystem substituieren, und fordern den Gesetzgeber auf, eine gesetzliche Regelung zu schaffen, wonach § 73c nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt.

„Der neue Bundesgesundheitsminister will die „Kontrollitis“ abschaffen und die Kostenerstattung ausbauen“, sagte Abeln. „Die Politik hat bei ihren Sparplänen nicht nur den Pharmabereich im Blick, sondern auch die Ärztehonore“, machte er klar. „Spätestens zum Ende des Jahres wird ein neues

Gesetz kommen.“ Die Zeit bis dahin will der Vorstand nutzen, um zahnmedizinische Forderungen und Aspekte besser zu platzieren. Politische Gespräche der KZV Mecklenburg-Vorpommern dienen in erster Linie dem Ziel, Bundestagsabgeordnete für zahnmedizinische Themen zu sensibilisieren, insbesondere für die längst überfällige Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Honorare in den neuen Bundesländern.

Insoweit treffen hier die gemeinsame Vorstellung des Bundestagsabgeordneten Monstadt und des Vorstands zusammen. Auch stellt sich die Frage für den Vorstand, ob nicht bei Vorlage des ersten Entwurfs einer Gesundheitsreform erneut ein gemeinsames Gespräch mit den Bundestagsabgeordneten Mecklenburg-Vorpommerns parteiübergreifend, wie schon am 14. September 2006 praktiziert, vorbereitet und durchgeführt werden sollte. Wobei hier auf der Grundlage regelmäßiger Gespräche zwischen den Berufsorganisationen im Land wie aber auch unter den Ost-KZVs und allen KZVs ein Ansatz zur Beschreibung der Vorstellungen im Hinblick auf die vertragszahnärztliche Versorgung vorgenommen werden könnte.

Wolfgang Abeln zeigte die Honorarentwicklung anhand der einzelnen Krankenkassenarten auf und erläuterte, dass es für den Vorstand zunehmend schwieriger wird, ein positives Ergebnis für alle Praxen des Landes auf dem Verhandlungsweg zu erzielen – insbesondere im Bereich der Ersatzkassen. Im IKK-, BKK- und AOK-Bereich sieht er den KZV-Bereich Mecklenburg-Vorpommern hingegen auf einem guten Weg. Vor allem die Punktwerte für Kieferorthopädie liegen der Verhandlungskommission der KZV M-V am Herzen.

Damit kam er teilweise einer Forderung der anwesenden Kieferorthopäden innerhalb der Vertreterversammlung nach, die mit den Schwierigkeiten eines fehlenden Berufsverbandes im Nordosten zu kämpfen haben. Diese verwiesen auf die Diskrepanz zwischen den Punktwerten für kieferorthopädische und konservierend/chirurgische Leistungen.

„Zwar gibt es erneute Verzögerungen bei der Prüfvereinbarung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung“, referierte der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands, Dr. Manfred Krohn, „doch das Prüfgeschäft läuft und das Unerledigte betrifft im Prinzip nur unlieb-

same Hausaufgaben“. Zudem sind die aktuellen Verzögerungen eher ein Indiz für Verständigungsprobleme der Krankenkassen untereinander. Zusätzlich stehen zahnärztliche Themen den ärztlichen in der Wichtigkeit der Krankenkassen nach.

Bei Gesprächen zur Prüfvereinbarung ist es gelungen, auf die Einbeziehung von Datenlieferungen nach § 13 Datenträgeraustausch an die Prüfstelle zu verzichten. In diesem Fall gilt der bundesweit geltende DTA-Vertrag, der die Datenlieferung an die Krankenkasse vorschreibt.

Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung sind die Vertragspartner nach § 106a ebenfalls gehalten, gemeinsam und einheitlich den Inhalt und die Durchführung der Prüfung zu vereinbaren. „Hier ist aus meiner Sicht davon auszugehen, dass wir sehr viel schneller zu einem Verhandlungsergebnis gelangen werden“, sagte Krohn und bezeichnete es rückblickend als klug, dass die Vertreterversammlung bereits im Frühjahr 2005 einen Beschluss gefasst hat, eine Plausibilitätsprüfung und damit vor allem relevante Aufgreifkriterien im KZV-Bereich Mecklenburg-Vorpommern zu entwickeln. Damit ist es gelungen, einen konzeptionellen Vorlauf gegenüber den Krankenkassen zu erarbeiten.

Mittlerweile haben jedoch einzelne Krankenkassen eigene Aufgreifkriterien entwickelt und bringen diese konsequent zur Anwendung. Dies zeigt sich im KZV-Alltag in einer Häufung von Anträgen auf sachlich/rechnerische Berichtigung. „Im Rahmen der Verhandlungen zur Prüfvereinbarung und zur Plausibilitätsprüfung ist es aber gelungen, die Effektivität der KZV-Prüfungen und hier vor allem die Einbindung von zahnärztlichem Sachverstand darzustellen“, erklärte Dr. Krohn.

Im Hinblick auf die landesweit stattfindenden Einführungsveranstaltungen zum zahnärztlichen Praxismanagementsystem war es für die Kassenzahnärztliche Vereinigung wichtig, die Trennung zwischen den gesetzlichen Anforderungen und den Vorteilen eines offensiv praktizierten Qualitätsmanagements darzustellen, führte Krohn aus. Auf den gut besuchten Veranstaltungen wird aus Sicht der KZV der laut Gesetz festgelegte Prüfungsumfang skizziert. „Es ist unser Bestreben, zumindest in dieser Hinsicht, etwas den Druck zu nehmen“, verwies er.

KZV

# Wer hat Angst vorm schwarzen Mann?

## Selektivverträge in der zahnmedizinischen Versorgung – Segen oder Fluch?

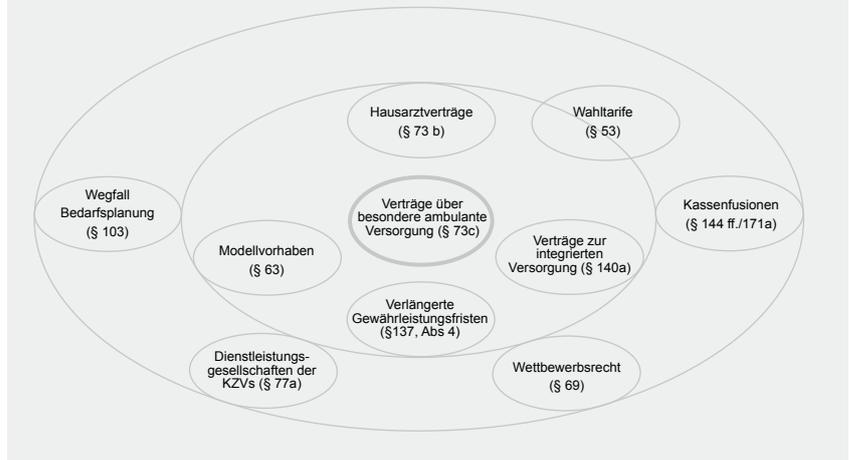
Das Feld der Selektivverträge, der integrierten Versorgung, von und mit Dienstleistungsgesellschaften und/oder Wahltarifen ist schwer zu durchschauen. Die Begrifflichkeiten wechseln so schnell wie die gesetzlichen Krankenkassen fusionieren. Was bleibt, ist ein Bereich, in dem niemand mehr so recht den Durchblick hat.

So hieß der Titel der jüngsten Koordinierungskonferenz für Presse- und Öffentlichkeitsarbeiter in Frankfurt denn auch folgerichtig „Wer hat Angst vorm schwarzen Mann?“. Diese Frage sagt viel über die Thematik aus. Die Vertragssystematik von ergänzenden oder selektierenden Verträgen ist schwierig, die Auswirkungen sind nicht klar und die Positionierung der Körperschaften so unterschiedlich, dass man kaum auf einen Nenner kommen kann.

KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz formulierte es zu Beginn seines Vortrags dann so: „Wir wissen alle, was wir nicht wollen und das mit ganzem Herzen“. Was er damit meinte, war schnell klar und tatsächlich waren sich die Anwesenden darin einig: Die Zersplitterung des Berufsstandes muss unbedingt verhindert werden. Die Zahnärzteschaft soll eine geschlossene und damit verhandlungsstarke und kongruente Berufsgruppe bleiben.

Mit den Selektivverträgen kommt es zur Neuausrichtung der Vertragslandschaft, denn kein Vertrag gleicht dem anderen. Man unterscheidet der-

### (Vertrags)Wettbewerb – Status Quo



zeit zwischen Verträgen nach § 73b und 73c, § 137 und Verträgen zur integrierten Versorgung, so genannten Add-on-Verträgen oder wie es in Bayern heißt: kollektiven Ergänzungsverträgen (siehe Abbildung). Bei allen Vertragskonstrukten bleibt eins klar: Wenn nicht genug für alle da ist, werden die Portionen kleiner. Das nennt sich Rationierung. Unter diesen Voraussetzungen suchen die Krankenkassen nach neuen Konzepten, die die Versorgungsqualität verbessern, in erster Linie aber Geld sparen und mehr Versicherte bringen sollen.

In Frankfurt hatte die organisatorisch zuständige Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) für reichlich Zündstoff gesorgt. Mit Jochen Gabriel, Gruppenleiter für zahnärztliche Leistungen bei der

Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), und Dr. Werner Baumgärtner, Arzt für Allgemeinmedizin und Vorsitzender von MEDI Deutschland, ein Zusammenschluss von Ärztenetzen als Parallelorganisation zur Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Nordwürttemberg, hatte sie gleich zwei Verfechter von Selektivverträgen auf dem Podium platziert. Zunächst referierte jedoch aus den Reihen der Zahnärzteschaft Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der KZBV. Er erläuterte gemeinsam mit Dr. Wolfgang Eßer, stellvertretender Vorsitzender der KZBV, die unterschiedlichen Vertragsformen und machte die Auswirkungen für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, aber auch für die an Selektivverträgen teilnehmenden Zahnärzte klar. „Das Thema wird uns



Gute Miene für die Fotografen. Tatsächlich gingen die Meinungen von Dr. Jürgen Fedderwitz, Jochen Gabriel von der DAK und Dr. Wolfgang Eßer weit auseinander.



„Kassen zahlen klaglos in selektive Verträge“, sagte Dr. Werner Baumgärtner (2.v.r.), hier neben Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Peter Engel und Dr. Jürgen Fedderwitz.

weiter beschäftigen“, prognostizierte Fedderwitz „denn die Politik wird den Wettbewerb weiter ausbauen“. Dabei ist der Begriff Vertragswettbewerb als Mogelpackung zu sehen. Es kann keinen Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung geben, wenn die Rahmenbedingungen dies nicht zulassen. Budgetierung und Behandlungsausschlüsse stehen dem entgegen.

„Es wird eine Herausforderung für den Berufsstand sein, die anstehenden Probleme zu lösen“, sagte auch Eßer und bat die Anwesenden, konstruktiv darüber zu debattieren. Bislang hat man sich in der Zahnärzteschaft nicht auf einheitliche Antworten zu Selektivverträgen einigen können, obwohl Krankenkassen bereits seit drei Jahren Verträge über die besondere ambulante Versorgung gesetzlich Versicherter schließen können. Von Seiten der KZBV existiert ein Stufenplan, den es gilt, politisch umzusetzen. Neben der Anhebung der Vergütung in den neuen Bundesländern wird die Abschaffung sowohl der Budgetierung, als auch der strikten Grundlohnsammenanbindung gefordert sowie die Installation weiterer Festzuschussysteme auf der Grundlage regionaler Punktwerte.

„Sollte das nicht durchsetzbar sein, wird es schwer, mit der Politik zu reden“, verwies Fedderwitz.

Jochen Gabriel kam sich inmitten zahnärztlicher Funktionäre und Journalisten offensichtlich wie der schwarze Mann vor. Er hielt einen engagierten Vortrag, in dem gleich klar wurde, dass eine Krankenkasse grundsätzlich andere Denksätze bei der Versorgung ihrer Versicherten hat, als es Ärzte und Zahnärzte haben. Während diese und deren Selbstverwaltungen von Patienten reden, heißen sie bei Gabriel Kunden. Die „Kunden“ der DAK sind zufrieden mit der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung und fühlen sich angemessen behandelt. Etwa zehn Prozent jedoch üben laut Gabriel Kritik entweder an der Versorgungsqualität oder aber an der Preisgestaltung. Diesen individuellen Wünschen glaubt die DAK ausgerechnet mit einem Selektivvertrag, geschlossen mit der Managementgesellschaft Indento, entgegen kommen zu müssen.

„Selektivverträge geben unserer Kasse ein Gesicht“, betonte Gabriel, „aber sie sind für uns teurer, denn kollektiv ist billiger“, auch wenn zurzeit mit dem Indento-Vertrag für die DAK kein finanzielles Risiko verbunden ist.



Die Teilnehmer aus Mecklenburg-Vorpommern: Dipl.-Phys. Konrad Curth, Dipl.-Stom. Gerald Flemming, Kerstin Abeln und Dr. Manfred Krohn.

Fotos: Curth (2), Neddermeyer (1)

Auf die mehrfach gestellte Frage, wo eine Krankenkasse, die als eine der ersten Zusatzbeiträge von ihren Versicherten erhoben hat, Geld für andere, ebenfalls Selektivverträge, hernimmt, blieb Gabriel konstant die Antwort schuldig. Lieber schickte er Kritik an die Adresse der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern. „Sie stehen sich selbst im Weg und machen einfach gar nichts“, sagte er abschließend, nicht ohne darauf zu verweisen, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus Sicht der DAK ein Premiumpartner beim Abschluss jeglicher Verträge, auch bei Selektivverträgen, wären. „Sie besitzen das nötige Know-how und sind ausgezeichnet organisiert“, unterstrich er sein Angebot an die Körperschaften.

„Zusammenkunft ist ein Anfang.  
Zusammenhalt ist ein Fortschritt.  
Zusammenarbeit ist der Erfolg.“

Henry Ford (1863-1947)

Helmut Ahrens, journalistisches Urgestein der Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz, regte zum Nachdenken fernab aller standespolitischen Emotionen an. „Weiß die Politik nicht, was sie mit ihren Gesetzen bewirkt?“, fragte er nach. „Nehmen wir mal an, sie weiß es doch.“ Ahrens kritisierte die abwartende Haltung der zahnärztlichen Akteure. Denn: Im Vergleich zur Zahnärzteschaft wissen DAK-Leute wie Jochen Gabriel sehr genau, was sie wollen. „Wer sich Positionen nicht nähert, hat keine Stimme“,

warnte Ahrens und sprach damit den journalistischen Kollegen aus dem Herzen, die sich einen Standpunkt, zumindest für die interne Pressearbeit, von den Bundeskörperschaften gewünscht hätten.

„Selektivverträge sind gleichbedeutend mit der Kaschierung von nicht vorhandenem Geld.“ Mit diesen Worten eröffnete Bundeszahnärztekammerpräsident Dr. Peter Engel den zweiten Teil der Tagung. „Kaschiert wird so raffiniert, dass keiner mehr durchblickt“, so Engel weiter. Der Öffnungsklausel ist eine Rahmenvereinbarung vorgeschaltet und sie ist nicht nur wettbewerbs- und kartellrechtlich bedenklich, sondern auch aus Sicht des Berufsrechts. Die GOZ wird damit ausgehöhlt und überflüssig, die freie Arztwahl eingeschränkt. „Der Kollege stellt sich immer schlechter damit und es bleibt die Frage: Warum will jemand so etwas?“ fragte Engel die Anwesenden. „Ich bin gegen jede Art von Selektivvertrag“, bekräftigte er und warnte vor Monopolstrukturen durch massive Fusionen der Krankenkassen sowie ungleichem Wettbewerb bei der zahnmedizinischen Versorgung.

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, ging auf das Rollenverständnis der Zahnärzte ein. „Der Zahnarzt begeht rein rechtlich bei der Behandlung seiner Patienten Körperverletzung“, erklärte er drastisch. „Keiner kommt dem Patienten so nah und es tut sogar manchmal weh.“ Dass der Patient trotzdem freiwillig zahnmedizinische Eingriffe vornehmen lässt, hat was

mit Vertrauen zu tun. Ein Pfund, mit dem es lohnt, zu wuchern.

Wie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat auch die Bundeszahnärztekammer derzeit keine letzte Antwort auf Selektivverträge. Für Selektivverträge spricht lediglich, dass mit diesen unter Umständen Antworten auf spezielle Versorgungsbedarfe gefunden werden können, die im normalen Versorgungsalltag nicht abgedeckt werden. Demgegenüber steht jedoch immer die Gefahr des Verlustes der Kollektivität und die Abschaffung der freien Arztwahl. In diesem Zusammenhang mahnte Oesterreich wiederholt, unter diesem Gesichtspunkt eine Wertediskussion im Berufsstand zu führen.

„Die Wirklichkeit sieht so aus, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Zahnärzten bei den Krankenkassen nach deren Aussage reihenweise um Individualverträge bitten“, erläuterte Dr. Dietmar Gorski, Vorsitzender der KZV Westfalen-Lippe, „die aber bisher keinerlei Begehrlichkeiten auf Seiten der Krankenkassen geweckt

hätten.“ Im Wissen darüber gibt es in seinem Bundesland bereits den zweiten Selektivvertrag, den die Genossenschaft, als Ableger der KZV, mit einer Krankenkasse geschlossen hat. Die Verträge in Westfalen-Lippe stehen im Gegensatz zum DAK/Indento-Vertrag aber allen Zahnärzten offen. „Das ist unser Konzept“, sagte Gorski weiter und „wenn wir es nicht tun, tun es andere. Die KZV ist Wettbewerbs-Teilnehmer.“

Den anwesenden Öffentlichkeitsarbeitern aus den Verwaltungen bot sich eine Grundsatzdiskussion auf geradezu philosophische Art und Weise. Markus Brakel von der DGZMK überspitzte, indem er anregte, dem Patienten die Wahl zu lassen, was er zukünftig sein wolle, Kunde oder Patient. Von Ablehnung bis Befürwortung war viel dabei. Auch Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Deutschland, konnte kaum Klarheit bringen. Zu geschönt klang es, als er sagte, „zusätzliches Geld für selektive Verträge kommt klaglos von den Krankenkassen“ und es sei wohl das

Problem der Anwesenden, dass sie „sich kaum noch vorstellen können, dass Leistungen angemessen vergütet werden“.

Dass die bislang bessere Honorierung in dem vom ihm vorgestellten Selektivvertrag zu Lasten der Kollegen im Kollektivvertrag geht, wollte er nicht bestätigen. Allerdings gibt es im ärztlichen Bereich regionale Unterschiede in der Versorgung. Ganz anders als im zahnärztlichen Bereich haben Krankenkassen und Patienten mit einer größer werdenden Unterversorgung zu kämpfen. Im Fall des MEDI-Vertrags fließen außerdem Mittel aus dem Pharmabereich in den selektiven Honorartopf. Klar bleibt aber, dass das Modell eines Selektivvertrages nicht für alle funktioniert, auch wenn es scheinbar so angelegt ist. Was ein Selektivvertrag tatsächlich ist, sagt bereits der Name mehr als deutlich. Es soll selektiert werden und das einseitig zu Lasten der Ärzte, der ärztlichen Leistungen und der Bezahlung dieser Leistungen.

KZV

## ZahnRat-Klausur in Frankfurt

### Neues Layout für gemeinsame Patientenzeitung diskutiert

Anlässlich der Koordinierungskonferenz Presse- und Öffentlichkeitsarbeit am 19. und 20. Februar in Frankfurt a. M. fand eine ZahnRat-Klausur der angeschlossenen Zahnärztekammern statt. Diskutiert wurden u. a. Vorschläge zu einem neuen Layout sowie Sachthemen der kommenden Ausgaben bis 2011. Neu erstellt wurde ein ZahnRat, der sich mit der Betreuung von Pflegebedürftigen beschäftigt. Zukünftige Themen werden sich mit der Implantologie, der

Diagnostik in der Zahnmedizin und der Füllungstherapie beschäftigen. Außerdem ist ein ZahnRat zu Arzneimitteln zur Behandlung von allgemeinmedizinischen Problemen und deren Wechselwirkung zur Zahnmedizin in Planung.

Die Patientenzeitung ZahnRat wird von den (Landes-)zahnärztekammern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen herausgegeben.

Im Internet: [www.zahnrat.eu](http://www.zahnrat.eu) ZÄK



Die Redaktion der Patientenzeitung ZahnRat

## Diabetes-Messe

Die Bundeszahnärztekammer hat sich bereits zum dritten Mal in einem Forum mit Colgate auf der Fachmesse „Diabetes – Informieren, Denken, Handeln“ in Münster präsentiert. In Vorträgen vor einem interessierten Fachpublikum wurde die Wechselbeziehung zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis erläutert und gefordert, dass die Prävention und Therapie der Parodontitis integraler Bestandteil des Diabetesmanagements sein müsse. BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich stellte weitere Zusammenhänge zwischen oralen und systemischen Erkrankungen heraus und zeigte damit die Chancen der Zahnmedizin zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung auf. Zudem sei es an der Zeit, auf Grund der wissenschaftlichen Erkenntnislage die Parodontitis als eine weitere Folgeerkrankung des Diabetes anzuerkennen. Das Fazit des Forums: Da die Bedeutung der Mundgesundheit für die Allgemeingesundheit wächst, gilt es, die Potentiale der erfolgreichen zahnmedizinischen Prävention auch für die Verbesserung der Gesamtgesundheit zu nutzen. Interdisziplinäre Betreuungs- und Forschungskonzepte sind insbesondere auch bei der Diabetesbekämpfung deutlich auszubauen.

BZÄK Klartext

## Beratungen zur GOZ

### Arbeitsgruppe im BMG tagt

Unter Beteiligung von Vertretern der Beihilfe, der PKV sowie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat am 2. März im Bundesgesundheitsministerium erstmals die GOZ-Arbeitsgruppe unter der Leitung des zuständigen Ministerialbeamten Dr. Stiel getagt. Die Bundeszahnärztekammer war vertreten durch den Präsidenten und Vorsitzenden des Senates für privates Leistungs- und Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer, Dr. Engel, Dr. Rubehn (stellv. Vorsitzender des GOZ-Senates), RA Krouský (Justitiar), Kunzler (Statistik) und Dr. Meyer (IDZ).

In dem Treffen stellte Dr. Stiel den ihm übertragenen Arbeitsauftrag mit dem politisch neuen Ansatz, die HOZ zur Grundlage einer neuen Gebührenordnung zu machen, vor. Bis Herbst sollen in den folgenden Sitzungen die konkreten Leistungsinhalte festgestellt und gleichzeitig die finanziellen Auswirkungen geprüft werden, nachdem die entsprechenden Umschlüsselungen zur GOZ aufgestellt worden sind. Das BMG erwartet hierfür Unterlagen und Zahlenmaterial von der BZÄK.

Das Vorhaben des BMG war Gegenstand der Beratung des Senates für privates Leistungs- und Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer am 3. März. Die Mitglieder des Senates befürworten eine aktive Unterstützung des Ministeriums bei seinem Vorhaben durch Zurverfügungstellung aller erforderlichen Informationen.

BZÄK-Klartext 04/10

## Reisen werden teurer

### Wachstumsbeschleunigungsgesetz ändert Umsatzsteuer

*Wachstumsbeschleunigungsgesetz*  
Mit dem Wachstumsbeschleunigungsgesetz wurde zum 1. Januar für Beherbergungsleistungen der Umsatzsteuersatz auf sieben Prozent reduziert.

*Diese Änderung des Umsatzsteuergesetzes hat in der Folge nachteilige Auswirkungen auf die steuerliche Abzugsfähigkeit von Reisekosten auch für Freiberufler.*

Bislang wurde in der Regel in den Rechnungen der Hotels ein Pauschalpreis für die Übernachtung und das Frühstück ausgewiesen. Aufgrund der nun geltenden unterschiedlichen Steuersätze Übernachtung (sieben Prozent Umsatzsteuer) und Frühstück (19 Prozent Umsatzsteuer), werden in den Rechnungen die Leistungen gesondert aufgeführt. Bei den Reisekosten im Inland können nur die tatsächlich angefallenen Übernachtungskosten als Ausgaben steuerlich berücksichtigt werden (§ 4 Abs. 5 Nr. 5 EStG). Die Kosten für das Frühstück stellen nicht abzugsfähige Ausgaben dar. Nur Verpflegungskostenpauschalen können in Abhängigkeit der Abwesenheit steuerlich berücksichtigt werden. Bei einer Pauschalrechnung konnte aufgrund einer Vereinfachungsregelung bisher der Rechnungsbetrag für den Frühstücksanteil um 4,80 Euro als nicht abzugsfähige Ausgabe gekürzt werden. Diese Regelung wird nun keine Anwendung mehr finden können. Die tatsächlich ausgewiesenen Frühstückskosten (die ver-

mutlich in der Regel weit über 4,80 Euro liegen) können als Ausgaben nicht steuerlich berücksichtigt werden. Dies führt nicht nur bei Arbeitnehmern sondern auch bei Freiberuflern zu erheblichen Nachteilen. Bei einem gleichbleibenden Bruttopreis in Höhe von z. B. 120 Euro, den ein Hotel in Rechnung stellt, kann ein Freiberufler, der die Vorsteuer abziehen kann, anstelle von 19,16 Euro nur noch 10,21 Euro als Vorsteuer und statt 100,84 Euro nur 88,79 Euro als Betriebsausgaben abziehen. Freiberufler (z. B. Zahnärzte), die nicht vorsteuerabzugsberechtigt sind, können anstelle von 115,20 Euro nur noch 95 Euro als Betriebsausgaben berücksichtigen.

Der ermäßigte Umsatzsteuersatz soll sich nach dem Gesetzeswortlaut nur auf die reine Beherbergungsleistung beziehen. Es ist abzuwarten, inwieweit dann auch andere Nebenleistungen wie z. B. Nutzung des Wellness-Bereichs oder Getränke auf dem Zimmer gesondert auf der Rechnung des Hotels ausgewiesen und dann auch nicht mehr als Betriebsausgaben anerkannt werden.

Es stellt sich die Frage, ob diese neue gesetzliche Regelung das Wachstum oder vielmehr das Sparen von beruflich Reisenden (statt Frühstücks-Buffer coffee to go und statt Wellness fernsehen) beschleunigt.

aus „der freie beruf“  
Januar/Februar 2010

## Krankenkassen mit Überschuss

### Finanzentwicklung im Krisenjahr 2009 besser als erwartet

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach vorläufigen Finanzergebnissen des Jahres 2009 einen Überschuss von rd. 1,1 Mrd. Euro zu verzeichnen. Den Einnahmen in Höhe von 171,9 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von 170,8 Mrd. Euro gegenüber.

Allerdings ist sowohl die Überschussentwicklung in 2009 als auch die Höhe der Finanzreserven bei den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich verteilt. Für den Gesundheitsfonds ergibt sich – insbesondere aufgrund der

konjunkturbedingten Einnahmefälle – ein Defizit in Höhe von 2,48 Mrd. Euro. Dies resultiert aus den auf das Jahr 2009 entfallenden Einnahmen von rd. 164,51 Mrd. Euro und den ebenfalls dem Jahr 2009 zuzuordnenden Ausgaben von 166,99 Mrd. Euro.

In der Summe der Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen und des Defizits des Gesundheitsfonds verbleibt somit für die GKV insgesamt ein Defizit von 1,4 Mrd. Euro, das insbesondere

als Folge der konjunkturellen Entwicklung zu sehen ist.

### Perspektive 2010

Im vergangenen Jahr waren die Experten des Schätzerkreises von einem Defizit in Höhe von rd. 7,9 Mrd. Euro für das Jahr 2010 ausgegangen. Durch das „Sozialversicherungsstabilisierungsgesetz“ erhält die gesetzliche Krankenversicherung im schwierigen Jahr 2010 einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 3,9 Mrd. Euro zum Ausgleich von krisenbedingten Einnahmefällen. Im Jahr 2010 stehen den Krankenkassen damit Steuermittel in Höhe von insgesamt 15,7 Milliarden Euro zur Verfügung.

BMG

# „Beiß nie den Zahnarzt“

Langjähriger Vorsitzender der LAJ M-V Christof Schneider scheidet aus

Der Humorist Heinz Ehrhardt hat es Christof Schneider angetan. Seine Sprüche begleiten den 66-jährigen durch sein aktives Rentnerdasein. So sagte Heinz Ehrhardt einmal: „... die alten Zähne waren schlecht und man begann sie auszureißen; die neuen kamen gerade recht, um mit ihnen ins Gras zu beißen.“ Das, lacht der scheidende Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V (LAJ M-V), beschreibe treffend die Notwendigkeit der Gruppenprophylaxe. Seit 1993 gibt es die LAJ in unserem Bundesland. Mecklenburg-Vorpommern war zu dieser Zeit im Vergleich aller Bundesländer Schlusslicht in der Kinderzahngesundheit. Das hat seinen Ehrgeiz geweckt. Inzwischen hat sich das gebessert, stellt Schneider nicht ohne Stolz fest.

„Es gibt im Land jedoch viele Regionen mit Kindern, die einem besonders hohen Kariesrisiko ausgesetzt sind. Hier mussten wir etwas tun“, sagt Schneider. So hat die LAJ im Jahre 2003 das „Projekt zur Intensivierung der Gruppenprophylaxe“ gestartet. Hierbei wird in elf Kreisen und kreisfreien Städten jeweils eine Prophylaxefachkraft zeitweise finanziert, um im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Risikoeinrichtungen mit hohen Karieswerten wissenschaftlich evaluierte Maßnahmen wie Fluoridierungen und Mundhygieneimpulse auszubauen. Das Programm führte zu einer deutlichen Erhöhung um 44 000 Betreuungsimpulse pro Jahr. Die Reihenuntersuchungen 2006 und 2008 an über 48 000 Kindern haben gezeigt, dass die Kariesprävalenz bei 3-, 6-, 9- und 12-jährigen, insbesondere in den spezifischen Zielgruppen, kontinuierlich gesenkt werden konnte. Wohingegen z. B. der Karieswert bei Kindergartenkindern, die an diesem Projekt nicht teilnahmen, konstant blieb. Bei Förderschülern konnte sogar eine zusätzliche Kariesreduktion verzeichnet werden. Damit war und ist das vorliegende Programm im Gegensatz zu anderen bundesweiten Intensivprophylaxestudien sehr erfolgreich. Es nutzt den wirksamen Ansatz der aufsuchenden Betreuung in Einrichtungen und erreicht mit wenigen Fachkräften ein hohes Maß an Kontinuität und Wirksamkeit. Die



„Die vergangenen Jahre waren erfolgreich für die LAJ. Genießen Sie den Ruhestand, bleiben Sie gesund und, wenn es Ihre Zeit erlaubt, dann schauen Sie doch einfach mal vorbei, wir würden uns freuen. Danke, Herr Schneider.“ Mit diesen Worten bedankte sich Dr. Kraatz beim scheidenden Vorsitzenden.

37-prozentige Kariesreduktion bei den bleibenden Zähnen der 12-jährigen ist herausragend.

Wichtig sei die Intensivprophylaxe, betont der gelernte Versicherungskaufmann, der einst die AOK Schwerin mit aufgebaut hat. Es reiche nicht, nur einmal im Jahr die Risikogruppe aufzusuchen. „Qualität und stetige Wiederholung bringen den Erfolg“, so Schneider. Es war anfangs ein mühsamer Weg, die Krankenkassen davon zu überzeugen, sich finanziell in dieser Größenordnung für das Projekt zu engagieren. Immerhin kommen diese für den Löwenanteil von ca. 250 000 Euro jährlich auf. „Wir mussten zeigen, dass sich Prophylaxe lohnt – auch langfristig ökonomisch. Dank der nachweisbaren Erfolge stimmten inzwischen alle Beteiligten den Verlängerungen des Projektes überzeugt zu.“

Acht Jahre stand der Ahrensburger der Landesarbeitsgemeinschaft vor. „Wenn ich etwas mache, will ich es ordentlich machen“, sagt Schneider, der auch im Seniorenbeirat seiner Heimatstadt und im NABU aktiv ist. Seine größte Befürchtung ist, dass durch die Kreisgebietsreform und den Geldmangel der öffentlichen Hand zahnärztliches Personal in den

Gesundheitsämtern reduziert wird. „Dann können die Aufgaben nicht mehr kontinuierlich erledigt werden“, sagt der Experte. Sollte diese Schiene wegbrechen, käme es noch mehr auf das ehrenamtliche Engagement der niedergelassenen Zahnärzte als Patenschaftszahnärzte an. Mit Bedauern stellt Schneider fest, dass es in seiner Amtszeit nicht gelungen sei, einen „optimalen Internetauftritt“ zu errichten. „Mein Ziel war es, einzelne Lerneinheiten zu entwickeln, die dann von den Nutzern heruntergeladen werden können“, erzählt Schneider. Diese Aufgabe erwartet also den Nachfolger.

Mit einem Lächeln blickt der scheidende Vorsitzende auf die Jahre zurück. Am Tag der Zahngesundheit war er immer dabei und es habe ihn gefreut, wie positiv die Kinder reagiert haben. Besonders gelacht hatte er darüber, als ein Kind ein Bild für den jährlichen Kalender malte und in eine Sprechblase schrieb: „Beiß nie den Zahnarzt.“ Viele schöne Erinnerungen an die Kinder nimmt Schneider in seinem Herzen mit. Nun freut sich der Rentner auf zahlreiche Reisen mit seiner Frau. Schon im April soll es nach Kuba gehen.

Renate Heusch-Lahl

# LAJ wählte neuen Vorstandsvorsitzenden

## Dank an Christof Schneider zum Ende der Amtsperiode 2006-2009

Christof Schneider, der seit nunmehr acht Jahren als Vorsitzender die Geschicke der LAJ Mecklenburg-Vorpommern mit viel Gespür, Engagement und Leidenschaft geleitet hatte, wurde zum Ende der Amtsperiode 2006 bis 2009 auf der Mitgliederversammlung am 10. März herzlich verabschiedet. In persönlichen Worten zog Dr. Holger Kraatz im Namen des Vorstandes der LAJ ein ganz besonderes Resümee dieser Arbeit, die stets von dem Ziel geprägt war, gemeinsam für die Verbesserung der Mundgesundheits der Kinder im Lande zu streiten. Wichtige Arbeitsgrundlagen, wie Satzung und Rahmenvereinbarung, wurden in dieser Zeit neu geordnet. Vieles hat man gemeinsam auf den Weg gebracht, das Projekt zur Intensivierung der Gruppenprophylaxe ist ein Beispiel.

Nicht zu vergessen ist der Zahnpflegekalender, in den Christof Schneider immer wieder neu sein Herzblut gesteckt hat.

Einen weiteren wichtigen Tagesord-

nungspunkt galt es am 10. März für den neuen Vorstand der LAJ mit Sorgfalt zu erledigen. Die Wahlen zum Vorsitzenden und zu den beiden Stellvertretern für die Amtsperiode 2010 bis 2013 standen an. Neu in dieser Runde wur-



Neuer Vorsitzender der LAJ M-V e. V., Hans-Uwe Timm

de Hans-Uwe Timm, der künftig die AOK Mecklenburg-Vorpommern vertritt, begrüßt. Der Vorstand wählte ihn einstimmig zum Vorsitzenden. Dieses Amt nehme er gern an und freue sich auf die gemeinsame Arbeit. So dankte der neue Vorsitzende Hans-Uwe Timm für das einstimmige Votum.

Zum 1. Stellvertreter des Vorsitzenden wurde wiederum Dr. Holger Kraatz, ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, gewählt. Prof. Sabine Fröhlich, KZV Mecklenburg-Vorpommern, wurde in ihrem Amt als 2. Stellvertreter des Vorsitzenden ebenfalls erneut bestätigt. Beisitzer im Vorstand sind Doreen Chittka, vdek e. V., Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Ellen Arlt, Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern, Doris Gradtke, Dr. Gabriele Stöhring, beide Städte- und Gemeindegremien Mecklenburg-Vorpommern, Folke Schönhoff, BKK Landesverband NORD, und Prof. Dr. Christian Splieth, Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Merrit Förg

## Regierungskommission eingesetzt

### Gesundheitslaien sollen Streit um Prämie lösen

Die Bundesregierung hat eine Regierungskommission aus acht Bundesministern mit der Aufgabenstellung zur Entwicklung einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens eingesetzt, die am 17. März ihre Arbeit aufgenommen hat. Sie hat den Auftrag, die im Koalitionsvertrag getroffenen Festlegungen umzusetzen, inklusive der Einführung pauschaler Beiträge plus Sozialausgleich. Allerdings sind die wenigsten teilnehmenden Minister bislang durch Sachkenntnisse im Gesundheitsfach aufgefallen. Neben Dr. Philipp Rösler, der die Kommission leitet, und Dr. Ursula von der Leyen – beide Ärzte – sind ausnahmslos Gesundheitslaien in der Kommission gebündelt. Fachpolitiker, Experten und Landesvertreter werden extra geladen.

Gaststatus in der Regierungskommission sollen die Koalitionsabgeordneten Johannes Singhammer (stellv. Fraktionsvorsitzender der CDU/CSU), Jens Spahn (gesundheitspolitischer

Sprecher der CDU/CSU-Fraktion), Heinz Lanfermann (Vorsitzender des Arbeitskreis III der FDP-Fraktion) und Ulrike Flach (gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Fraktion) erhalten. Die Reaktionen auf die Einsetzung der ministeriellen Regierungskommission können unterschiedlicher nicht sein. So interpretiert die SPD die neue Arbeitsgruppe als „Stillhalten bis zur Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen“, während die Linke sie nur als „Show“ bezeichnet. Dr. Frank Ul-

rich Montgomery, Vize-Präsident der Bundesärztekammer, fordert „Klarheit darüber, wohin die Bundesregierung in der Gesundheitspolitik steuert“ und Arbeitgeberpräsident Dr. Dieter Hundt will, dass „die Zusage im Koalitionsvertrag, die Lohnzusatzkosten stabil zu halten, eingehalten wird“. Der Bundesverband der Deutschen Industrie sieht eine große Chance, die im Koalitionsvertrag skizzierte Gesundheitsreform durchzusetzen und wettbewerbliche Strukturen zu schaffen“. Der Deutsche Gewerkschaftsbund hat hingegen eine eigene Reform-Kommission einberufen „mit hochkarätigen Experten und Spitzenvertretern wichtiger gesellschaftlicher Gruppen“. KZV

Folgende Personen wurden zu Mitgliedern der Regierungskommission bestellt:

- Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler (Vorsitzender)
- Bundesminister des Innern, Dr. Thomas de Maizière
- Bundesministerin der Justiz, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger
- Bundesminister der Finanzen, Dr. Wolfgang Schäuble
- Bundesminister für Wirtschaft und Technologie, Rainer Brüderle
- Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Dr. Ursula von der Leyen
- Bundesministerin für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Ilse Aigner
- Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder

# Service der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

## Praxisausschreibungen, Börsen, Sitzungstermine, Praxisabgabe/-übernahme

### Nachfolger gesucht

Gesucht werden zum Ende des Jahres 2010 oder Anfang 2011 ein Nachfolger für eine allgemeinärztliche Praxis im **Planungsbereich Schwerin**, ab Juni ein Nachfolger oder Partner für eine allgemeinärztliche Praxis im Planungsbereich **Nordvorpommern** sowie ab 2011 ein Nachfolger für eine allgemeinärztliche Praxis im **Planungsbereich Nordvorpommern**.

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

### Führung von Börsen

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

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

### Sitzungstermin des Zulassungsausschusses

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses findet am 9. Juni (*Annahmestopp von Anträgen: 19. Mai*) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig,

d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin, einzureichen sind.

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

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

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Ruhen der Zulassung
- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarzt-sitzes (auch innerhalb des Ortes)
- Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)
- Verzicht auf die Zulassung (wird

mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam)

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

### Praxisabgabe/-übernahme

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

Die Zahnarztpraxis von Dr. med. Goetz Ritter wird ab 1. April von Dr. med. dent Ulrike Babendererde weitergeführt.

Dr. med. dent. Harald Möhler, niedergelassen in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. med. Haike Schröder, beendet seine vertragszahnärztliche Tätigkeit. Dr. med. Haike Schröder führt ab 1. Mai die Praxis als Einzelpraxis am Standort 19063 Schwerin, Dreescher Markt 2, weiter.

### Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Anstellung von Robert Kinzel in der Praxis Dr. Gerd Wohlrab und Dr. Jens Stoltz, niedergelassen in 17033 Neubrandenburg, Friedrich-Engels-Ring 2, endete am 15. Februar.

Dr. (UdeC) Viviana Ebbecke, niedergelassen in 19053 Schwerin, Graf-Schack-Allee 20, beschäftigt ab 1. April Stephanie Kunkel als halbtags angestellte Zahnärztin. **KZV**

## Kollegen als ehrenamtliche Richter gesucht

### Neue Amtszeit beginnt im November 2010

Die Amtszeit der ehrenamtlichen Richterinnen und Richter aus der Berufsgruppe der Zahnärzte endet mit Ablauf des 31. Oktober 2010.

Das Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern hat die Zahnärztekammer gebeten, Zahnärztinnen und Zahnärzte zu benennen, die bereit wären, beim Verwaltungsge-

richt Greifswald (Berufsgericht für Heilberufe) oder beim Oberverwaltungsgericht Greifswald (Berufsgerichtshof für Heilberufe) für die Dauer von nunmehr fünf Jahren ab November 2010 als ehrenamtliche Richter tätig zu werden.

Alle interessierten Kollegen werden gebeten, sich kurzfristig mit der

Geschäftsstelle der Zahnärztekammer in Verbindung zu setzen.

Es handelt sich um eine ehrenvolle wie auch interessante Tätigkeit. Eine übermäßige zeitliche Inanspruchnahme findet nicht statt.

Vorstand der  
Zahnärztekammer M-V

## QM-CD

Angebot von ZÄK und KZV wird gut angenommen



Der Vorsitzende des Ausschusses Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene, Dipl.-Stom. Holger Donath, während der Vorstellung der QM-CD der zahnärztlichen Körperschaften am 17. März in Güstrow.

Das Z-PMS auf der CD soll die Praxen in Mecklenburg-Vorpommern möglichst einfach und unbürokratisch zu einem individuellen QM-Handbuch führen. Dank der Vorarbeit des Ausschusses Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene der Zahnärztekammer sind die wichtigsten Dokumente für ein QM-Handbuch schon gekennzeichnet.

Die CD ist leicht zu bedienen und enthält eine Vielzahl von Inhalten, die für die praktische zahnärztliche Tätigkeit Nutzen bringen sollen. Sie hat damit auch die Funktion eines Nachschlagewerkes. Updates können mittels Internet-Verbindung oder CD eingespielt werden. Die Weiterentwicklung der CD ist schon in Planung.

Hinweise dazu, Anregungen und Rückfragen zur QM-CD können gerichtet werden an: Diana Gronow, Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Tel. 0385 / 59108 - 27, Email: d.gronow@zaekmv.de oder Susanne Michalski, Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Tel. 0385 / 5492-182, Email: susanne.michalski@kzvmv.de

## Neuer Gesundheitsausschuss: Heilberufler, Juristen, Neulinge

Am 25. November 2009 konstituierten sich in Berlin die 22 Ausschüsse des 17. Deutschen Bundestages. Mit dabei auch der 14. Ausschuss, der für Gesundheit, der in dieser Legislaturperiode mit 37 Mitgliedern zu den großen Gremien des Parlamentes zählen wird.

Das Gremium tagt künftig unter dem Vorsitz von Dr. rer. nat. Carola Reimann

politischen Sprecherin der Sozialdemokraten. Als ihre Stellvertreterin wird Bundestagsnovizin Kathrin Vogler MdB (46) von der Fraktion DIE LINKE amtierend. Die Obleutebesprechung des Ausschusses wird auch weiterhin fünf offizielle Abgesandte der Fraktionen sehen. Heinz Lanfermann MdB (59) von den Liberalen und Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauter-

CDU/CSU-Fraktion (14 Mitglieder)	Land	Alter	WP	früher im Ausschuss	Beruf
Henke, Rudolf	NRW	55	1.		Arzt
Henrich, Michael	Bad.-Wü.	44	3.	Gesundheit	Rechtsanwalt
Koschorrek, Dr. med.dent. Rolf	Schl.-Holst.	53	2.	Gesundheit	Zahnarzt
Maag, Karin	Bad.-Wü.	47	1.		Ministerial-Dirig.
Michalk, Maria	Sachsen	59	5.		Geschäftsführerin
Monstadt, Dietrich	Meck.-Vor.	52	1.		Rechtsanwalt
Riebsamen, Lothar	Bad.-Wü.	52	1.		Bürgermeister
Rüddel, Erwin Josef	Rh.-Pfalz	53	1.		Dipl.-Betriebswirt
Spahn, Jens	NRW	29	3.	Gesundheit	Bankkaufmann
Stracke, Stephan	Bayern	35	1.		Jurist, OberRegRat
Straubinger, Max	Bayern	51	4.	Gesundheit	Versicherungsexp.
Vogelsang, Stefanie	Berlin	43	1.		Bezirksstadträtin
Zöller, Wolfgang	Bayern	67	6.	Gesundheit	Dipl.-Ingenieur
Zylajew, Willi	NRW	59	3.	Gesundheit	Dipl.-Sozialarbeiter
SPD-Fraktion (9 Mitglieder)	Land	Alter	WP	früher im Ausschuss	Beruf
Bas, Bärbel	NRW	41	1.		stellv. BKK-Vorst.
Franke, Prof. Dr. jur. Edgar	Hessen	49	1.		Jurist, HS-Rektor
Friedrich, Peter	Bad.-Wü.	37	2.	Gesundheit	Dipl.-Verwaltungsw.
Lauterbach, Prof. Dr. Dr. Karl W.	NRW	46	2.	Gesundheit	Arzt, Univ.-Prof.
Lemme, Steffen-Claudio	Thüringen	44	1.		DGB-Landesvors.
Mattheis, Hildegard	Bad.-Wü.	55	3.	Gesundheit	Lehrerin
Rawert, Mechthild	Berlin	52	2.	Gesundheit	Dipl.-Pädagogin
Reimann, Dr. rer. nat. Carola	Niedersach.	42	4.	Gesundheit	Biotechnologin
Volkmer, Dr. med. Marlies	Sachsen	62	3.	Gesundheit	Ärztin
FDP-Fraktion (6 Mitglieder)	Land	Alter	WP	früher im Ausschuss	Beruf
Ackermann, Jens	Sachs.-Anh.	34	2.	Tourismus	Dipl.-Medizinpäd.
Aschenberg-Dugnus, Christine	Schl.-Holst.	50	1.		Juristin, Geschäftsf.
Flach, Ulrike	NRW	58	4.	Umwelt	Dipl.-Übersetzerin
Lanfermann, Heinz	Brandenbg.	59	3.	Gesundheit	Staatssek. a.D.
Lindemann, Lars	Berlin	38	1.		Jurist, Geschäftsf.
Letter, Dr. med. Erwin	Bayern	58	1.		Allgemeinarzt
Fraktion Die Linke (4 Mitglieder)	Land	Alter	WP	früher im Ausschuss	Beruf
Bunge, Dr. aec. Dr. sc. Martina	Meck.-Vor.	58	2.	Gesundheit	Landesminister a.D.
Senger-Schäfer, Kathrin	Rh.-Pfalz	47	1.		Dozentin
Vogler, Kathrin	NRW	46	1.		Geschäftsführerin
Weinberg, Harald	Bayern	52	1.		Gewerkschafter
Fraktion Grüne/ Bündnis 90 (4 Mitgl.)	Land	Alter	WP	früher im Ausschuss	Beruf
Sender, Birgitt	Bad.-Wü.	53	3.	Gesundheit	Juristin
Klein-Schmeink, Maria	NRW	51	1.		Soziologin
Scharfenberg, Elisabeth	Bayern	46	2.	Gesundheit	Dipl.-Sozialpäd.
Terpe, Dr. med. Harald	Meck.-Vor.	55	2.	Gesundheit	Arzt

bach MdB (46) lassen es sich trotz ihrer herausgehobenen Funktion als gesundheitspolitische Sprecher ihrer Fraktionen nicht nehmen, auch noch als Obmann zu fungieren. Die Union vertritt der Cheflobbyist der Freien Berufe, Dr. med. dent. Rolf Koschorrek MdB (53). Für die .BÜNDNIS/GRÜNEN kommt Dr. med. Harald Terpe MdB (55) hinzu, DIE LINKE schickt Neuling Harald Weinberg MdB (52).

Quelle: Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), 49/2009 vom 3.12.2009

Anzeige

## Ziel ist außergerichtliche Einigung

### Aufgaben und Arbeitsweise des Beratungs- und des Schlichtungsausschusses

Die Bildung von Schlichtungsausschüssen ist den Kammern in § 9 des Heilberufsgesetzes M-V vorgeschrieben, um Streitigkeiten beizulegen, „die sich aus der Berufsausübung zwischen Berufsangehörigen oder zwischen Berufsangehörigen und Dritten ergeben“. Ein Schlichtungsverfahren kann nur mit Zustimmung der Beteiligten durchgeführt werden. Sein Ziel ist die außergerichtliche einvernehmliche Einigung der Streitenden, wofür der Schlichtungsausschuss einen entsprechenden Vorschlag erarbeitet. Beide streitenden Seiten haben dann die Freiheit, diesem Vorschlag zuzustimmen oder ihn abzulehnen. Der Schlichtungsausschuss fällt also kein „Urteil“, was den Gerichten vorbehalten bleibt und dann auch verbindlich wäre. Der Weg zu Gericht steht den Beteiligten in jeder Phase des Beratungs- und Schlichtungsprozesses offen. Jeder in Mecklenburg-Vorpommern behandelte Patient hat das Recht, sich – meist beschwerdeführend mit dem Vorwurf einer Falschbehandlung, einer unberechtigten Rechnungsstellung oder mit Forderungen nach Schmerzensgeld – an den Beratungs- oder den Schlichtungsausschuss zu wenden. Ebenso können auch Streitigkeiten unter unseren Kammermitgliedern dem Ausschuss vorgelegt werden.

Entsprechend diesen Festlegungen arbeitet an unserer Zahnärztekammer ein von der Kammerversammlung gewählter Schlichtungsausschuss bestehend aus dem Hauptgeschäftsführer RA Peter Ihle, Fachanwalt für Medizinrecht und für Arbeitsrecht, dem ehemaligen Geschäftsführer der Kammer Zahnarzt Dr. Peter Berg, dem niedergelassenen Zahnarzt und Oralchirurgen Dr. Jürgen Liebich, der zugleich Mitglied des Kammervorstandes ist, dem niedergelassenen

Zahnarzt Dr. Peter Schletter, der auch Präsident des Landesverbandes der Freien Berufe und Vorsitzender der KZV-Vertreterversammlung ist sowie Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt.

Der Ausschuss steht nach seinem Selbstverständnis weder auf der Seite der Patienten noch der beschuldigten Zahnärzte, sondern genau in der Mitte zwischen beiden. Objektivität und sachlich-fachliche Kompetenz sind dafür unabdingbar. Er vertritt sowohl die Interessen von Patienten als auch der Kammermitglieder vor allem dadurch, dass er eine saubere Klärung offener Fragen herbeiführt. Dann können unberechtigte Anschuldigungen zurückgewiesen, aber auch berechtigte Vorwürfe begründet werden. Die Verfahrensweise des Schlichtungsausschusses ist in einer Schlichtungsordnung festgelegt. Ein Schlichtungsverfahren ist gebührenpflichtig und verlangt vom Antragsteller derzeit € 210.

Voraussetzung jeder Streitschlichtung ist nicht nur die genaue Kenntnis und Präzisierung der erhobenen Vorwürfe, sondern vor allem auch eine Stellungnahme des/der Beschuldigten hierzu. Auch wird es meistens notwendig sein, dass dem Ausschuss wichtige Behandlungsunterlagen wie Karteikarte/Patientenakte, Röntgenaufnahmen, Befundberichte, Modelle, Rechnungen usw. vorgelegt werden. Der Ausschuss kann sich auf Grund dieser Unterlagen mitunter bereits ein Bild davon machen, ob und inwieweit Vorwürfe berechtigt sind. Nicht selten muss jedoch die Meinung eines unabhängigen Sachverständigen eingeholt werden, der seine begründete Auffassung in einem entsprechenden Fachgutachten darlegt. Auch das ist gebührenpflichtig und kostet derzeit € 450. Die Person des vorgesehenen Gutach-

ters sowie die diesem vorzulegenden Fragen werden mit beiden streitenden Parteien abgestimmt. Nicht immer ist jedoch ein Gutachten sinnvoll, sei es, dass sich auf Grund der Datenlage bestimmte Vorgänge nicht (mehr) rekonstruieren und bewerten lassen oder sei es, dass der Ausschuss die Situation bereits ohne Gutachten zweifelsfrei und fachlich sauber einschätzen kann und daher dem Patienten von der zusätzlichen finanziellen Belastung durch ein Gutachten abrät.

Wenn ein Behandlungsfehler auszuschließen ist, entfällt die Möglichkeit einer Streitschlichtung. Ist dagegen ein Behandlungsfehler wahrscheinlich, prüft der Ausschuss, welcher Schaden dem Patienten entstanden sein könnte, um auf dieser Grundlage einen Einigungsvorschlag vorzubereiten. Wenn die Richtigkeit zahnärztlicher (Privat-) Rechnungen angezweifelt wird, kann der Beratungsausschuss eine Prüfung durch das GOZ-Referat der Kammer veranlassen.

Der Patient, der sich mit Vorwürfen gegenüber unseren Kolleginnen oder Kollegen an die Kammer wendet, muss vorurteilsfrei und fachkundig beraten werden, auf welche Weise seine Vorwürfe geprüft werden können und wie ihm am besten geholfen werden kann. Gleiches gilt für das Verhalten gegenüber zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen.

Der Beratungsausschuss besteht derzeit aus denselben Personen, wie der Schlichtungsausschuss. Die Tätigkeit des Beratungsausschusses ist für die streitenden Parteien kostenfrei. Der Beratungsausschuss hat eigenständige Aufgaben bei der sachlichen Prüfung von Vorwürfen. So kann er im Interesse eines Patienten auch dann ein Sachverständigen-Gutachten auslösen, wenn ein beschuldigter

Zahnarzt das Schlichtungsverfahren ablehnt. Dieses Gutachten kann dann für einen Patienten nützlich und die Grundlage einer privaten Einigung mit seinem Zahnarzt sein, kann Vorwürfe aus fachlicher Sicht entkräften oder bestätigen und sogar eine gewisse Bedeutung bei einem anschließenden Gerichtsverfahren haben. Nicht selten kann der Beratungsausschuss bereits in Kenntnis der Behandlungsunterlagen einen Vorschlag zum weiteren Vorgehen unterbreiten oder empfehlen, dass die Akte geschlossen wird. Das trifft besonders dann zu, wenn die Vorwürfe offensichtlich unbegründet sind. Aber auch dann kann der Patient verlangen, dass sein Fall weiter bearbeitet und geprüft wird.

Wenn sich ein Patient schriftlich an den Beratungs- oder Schlichtungsausschuss wendet, fordern wir ihn zunächst auf, die an der Behandlung beteiligten Zahnärzte von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Leider

erfordert der anschließende Schriftwechsel vergleichsweise viel Zeit, zumal oftmals Termine nicht eingehalten werden. Wenn alle Unterlagen eingegangen sind, befasst sich der Beratungsausschuss ausführlich mit dem Problem und schlägt weitere Schritte vor, fordert gegebenenfalls zusätzliche Informationen und Stellungnahmen ab, empfiehlt vielleicht ein Sachverständigen-Gutachten oder eröffnet förmlich das Schlichtungsverfahren, sofern dem beide Streitbeteiligten zugestimmt haben und die Gebühr hierfür eingegangen ist.

Es ist verständlich, dass für jeden Fall, der im Beratungs- oder Schlichtungsausschuss diskutiert wird, mehrere Sitzungen der Ausschüsse erforderlich sind. Nach jeder Sitzung ergeben sich Schriftwechsel mit Streitbeteiligten, die meistens wiederum eine Antwort der Adressaten erfordern. Auch sind oft Telefonate notwendig, wofür auch

der Ausschussvorsitzende gern zur Verfügung steht. Wichtig ist dem Ausschuss die Transparenz des Verfahrens auf jeder Stufe, weshalb die Informationen und Kopien von Schreiben allen Beteiligten zur Kenntnis gegeben werden. Dabei ziehen sich die Vorgänge mitunter stärker in die Länge, als wir wünschen. Oftmals werden Termine nicht eingehalten und Rückfragen und erneute Anschreiben werden notwendig. Leider kann das der Ausschuss nicht verhindern, und wir müssen die Streitbeteiligten um Verständnis dafür bitten. Auf jeden Fall zieht sich die Bearbeitung in unseren Ausschüssen bei weitem nicht so sehr in die Länge, wie bei einem der überlasteten Gerichte.

**Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt,**  
Vorsitzender des Beratungs- und des  
Schlichtungsausschusses der ZÄK M-V  
Rechtsanwalt Peter Ihle,  
Hauptgeschäftsführer der ZÄK M-V,  
Fachanwalt für Medizinrecht u. Arbeitsrecht

## Bei Neufassung Empfehlungen berücksichtigen

Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist seit Jahren ein Dauerbrenner für Zahnärzte. Daher stand die Berücksichtigung zahnärztlicher Interessen bei der Änderung medizinproduktrechtlicher Bestimmungen erneut im Mittelpunkt des Gesprächs des Präsidenten der BZÄK, Dr. Peter Engel, mit dem Leiter der Abteilung Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Erhard Schmidt, am 23. Februar. Thematisiert wurde die gegenwärtig kontrovers geführte Debatte um die manuelle Aufbereitung von Medizinprodukten der Klasse „kritisch B“. Dr. Engel warnte in diesem Zusammenhang vor einer zu großen „Maschineläufigkeit“ der Behörden. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe des Robert Koch-Instituts und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte überarbeitet zurzeit die Empfehlung zur Aufbereitung für Medizinprodukte. Diese Neufassung soll endlich einen Bezug zu der Empfehlung des RKI für die Zahnheilkunde herstellen. Von Seiten des BMG wurde der BZÄK eine Mitarbeit in dem Projekt für spezielle Themen zugesagt. Für einen schnellen Informationsaustausch wurde die Fortführung der Kontakte zwischen Ministerium und Bundeszahnärztekammer auf Fachebene vereinbart.

BZÄK Klartext Ausgabe 04/10

## Frühdiagnostik von Parodontitis und Periimplantitis

### Welche Parameter sind zeitgemäß? / Einladung zu einer Veranstaltung am 9. Juni der Uni Greifswald

Sowohl Parodontitis als auch Periimplantitis können mit konventioneller klinischer Diagnostik (Sonde, Röntgen) nicht vor Eintritt makroskopischer Gewebeerstörung erkannt werden. Verschiedene weitere Parameter wie beispielsweise die BOP-Erhebung (Bleeding on Probing) oder mikrobiologische Diagnostik stehen zur Verfügung – wie sind sie zu bewerten? Wie internationale Literatur ausweist, ist der beste Parameter, parodontalen resp. periimplantären Gewebeabbau möglichst früh zu erfassen, der Biomarker Matrix-Metalloproteinase-8. Für die Parodontologie und orale Implantologie steht dieses aussagekräftige Testsystem seit kurzem zur Verfügung.

Zu dieser Thematik wird der auf dem Gebiet des dentalen Biofilmanagements und Entzündungsmechanismen national und international anerkannte Wissenschaftler und Entwickler

**Dr. rer. nat. habil. Lutz Netuschil**

**am Mittwoch, den 9. Juni 2010 um 18 Uhr**

im Hörsaal der Neuen Zahnklinik des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Greifswalder Ernst-Moritz-Arndt-Universität in der Rathenaustraße 42a sprechen.

Hierzu sind neben den Mitgliedern des prothetischen Arbeitskreises, des implantatologischen Qualitätszirkels der DGI M-V alle Interessierten recht herzlich eingeladen.

Rückfragen sind bei den Organisatoren  
OA Dr. A. Welk (welk@uni-greifswald.de) und  
OA Dr. T. Mundt (mundt@uni-greifswald.de) jederzeit möglich.

## Curriculäre Fortbildung im Land

Seit dem Jahr 2004 werden durch die Zahnärztekammer strukturierte, zertifizierte Fortbildungen veranstaltet. Sie geben den Teilnehmern in einer Reihe von aufeinander abgestimmten Kurswochenenden einen Überblick über den aktuellen Stand in einzelnen Wissensgebieten der Zahnheilkunde oder aber ein Update über das Fachgebiet in seiner Gesamtheit. Ergänzt werden die Kurse in der Mehrzahl der Curricula durch Hospitationen, Supervisionen und die Präsentation von Arbeiten aus der heimischen Praxis.

Inzwischen ist eine beachtliche Anzahl von Curricula mit den Themen Allgemeine Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Implantologie, Parodontologie und Endodontologie gelaufen. Die wissenschaftliche Leitung aller Kursserien lag in der Hand von Hochschullehrern und wissenschaftlichen Mitarbeitern

unserer beiden Universitäten. Besonders zu erwähnen ist, dass in mehreren Curricula auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen als Lehrkräfte auftraten und überaus interessante, praxisorientierte Kurse organisierten.

Seit dem Beginn der Veranstaltung von strukturierten, zertifizierten Fortbildungen durch die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern existiert eine Kooperation mit der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW), einer Gliederung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Nicht immer war die Verständigung mit der APW und den Fachgesellschaften der DGZMK über die Durchführung der Veranstaltungen problemfrei. Nur durch die persönlichen Kontakte von Professor Sümnick zur DGI konnte zum Beispiel die gemeinsame Organisation des demnächst startenden Curriculums Implantologie sichergestellt werden.

Trotz des erheblichen Aufwandes, den die Teilnehmer eines Curriculums auf sich nehmen, erfuhren alle Veranstaltungen ein reges Interesse. Das Curriculum Implantologie, das jetzt seine dritte Auflage erfährt, ist erneut ausgebucht. Ohne Zweifel ist der Erfolg dieser Kursveranstaltungen Zeugnis der hohen Fortbildungsbereitschaft unter den Zahnärztinnen und Zahnärzten im Lande und Ergebnis der hohen Qualität, mit der alle Curricula von den beteiligten Lehrern organisiert und durchgeführt wurden. Gleichzeitig ist er auch Ansporn für die Kammer, die curriculäre Fortbildung als wesentlichen Schwerpunkt der Kammerfortbildung fortzuentwickeln. Im Jahr 2011 soll ein Curriculum Prothetik starten, das sich bereits in der Vorbereitung befindet.

**Dr. Jürgen Liebich**

Referent für Fort- und Weiterbildung  
im Kammervorstand

## 18 Teilnehmer haben das erste Curriculum Endodontie erfolgreich beendet

Am 8. Januar 2010 war es endlich soweit. 18 Teilnehmer absolvierten erfolgreich das erste durch die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ins Leben gerufene Curriculum auf dem Gebiet der Endodontie. Diese strukturierte Weiterbildung bot interessierten Zahnärztinnen und Zahnärzten aus unserem Bundesland eine sehr praxisnahe Fortbildung. Erfahrene Referenten wie Prof. Michael Hülsmann (Göttingen) und Professor Rudolf Beer (Witten-Herdecke) aber auch spezialisierte Praktiker wie ZA Holger Thun aus Schwerin ermöglichten den Kursteilnehmern Einblicke in aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und daraus resultierende Behandlungskonzepte. In insgesamt 10 Modulen wurden innerhalb eines Jahres sowohl wesentliche Theorietemen vermittelt als auch praktische Hands-on-Workshops durchgeführt. Dabei standen den Teilnehmern in jeder praktischen Kurseinheit viele notwendige Materialien und Geräte sowie Dentalmikroskope zur Verfügung. Ein besonderer Dank gilt daher den Firmen VDW, Maileffer/Dentsply, Gebr. Braseler GmbH & Co. KG, HanCha Dent und Pluradent für die tatkräftige Unterstützung.

Die Teilnehmer erhielten tiefgreifende Kenntnisse über verschiedene Aufbe-

reitungs- und Obturationskonzepte, um dann eine Endodontie State of the Art durchführen zu können. Das Ziel des Curriculums lag darin, einen wissenschaftlichen Bezug zur täglichen Praxis herzustellen. Die Möglichkeit, einen Tag in der Praxis eines Referenten (Dr. Heike Steffen, PD Dr. Dieter Pahncke, ZA Holger Thun) zu hospitieren, rundete das Gesamtbild des Kurses noch einmal ab. Diese Hospitation ermöglichte einen umfassenden Einblick in die Organisation und das fachkundige Vorgehen bei Wurzelkanalbehandlungen.

Den Höhepunkt bildete das in geselliger Runde stattfindende Abschluss-

gespräch. Hier zeigten die Kollegen anhand von Fallvorstellungen, zu welchen Lösungen sie bereits bei recht komplizierten Fällen im Stande sind. Durch das sehr offene und konstruktive Miteinander während des Curriculums bleiben sicher Freundschaften und ein regelmäßiger Austausch unter den Kursteilnehmern bestehen.

Ein besonderer Dank gilt den Organisatoren des Curriculums Dr. Heike Steffen, Dr. Angela Löw und PD Dr. Dieter Pancke von den Universitäten Rostock und Greifswald. Erst durch sie wurde diese Fortbildung ein voller Erfolg.

**Mario Schreen**



Die erfolgreichen Teilnehmer des Curriculums Endodontie

Foto: ZÄK

# 19. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

# 61. Jahrestagung

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

3.- 5. September 2010 im Hotel Neptun Rostock-Warnemünde

## Themen

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

## Wissenschaftliche Leitung

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

## Leitung Organisation und Professionspolitik

Dr. Dietmar Oesterreich, Reuterstadt Stavenhagen

## Organisation

Rechtsanwalt Peter Ihle, Schwerin  
Dr. Marion Seide, Parow  
Angelika Radloff, Reuterstadt Stavenhagen

## Organisatorische Hinweise

### Tagungsort

Bernsteinsaal des Hotels Neptun  
Seestraße 19, 18119 Rostock-Warnemünde

### Ausstellung

Während der Tagung findet eine berufsbezogene Fachausstellung statt.

### Fortbildungstagung für ZAH/ZFA

Am Samstag, dem 4. September 2010, findet parallel im Kurhaus Warnemünde für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte die 18. Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern statt.

### Anmeldung

Für Anmeldungen zum 19. Zahnärztetag und zur 61. Jahrestagung sowie zur 18. Fortbildungstagung für ZAH/ZFA nutzen Sie bitte die vorgesehenen Anmeldekarten. Diese werden den Praxen in Mecklenburg-Vorpommern Anfang Mai zusammen mit dem Fortbildungsprogramm für das zweite Halbjahr zugesandt.

### Für Rückfragen

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Telefon: 0385 59108-0  
Fax: 0385 59108-20



### Unterkunft

Wir bitten Sie, Ihre Unterkunft im Hotel Neptun unter dem Stichwort „Zahnärztetag“ selbst zu reservieren.

### Hotel Neptun

Seestraße 19  
18119 Rostock-Warnemünde  
Telefon: 0381 777-0

Anmeldungen im Hotel Neptun sind bis 20. Juli 2010 zu vergünstigten Konditionen möglich.

**Freitag, 3. September 2010**

13.00 Uhr Eröffnung der Dentalausstellung

14.00 Uhr Eröffnung der Tagung durch den Präsidenten der Zahnärztekammer Dr. Dietmar Oesterreich und den Vorsitzenden der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde Prof. Dr. Reiner Biffar

Ehrungen

14.30 Uhr Professionspolitik  
Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen

**Kieferorthopädische Behandlung Erwachsener im parodontal geschädigten Gebiss**

15.15 Uhr Einführung in die Thematik  
Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon, Rostock

15.30 Uhr Epidemiologisch relevante Daten über kieferorthopädische und parodontale Befunde bei Erwachsenen  
Priv.-Doz. Dr. Olaf Bernhardt, Greifswald

16.00 Uhr Diskussion und Pause

16.45 Uhr Kieferorthopädische Behandlung im parodontal geschädigten Gebiss  
Prof. Dr. Dr. Peter Diedrich, Aachen

17.30 Uhr Kieferorthopädie und/oder Implantologie?  
Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Leipzig

18.00 Uhr Diskussion

**Samstag, 4. September 2010**

**Möglichkeiten der präprothetischen Kieferorthopädie beim erwachsenen Patienten**

9.00 Uhr Möglichkeiten und Klinik der präprothetischen Kieferorthopädie, Dr. Björn Ludwig, Traben-Trarbach

9.30 Uhr Prothetische Versorgung von kieferorthopädisch vorbehandelten Patienten  
Prof. Dr. Michael Walter, Dresden

10.00 Uhr Diskussion und Pause

10.45 Uhr Verbesserung der (Dental)ästhetik durch kieferorthopädische Maßnahmen  
Prof. Dr. Christopher J. Lux, Heidelberg

11.15 Uhr Die klinische Funktionsanalyse – Eine wichtige Maßnahme zur Erkennung von kranio-mandibulären Dysfunktionen vor kieferorthopädischer und prothetischer Therapie, Prof. Dr. Peter Ottl, Rostock

11.45 Uhr Diskussion und Pause

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

14.30 Uhr Aus der Praxis für die Praxis – gestaltet von der Zahnärztekammer Hamburg  
• Kieferorthopädie im parodontal geschädigten Gebiss – Die Bewertung sanfter Techniken bei geringem Rest-attachment, Dr. Luzie Braun-Durlak, Hamburg  
• Nicht Kieferorthopädie oder Prothetik, sondern Kieferorthopädie **und** Prothetik  
Prof. Dr. Dietmar Segner, Hamburg

16.30 Uhr Praxisseminare:

Seminar 1 Skelettale Verankerung als Hilfsmittel in der Kieferorthopädie (Systeme, Indikationen, Fehler)  
Prof. Dr. Ulrike Fritz, Aachen

Seminar 2 Aktueller Stand der CMD-Diagnostik und -Therapie unter Einbeziehung des Hirnstammsensibilisierungssyndroms bei Einsatz einer neuen Diagnostik-Software, Dr. Christian Köneke, Kiel

Seminar 3 Interdisziplinäre Aspekte der Prophylaxe und Früherkennung von kranio-mandibulären Dysfunktionen bei Kindern und Erwachsenen  
Dr. Andreas Köneke, Bremen

Seminar 4 Die komplexe orale Rehabilitation des funktionsgestörten Patienten aus Sicht des Praktikers  
Dr. Karsten Georgi, Dr. Holger Garling, Schwerin

20.00 Uhr Abendveranstaltung – Wenzel Prager Bierstuben in Warnemünde

**Sonntag, 5. September 2010**

**Interdisziplinäre Lösung sagittaler, transversaler und vertikaler Probleme bei jugendlichen und erwachsenen Patienten**

internationalen prospektiven interdisziplinären Studie  
Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz, Dr. Ann Dieckmann,  
Dr. Mohamed Nasef, Rostock

10.25 Uhr Diskussion und Pause

9.00 Uhr Interdisziplinäre Distalbissbehandlung bei Erwachsenen  
Prof. Dr. Tomasz Gedrange, Greifswald

11.10 Uhr Tiefbissbehandlung bei Erwachsenen:  
Orthopädie vs. Orthodontie vs. Dysgnathiechirurgie  
Prof. Dr. Dr. Heinrich Wehrbein, Mainz

9.25 Uhr Dysgnathiechirurgie bei der Klasse II  
Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich, Rostock

11.35 Uhr Die Tiefbissbehandlung aus prothetischer Sicht  
Dr. Torsten Mundt, Greifswald

9.50 Uhr Die Gaumennahterweiterung bei Erwachsenen  
Prof. Dr. Winfried Harzer, Dresden

12.00 Uhr Diskussion und Schlusswort

10.15 Uhr Baltic Cleft Network – 10-Jahresergebnisse einer

12.30 Uhr Ende der Tagung

# GOÄ 2 als alleinige Leistung der Zahnarthelferin

## Empfehlungen aus dem GOZ-Referat

Die Berechnung der Ziffer GOÄ 2 ist momentan ein „Dauerbrenner“ im GOZ-Referat. Durch genaue Beachtung der Abrechnungsbestimmungen kann dabei unnötiger Ärger mit den Erstattungsstellen vermieden werden.

### GOÄ 2

*Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes*

*Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.*

Die GOÄ 2 kann verstanden werden als diejenige Gebührennummer, unter der ganz verschiedene alltägliche Routinetätigkeiten in der zahnärztlichen Praxis zusammengefasst werden, deren gemeinsames Charakteristikum die nur jeweils kurze Inanspruchnahme des Zahnarztes ist. Diese Kurzzeitigkeit ist entweder durch den nur geringen ärztlichen Aufwand einer Leistung gegeben oder durch die Tatsache, dass die Leistung unter ärztlicher Überwachung an das medizinische Hilfspersonal delegierbar ist. Es wird nur eine Anordnung des Zahnarztes durch die Zahnarthelferin an den Patienten weitergegeben. Dieser „Service“ ist erstmalig liquidationsfähig.

Eine Beratung ist nicht Gegenstand der GOÄ 2. Diese wird, je nach Umfang, entsprechend der GOÄ 1 oder 3 berechnet. Beratungen nach den Ziffern GOÄ 1 und 3 sind immer Leistungen des Zahnarztes!

Die Gebührennummer GOÄ 2 ist nur als alleinige Leistung der Helferin berechenbar. Der Patient darf vom Zahnarzt selbst weder untersucht noch behandelt oder beraten werden. Werden vom Zahnarzt zeitgleich (in derselben Sitzung) andere ärztliche Maßnahmen als die unter der GOÄ 2 beschrieben durchgeführt, so wird der jewei-

lige Verwaltungsakt des Wiederholungsrezeptes, der Überweisung, der Übermittlung ärztlicher Befunde sowie die orientierende Messung des Körperzustandes als integrierter Bestandteil dieser anderen Maßnahmen betrachtet.

Berechnungsfähig:

- als alleinige Leistung der Helferin, auch mehrfach im Behandlungsfall (Behandlungsfall – Zeitraum eines Monats für die Behandlung derselben Erkrankung)
- auch telefonisch
- für Wiederholungsrezept und/oder Überweisung
- Befund-, Anordnungsnachfrage bzw. -mitteilung
- Messungssitzung für Blutdruck, Temperatur o. Ä.

Die Ziffer GOÄ 2 ist ebenso wie die GOÄ 1 nicht für die alleinige Vereinbarung von Terminen berechenbar, wohl aber wenn in dem Gespräch/Telefonat noch zusätzlich z. B. ein Befund oder eine ärztliche Anordnung übermittelt werden.

Die Nr. GOÄ 2 unterliegt dem so genannten „kleinen Gebührenrahmen“ und darf maximal bis zum 2,5fachen Satz (Mittelsatz 1,8) berechnet werden. Außerdem ist eine abweichende Vereinbarung nach GOÄ § 2 (1) über einen Steigerungsfaktor oberhalb 2,5 nicht möglich!

Zur GOÄ 2 können keine Zuschläge A bis D, K 1 berechnet werden, auch nicht im Notdienst oder an Sonn- oder Feiertagen. Übermittelt die Helferin einem Patienten hierbei auf Anweisung des Zahnarztes entsprechende Hinweise oder Ratschläge, ohne dass der Patient mit dem Zahnarzt selbst in Kontakt kommt, so rechtfertigt dies nur den Ansatz der Ziffer GOÄ 2 ohne den Wochenendzuschlag D.

Die GOÄ 2 beinhaltet lediglich die Patienteninstruktion durch eine Mitarbeiterin innerhalb der Praxisräume. Schickt ein Zahnarzt seine Helferin dagegen zu einem Patienten in die Wohnung (beispielsweise um eine wiederhergestellte Prothese oder ein Rezept abzugeben),

so ist dies unter der Ziffer GOÄ 52 abzurechnen (Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxis durch nichtärztliches Personal im Auftrag des Arztes). Diese Gebührenziffer ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Wegegeld kann hier nicht berechnet werden.

### Beispiele für die Berechnung der Ziffer GOÄ 2

#### Beispiel 1:

Der Patient erscheint mit einem stark zerstörten Molaren in der Praxis. Es werden folgende Leistungen durchgeführt: Röntgenbild, Beratung, Extraktion des Zahnes, Rezept.

*Abrechnung: GOÄ 5, GOÄ 5000, GOÄ 1, 009 GOZ, 302 GOZ. Das Rezept ist hier in der Leistung Ä 1 enthalten.*

Der Patient erscheint ein paar Tage später erneut in der Praxis und erhält durch die Zahnarthelferin ein Wiederholungsrezept nach Rücksprache mit dem Zahnarzt aber ohne Inanspruchnahme des Zahnarztes durch den Patienten.

*Abrechnung: GOÄ 2*

#### Beispiel 2:

Es wird eine Röntgenaufnahme aufgrund einer frakturierten Schmelzkannte nach Sturz angefertigt.

*Abrechnung: GOÄ 1, GOÄ 5, GOÄ 5000*

Der Patient geht zur Arbeit. Der Befund wird ihm durch die Zahnarthelferin nach Anweisung durch den Zahnarzt telefonisch übermittelt.

*Abrechnung: GOÄ 2*

#### Beispiel 3:

Der Patient ruft aufgrund einer Nachblutung in der Praxis an. Die Zahnarthelferin gibt nach Rücksprache mit dem Zahnarzt eine telefonische Anweisung.

*Abrechnung: GOÄ 2*

#### Beispiel 4:

Der Patient ruft aufgrund von Schmerzen nach der Wurzelbehandlung in der Praxis an. Der Zahnarzt gibt telefonische Auskunft.

*Abrechnung Ä 1 (zahnärztliche Leistung)*

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

## Prof. Dr. med. dent. habil. Franka Stahl de Castrillon wurde am 1. Januar 2010 in Rostock berufen

Mit der Berufung von Prof. Stahl de Castrillon ist der 4. Lehrstuhl der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Morál“ an der Universität Rostock innerhalb von 15 Monaten besetzt worden. Damit ist der Generationenwandel in Rostock vollzogen.

Prof. Stahl de Castrillon ist an der Universität Rostock nun die jüngste Professorin. Sie ist ein echtes mecklenburgisches Kind und eine Ausnahme, weil ihre bisherige wissenschaftliche Laufbahn sich in wesentlichen Abschnitten in Rostock vollzogen hat. Wenn es dennoch zu dieser „Hausberufung“ gekommen ist, eine absolute Ausnahme an der Universität, müssen schon besondere Bedingungen durch die Bewerberin erfüllt worden sein.

Obwohl sie als Schatzmeisterin unserer wissenschaftlichen Gesellschaft nun zweijährig im Amt ist und viele Kollegen sie kennen, ist es angezeigt, sie ein wenig genauer vorzustellen.

Am 9. Oktober 1974 in Parchim geboren, hat sie die Schulzeit bis zum Abitur 1993 dort verbracht. Im gleichen Jahr begann das Studium der Zahnmedizin in Rostock, das 1999 mit dem Staatsexamen abgeschlossen wurde. Bereits während des Studiums entschied sie sich für einen neunmonatigen Forschungsaufenthalt als Research Fellow im Department of Oral and Dental Science an der Universität Bristol in England. Aus dieser Zeit resultieren ihre ersten Forschungsleistungen, die mit einer Publikation (mit IF) neben diversen mündlichen Präsentationen quasi das Ergebnis ihrer Biomaterialforschungen waren. Die ersten wissenschaftlichen Schritte in der Kieferorthopädie lief sie bereits vor Beginn ihrer kieferorthopädischen Weiterbildung.

Im Rahmen eines Promotionsstipendiums der Landesgraduiertenförderung Mecklenburg-Vorpommern hat sie eine umfangreiche Studie an über 9000 Kindern durchgeführt. Mit dem Thema: „Kieferorthopädische und zahnärztliche Befunde im Milch- und frühen Wechselgebiss – Konsequenzen für die Prävention“ konnte sie sich 2001 erfolgreich bei der European Orthodontic Society mit einem Vortrag im wissenschaftlichen Programm profilieren und gleichzeitig sehr erfolgreich ihr Promotionsverfahren beenden.

Gegen Ende ihrer Weiterbildungszeit bewarb sie sich um einen Platz für ei-



*Prof. Dr. med. dent. habil. Franka Stahl de Castrillon*

nen Studienaufenthalt am Royal Dental College, Abt. Kieferorthopädie, bei Frau Prof. Melson an der Universität Aarhus, Dänemark. Neben dem wissenschaftlichen Interesse wollte sie auch ihren klinischen Blickwinkel erweitern.

Ihr Interesse an wissenschaftlicher Arbeit wurde durch ihren einjährigen Aufenthalt 2005-2006 an der Universität von Michigan in Ann Arbor, USA, in besonderer Weise belohnt. Das heißt, die Bewerbung von Dr. Stahl war für Prof. McNamara so interessant, dass sie quasi sofort anreisen konnte. Den einjährigen Aufenthalt konnte sie durch selbst eingeworbene Drittmittel, einem Auslandsstipendium der DFG (Dt. Forschungsgemeinschaft) und der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie finanzieren. Seit dieser Zeit bestehen enge Kontakte zu McNamara Jr. und den Italienern Dr. L. Franchi und Dr. T. Baccetti. Jedes Jahr führen Prof. Stahl de Castrillon Forschungsreisen in die USA, um wissenschaftlich zu arbeiten und in zwischen regelmäßig in Vorträgen über ihre eigenen Ergebnisse zu berichten.

In der Konsequenz konnte Dr. Stahl bald die wissenschaftlichen Anforderungen erfüllen, die für die Habilitation an der Universität Rostock gefordert werden. Ihre Habilitationsschrift war möglich durch eine Summation der Möglichkeiten, die ihr die Heimatuniversität bot in Kombination mit denen des Forschungsinstituts in den USA. Die an der Rostocker Poliklinik für Kieferorthopädie vorhandene Längsschnittstudie über das Wachstum bei regelrechter Gebissentwicklung von Klink-Heckmann war das Medium, an dem Franka Stahl

neue Methoden der Wachstumsanalyse u.a. in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Computergrafik von Frau Prof. Schumann an der Rostocker Universität entwickeln konnte. Mit diesen Methoden wurde der Anfang gemacht für eine völlig neue Bewertung von wachstums- und therapiebedingten Veränderungen. Nach der Habilitation im Dezember 2007 und der Verleihung der *Venia legendi* wurde PD Dr. Stahl zunehmend interessant auf dem „deutschen Markt“ kieferorthopädischer Neuberufungen. Es ist deshalb keine Selbstverständlichkeit, dass sie sich für „ihre“ Alma mater entschied, sind doch die Bedingungen in den alten Bundesländern in der Regel günstiger bezogen auf die personelle und finanzielle Ausstattung. Die Übernahme des Lehrstuhls für Kieferorthopädie mit der Leitung der Poliklinik an der Universität Rostock bringt ihr aber auch Vorteile für die eigene Forschung. Die Weiterführung ihrer Wachstumsstudien ist sowohl von wissenschaftlichem Interesse, wie auch für die praktische Kieferorthopädie wichtig. Ihre internationalen Kontakte sind außerordentlich hilfreich, wenn es darum geht, neue Forschungsprojekte zu initiieren und sich in Schwerpunktthemen der Medizinischen Fakultät einzubinden.

Auch wenn Prof. Stahl de Castrillon ihre umfangreichen Aufgaben in Lehre und Krankenversorgung kennt, stellt deren Bewältigung dennoch eine tägliche Herausforderung dar. Allen Kollegen in unserem Land, die Prof. Stahl de Castrillon noch nicht kennen, stellt sie sich auf der diesjährigen 61. Wissenschaftlichen Jahrestagung und dem 19. Zahnärztetag in Warnemünde als wissenschaftliche Leiterin vor. Das Thema „Interdisziplinäre Lösungsansätze für meine Dysgnathiepatienten“ stellt die Zusammenarbeit aller zahnmedizinischen Fachgebiete in den Vordergrund und ist damit für alle Kollegen gleichermaßen interessant und gewinnbringend.

Für Prof. Stahl de Castrillon und ihrem Greifswalder Kollegen Prof. Tomasz Gedrange ist es eine Gelegenheit, das Fachgebiet Kieferorthopädie im Rahmen der Erwachsenenbehandlung in die zahnmedizinischen Erfordernisse zu integrieren.

Wir wünschen der jungen Professorin Erfolg und eine stabile Gesundheit auch im Interesse der Zahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern.

**Prof. Dr. Rosemarie Grabowski**

# BEMA-konforme Abrechnung von Stiftpositionen

## 1. BEMA-Teil 1: Stiftverankerung einer Füllung nach Nr. 16

## 2. BEMA-Teil 5: Konfektionierter Stift- oder Schraubenaufbau nach Nr. 18a

Aktuell sieht sich eine nicht unbeachtliche Zahl von Vertragszahnärzten unseres Landes, aber auch die KZV M-V mit einem veränderten Genehmigungsverhalten einzelner Krankenkassen bei der Beantragung/Abrechnung von Stiftpositionen, insbesondere der BEMA-Position 18a (konfektionierter Stift/Befund-Nr. 1.4) konfrontiert. Aus diesem Grund sah sich die KZV M-V veranlasst, sich intensiv mit den seitens der Krankenkassen gestellten Anträgen auf rechnerische und gebührenordnungsmäßige Prüfung und Berichtigung auseinanderzusetzen. Dazu war es notwendig, sich über das Maß der BEMA-Modul-unterstützten Abrechnungsprüfung hinaus mit dem diesbezüglichen Abrechnungsverhalten unserer Vertragszahnärzte zu befassen.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die geltenden Abrechnungsbestimmungen unterschiedlichen Auslegungen unterworfen werden, die aus rein klinischer Sicht zum Teil sogar nachvollziehbar sind.

Geschuldet sind diese unterschiedlichen Auslegungen zum einen sicherlich dem Bedürfnis, die geltenden Abrechnungsbestimmungen mit den derzeit verfügbaren Behandlungstechnologien in Übereinstimmung bringen zu wollen.

Zum anderen liegt aber auch häufig ein Missverständnis vor, wenn man davon ausgeht, dass der BEMA für vermeintlich identische zahnärztliche Leistungen mehrere Abrechnungswege zuließe und dies nach BEMA-Teil 1 und 5 übergreifend mit unterschiedlichen Bewertungszahlen und/oder mit und ohne Budgetrelevanz.

Nachfolgend die Auffassung der KZV M-V zur Abrechnung der BEMA-Nrn. 16 und 18a:

### BEMA-Teil 1

#### 16 (St) **Stiftverankerung einer Füllung (zusätzlich zu den Nrn. 13c, d), je Zahn, einschließlich Materialkosten** 20

Die Stiftverankerung einer Füllung kann zusätzlich je Zahn, jedoch nur im Zusammenhang mit den BEMA-Nrn. 13c (Füllung dreiflächig), 13d (Füllung mehr als dreiflächig oder Ecken- aufbau im Frontzahnbereich unter Ein-

beziehung der Schneidekante) und 13g (dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich) abgerechnet werden. Da die Nr. 13g bei der Schaffung der Nr. 16 noch nicht existierte, sondern erst seit der Erweiterung des BEMA um die Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich 13e, f und g im Jahre 1996 geschaffen wurde, gilt diese Abrechnungsbestimmung zwangsläufig auch für die Position 13g.

Die Materialkosten sind mit der BEMA-Nr. 16 abgegolten, es sei denn, die Kosten des Materials der Stifte sind ausnahmsweise höher als das Honorar für die BEMA-Nr. 16 (20 Punkte x dem KCH-Punktwert = Summe).

In derartigen Ausnahmefällen kann anstelle der BEMA-Nr. 16 die Abrechnung der tatsächlichen Materialkosten vorgenommen werden. Dies ist als Centbetrag unter der Erfassungsnummer 601 einzutragen. **Das Honorar nach BEMA-Nr. 16 entfällt somit!**

Die Verwendung mehrerer parapulpärer Stifte berechtigt den Zahnarzt nicht, die BEMA-Nr. 16 mehrmals pro Zahn abzurechnen.

Entsprechend der Leistungsbeschreibung muss die Stiftverankerung einer Füllung nicht zwingend parapulpär sein. Somit ist es möglich, in **seltenen** Fällen bei devitalen (zahnmarktoten) Zähnen Stifte auch intrakanalikulär (in den Wurzelkanal) zur Verankerung einer Füllung einzusetzen. Die sich anschließende Füllung ist grundsätzlich nur nach den Nrn. 13c, 13d und 13g in Ansatz zu bringen.

Während sich die klinische Indikation für die parapuläre Stiftverankerung von Füllungen aufgrund der modernen schmelzdentinadhäsiven Füllungstechnologien deutlich eingeschränkt hat, gewinnt genau aus diesem Grunde die Indikation der intrakanalikulären Verankerungen von Füllungen an Bedeutung. So ist es durchaus möglich, auch bei devitalen marktotten wurzelgefüllten Zähnen mit diesen Behandlungsmethoden längerfristig auf eine anschließende prothetische Versorgung zu verzichten, ohne dass es sich damit um eine lediglich temporäre Versorgung handeln muss.

**Deshalb ist streng zu beachten, dass diese Behandlungsart nicht mit dem Verfahren eines konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbaus zur**

**Aufnahme einer Krone bei endodontisch behandelten Zähnen verwechselt werden darf.**

Unter Berücksichtigung der vorgenommenen Interpretation zum Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 16 – Stiftverankerung einer Füllung, je Zahn, einschließlich Materialkosten, stellt der Vorstand klar, dass lediglich neben den BEMA-Nrn. 13c bzw. 13d oder 13g die BEMA-Nr. 16 abgerechnet werden darf.

Keine Abrechnungsmöglichkeit der Stiftverankerung besteht neben den BEMA-Nrn. 13a, 13b, 13e, 13f (ein- und zweiflächigen Füllungen) und neben BEMA-Nr. 18a (konfektionierter Stift- bzw. Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone, einzeitig).

Eine private Berechnung der Stiftverankerung – BEMA-Nr. 16 – als außervertragliche Leistung ist unter Berücksichtigung des Zuzahlungsverbot es nicht zulässig. Davon bleibt die Möglichkeit der Mehrkostenvereinbarung nach § 28 SGB V für SDA-Füllungen unberührt.

Diese Erläuterungen zur BEMA-Nr. 16 sollten darstellen, dass die Nr. 16 nicht mit der BEMA-Nr. 18a (konfektionierter Stiftaufbau bzw. Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone, einzeitig) identisch ist.

Ausführungen zur BEMA-Nr. 18a und mögliche Füllungsabrechnungen folgen unter BEMA Teil 5.

### BEMA-Teil 5

#### 18 **Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal, a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig** 50

*BEMA-Bestimmungen zu Nr. 18a:*

1. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur einmal je Zahn abgerechnet werden.
2. Neben einer Leistung nach der Nr. 18a können Leistungen nach den Nrn. 13a oder 13b und 13e oder 13f für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone abgerechnet werden.
3. Eine Leistung nach Nr. 18 kann nur in Verbindung mit den Leistungen

nach den Nrn. 20 und 91 abgerechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.

4. Eine Leistung nach Nr. 18 kann, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, abgerechnet werden, auch wenn sie im Heil- und Kostenplan in der Gebührenvorausberechnung nicht angegeben war.

Mit der Umstrukturierung des BEMA zum 1. Januar 2004 erfolgte die Trennung der alten BEMA-Nr. 18 in die BEMA-Nrn. 18a und 18b. Damit wurden auch Änderungen in den Abrechnungsbestimmungen für die Stiftaufbauten aufgenommen, die sich insbesondere auf die Kriterien Einzeitig- oder Zweizeitigkeit beziehen.

Mit dem Begriff „einzeitig“ wird verdeutlicht, dass im Gegensatz zum gegossenen Stiftaufbau lediglich ein Behandlungsschritt zur Erfüllung des Leistungsinhaltes ausreicht.

Einhergehend mit der Aufnahme der Nr. 18a in den seit dem 1. Januar 2004 gültigen BEMA war auch, dass neben dieser ZE-Leistung Füllungsleistungen abgerechnet werden können und zwar die ein- und zweiflächigen Füllungen nach den BEMA-Nrn. 13a, 13b bzw. 13e und 13f und *nicht* die mehrflächigen Füllungen nach den Nrn. 13c, 13d und 13g.

Das Behandlungsziel besteht darin, dass der Zahnstumpf bei Verwendung eines konfektionierten Stiftes mittels plastischen Materials aufgebaut und entsprechend der prothetisch notwendigen Stumpfform gestaltet werden muss. Als plastisches Material kommen dabei nur dauerhafte Zemente oder Komposite, nicht aber Amalgam, in Betracht. Während im Frontzahnbereich ausschließlich die Nrn. 13a oder b in Ansatz gebracht werden können, sind im Seitenzahnbereich die Nrn. 13a oder b ebenso abrechnungsfähig und darüber hinaus die Nrn. 13e bzw. 13f bei Vorliegen einer Kontraindikation gegen Amalgam. Bei diesen Patienten ist die Möglichkeit der Mehrkostenvereinbarung auszuschließen.

Die zusätzliche Abrechnung der BEMA-Nr. 16 für parapulpäre Stift- oder Schraubenverankerungen ist nicht möglich. Die im Zusammenhang mit diesen Aufbaufüllungen verwendeten parapulpären Stifte werden als Materialkosten über den Erfassungsschein o. a. als Centbetrag unter der Erfassungsnummer 601 abgerechnet. Dieses Vorgehen dürfte unter der Berücksichtigung der Technologie der

SDA-Füllungen zunehmend an Bedeutung verlieren.

Aus der Abrechnungsbestimmung 3 geht hervor, dass die Nr. 18 nur in Verbindung mit der Nr. 20 – *Versorgung eines Einzelzahnes durch eine metallische Vollkrone oder eine vestibulär verblendete Verblendkrone oder eine metallische Teilkkrone* – und Nr. 91 – *Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese* – abzurechnen ist.

Unter Beachtung der geltenden ZE-Richtlinien vertritt der Vorstand der KZV M-V die Auffassung, dass eine zeitgleiche Beantragung sowohl des Stiftaufbaus, als auch der geplanten definitiven Versorgung auf dem ZE-Heil- und Kostenplan keine zwingende Voraussetzung sein kann. Klinisch konzeptionell stellt eine solche Stiftversorgung eine vorbereitende präprothetische Leistung dar und sollte auch im Zusammenhang mit anderen präprothetischen Vorbereitungen (konservierend chirurgisch, parodontologisch usw.) gesehen werden, s. auch ZE-Richtlinie C. Punkt 11d.

Die heute zur Verfügung stehenden erfolgssicheren endodontischen Behandlungen sind ohne die Möglichkeit der Schaffung einer zeitnahen und dauerhaften koronalen Abdichtung undenkbar. Es ist unstrittig, dass nicht nur der apikale, sondern auch der koronale Verschluss hier unverzichtbar ist. Unter dem Aspekt der Forderung einer wirtschaftlichen Behandlungsweise ist gewissenhaft abzuwägen, ob bei schon bestehender Indikation für eine nachfolgende Stiftversorgung, auf das Legen einer definitiven Füllung als koronaler Verschluss (quasi als Zwischenschritt) nicht von vornherein zu verzichten ist.

**Deshalb sollte auf dem Heil- und Kostenplan, bei getrennter Beantragung der Befund Nr. 1.4 und der definitiven ZE-Versorgung, im Interesse der Planungssicherheit für die Krankenkasse im Feld „Bemerkungen“ der Vermerk erfolgen, dass es sich um eine präprothetische Behandlungsmaßnahme im Rahmen eines ZE-Gesamtbehandlungskonzeptes handelt.**

Im Gegensatz dazu ist die Forderung einiger Krankenkassen nach einer zwingenden Beantragung einer Stiftversorgung im Zusammenhang mit Wiederherstellungsmaßnahmen von

bereits vorhandenem Zahnersatz mit den klinischen Gegebenheiten nicht in Einklang zu bringen. Hier wird seitens der KZV M-V die Auffassung vertreten, auch eine Abrechnung ohne vorherige Beantragung zuzulassen (Befund-Nrn. 1.4 und 6.8). Dies vor allem auch im Interesse unserer Patienten, zumal ein Ausweichen auf die BEMA-Position 16 und 13c, d oder g sicher ausgeschlossen werden kann. Unbeeinflusst bleiben die Regelungen bei Härtefällen.

Diese getroffenen Aussagen betreffen in der Regel die Befundgruppen 1.4 im Zusammenhang mit 6.8. Liegt der Befund 6.8 nicht vor, weil die ZE-Versorgung für die Stiftstabilisierung nicht herunter genommen werden musste, muss dies zwingend im Feld Bemerkung erläutert werden. Im Zusammenhang mit der Abrechnung einer Aufbaufüllung neben einem konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau nach BEMA-Nr. 18a – Befund-Nr. 1.4 – stellt der Vorstand eindeutig klar, dass eine **Ummantelungsfüllung** grundsätzlich nur als **eine zweiflächige Aufbaufüllung** abgerechnet werden darf.

Die Abrechnung als vierflächige Füllung nach den BEMA-Nrn. 13d - F4 - bzw. 13g widerspricht eindeutig der Leistungsbeschreibung und den Abrechnungsbestimmungen und stellt damit eine Falschabrechnung dar.

Die KZV M-V verweist hier nochmals auf die Ausführungen zur BEMA-Nr. 16 und die hierin genannten möglichen Füllungsabrechnungen.

Auf die Erörterung der Leistungsposition *BEMA-Nr. 18b* wurde bewusst verzichtet, da neben dem gegossenen Stiftaufbau die Nr. 13 für das Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone nicht gleichzeitig abgerechnet werden kann und diese Position bei den o. g. Berichtigungsanträgen der Krankenkassen ohnehin eine nur untergeordnete Rolle spielt (s. Abrechnungsbestimmung 2 zur Nr. 18b).

Die KZV M-V wird wie bisher, gemäß ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 106a SGB V in Verbindung mit § 17 EKVZ und § 19 BMV-Z, die rechnerische und gebührenordnungsmäßige Prüfung der konservierenden/chirurgischen und prothetischen Leistungsabrechnung ihrer Mitglieder prüfen und ggf. berichtigen. Die vorgenannten klarstellenden Erläuterungen werden künftig konsequent Berücksichtigung finden.

Elke Köhn/Heidrun Göcks

Bild: Liebold/Raff/Wissing: DER Kommentar zu BEMA und GOZ, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Sankt Augustin, www.bema-goz.de“

# Fortbildungsangebote der KZV M-V

## PC-Schulungen

**Referent:** Andreas Holz, KZV M-V  
**Wo:** KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
**Punkte:** 3  
 Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.  
**Gebühr:** 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorb.-Ass. und Zahnärzthelferinnen

Leistungen; Hinweise und Tipps für die Abrechnung nach BEMA und GOZ; gesetzliche Grundlagen; Prophylaxe Shop; Patientenbindung durch Individualprophylaxe  
**Wann:** 29. September, 15 – 18 Uhr in Rostock  
**Punkte:** 3  
**Gebühren:** 150 € für Zahnärzte, 75 €

für Vorb.-Assistenten und Zahnärzthelferinnen  
 KZV M-V,  
 Telefon: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498  
 Ansprechpartnerin: Antje Peters  
 E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

## E-Mail echt einfach mit Outlook-Express

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

## Sicherheit im Internet

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

## PowerPoint 2003

**Inhalt:** die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen: Arbeiten mit PowerPoint unter verschiedenen Ansichten; Freies Erstellen einer Präsentation; Verwendung des Folienmasters; Einfügen verschiedener Elemente; Aktionseinstellungen  
**Wann:** 2. Juni, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Einrichtung einer Praxishomepage

**Inhalt:** Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; Freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); Freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten  
**Wann:** 1. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Individualprophylaxe – Chance für Umsatzzuwachs in der Praxis

**Referentin:** Professor Dr. Sabine Fröhlich  
**Inhalt:** Status quo – KZV-Statistik über Inanspruchnahme von IP-

### Ich melde mich an zum Seminar:

- E-Mail echt einfach mit Outlook-Express am 5. Mai, 16 – 19 Uhr, Schwerin
- Sicherheit im Internet am 12. Mai, 16 – 19 Uhr, Schwerin
- PowerPoint 2003 am 2. Juni, 16 – 19 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 1. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin
- Individualprophylaxe – Chance für Umsatzzuwachs in der Praxis am 29. September, 15 – 18 Uhr, Rostock

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Anzeige

# Vorratsdatenspeicherung nicht verfassungsgemäß

## Karlsruhe kippt die Vorratsdatenspeicherung in ihrer derzeitigen Form

Mit dem Gesetz zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung vom 21. Dezember 2007, mit welchem die Massenspeicherung von Telefon- und Internetdaten zur Strafverfolgung eingeführt wurde, war es ab dem Jahr 2008 möglich, Verbindungsdaten aus Telefon-, Mail- und Internetnutzung sowie Handy-Standortdaten für sechs Monate zu speichern. Von dieser Vorratsdatenspeicherung waren auch Geheimnisträger wie Ärzte, Anwälte und Journalisten nicht ausgenommen, wohingegen Seelsorger, Strafverteidiger und Abgeordnete vor dieser allumfassenden Überwachung geschützt werden. Gegen dieses Gesetz hatten fast 35 000 Bürger geklagt und damit eines der größten Massenklageverfahren in der Geschichte des Bundesverfassungsgerichts eingeleitet. Für Ärzte und Zahnärzte ergab sich mit der Einführung des Gesetzes das Problem, dass die Vertraulichkeit des Patienten-Arzt-Verhältnisses nicht mehr vollumfänglich gewahrt ist.

Das Bundesverfassungsgericht hat das Gesetz nunmehr gekippt. Nach dem Urteil vom 2. März ist die konkrete Ausgestaltung der Vorratsdatenspeicherung nicht verfassungsgemäß. In der derzeitigen Form handelt es sich bei der Speicherung um „einen besonders schweren Eingriff mit einer Streubreite, wie es die Rechtsordnung bisher nicht kennt“. Insbesondere lassen sich aus den gespeicherten Daten inhaltliche Rückschlüsse bis in die Intimsphäre des Betroffenen hinein ziehen. Es sei mittels dieser Daten möglich, Persönlichkeits- und Bewegungsprofile zu erstellen, die Datenspeicherung biete daher erhöhte Missbrauchsmöglichkeiten. Insbesondere rufe die anlasslose Speicherung „ein diffus bedrohliches Gefühl des Beobachtetseins hervor und beeinträchtigt damit die unbefangene Wahrnehmung der Grundrechte“.

Für Ärzte und andere Geheimnisträger trifft das Urteil keine definitiven Aussagen. Dennoch stellt die Vorratsdatenspeicherung gerade für diese Berufsgruppen ein ganz erhebliches Problem dar. Abhörverbote, Verschwiegenheitsverpflichtungen und Zeugnisverweigerungsrechte gehören zu den Grundpfeilern ärztlicher Berufsausübung. Anders ist ein vertrautes Patienten-Arzt-Verhältnis nicht zu gewährleisten. Die Vorratsdatenspeicherung in ihrer derzeitigen Form unterläuft dieses Vertrauensverhältnis, weil damit der Umfang der ärztlichen Schweigepflicht beeinträchtigt werden kann. Dies betrifft insbesondere

auch telefonische Kontakte zwischen Arzt und Patient. Für Ärzte und Zahnärzte ist das Karlsruher Urteil daher ein Erfolg.

Dennoch schließt das Urteil die Speicherung der Daten nicht generell aus, da „die Rekonstruktion gerade der Telekommunikationsverbindungen für eine effektive Strafverfolgung und Gefahrenabwehr von besonderer Bedeutung“ ist. Aber: Ein derartiger Eingriff muss nach Ansicht der Richter an strengste Bedingungen geknüpft werden, welche das deutsche Gesetz bislang nicht formuliert. So muss insbesondere gewährleistet sein, dass die vorsorgliche, anlasslose Speicherung von Telekommunikationsverkehrsdaten eine Ausnahme bleibt.

Das Gericht hat die Anforderungen an die Datensicherheit des nunmehr umzuschreibenden Gesetzes deutlich erhöht. So muss sichergestellt werden, dass die Entscheidung über Art und Maß der zu treffenden Schutzvorkehrungen nicht unkontrolliert in den Händen der jeweiligen Telekommunikationsanbieter liegt. Hinsichtlich der Datenverwendung wurde bestimmt, dass ein begründeter Verdacht einer auch im Einzelfall schwerwiegenden Straftat unverzichtbare Voraussetzung für den Datenabruf ist. Welche Straftaten dies sein werden, ist durch den Gesetzgeber abschließend festzulegen. Hinsichtlich der Gefahrenabwehr muss für einen Datenabruf hinreichend belegt werden, dass eine konkrete Gefahr für Freiheit, Leib oder Leben einer Person, für den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes vorliegt oder die Abwehr einer Gemeingefahr erforderlich ist.

Darüber hinaus darf eine Verwendung der Daten ohne Wissen des Betroffenen

lediglich dann erfolgen, wenn anderenfalls der Zweck der Untersuchung vereitelt würde. Eine heimliche Verwendung muss damit zum einen im Einzelfall erforderlich sein und richterlich angeordnet werden, zum anderen muss der Betroffene jedenfalls im Nachhinein informiert werden. Die Übermittlung und Nutzung der gespeicherten Daten ist somit grundsätzlich unter einen Richtervorbehalt zu stellen, damit dem Betroffenen die Möglichkeit eines Rechtsschutzes gegen die Verwendung seiner Telekommunikationsverkehrsdaten eröffnet wird.

Bislang sind die Anforderungen an die Datensicherheit teilweise eher an der Wirtschaftlichkeit orientiert. Auch wurde den Speicherungspflichtigen die Erfüllung der einzelnen Datensicherungsinstrumente nicht zwingend vorgegeben. Ein Sanktionssystem für Verstöße gegen die Datensicherheit ist zwar vorhanden, aber nicht wirklich ausgewogen. Auch ging der deutsche Gesetzgeber hinsichtlich der Verwendung der Daten weit über die europarechtlichen Zielvorgaben hinaus, indem er die Datenverwendung nicht auf die Verfolgung schwerer Straftaten beschränkte.

Was bedeutet die Entscheidung für Ärzte und Zahnärzte? Grundsätzlich bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber den Schutz der Geheimnisträger verbessern wird. Da das Karlsruher Urteil diesen Punkt jedoch nicht explizit rügte, erscheint die Aufnahme einer Ausnahmeregelung für Ärzte und Zahnärzte eher zweifelhaft. Dennoch bietet das Urteil deutliche Chancen für die Ärzte-/Zahnärzteschaft sowie andere Geheimnisträger, da die Anforderungen an Datensicherheit sowie Verwendung und Erhebung der Daten deutlich angehoben werden.

**Ass. Claudia Mundt**

Anzeige

# Der chronische Schmerzpatient in der Praxis

## Möglichkeiten und Grenzen der zahnärztlichen Funktionstherapie

Der Schmerz gehört zu denjenigen Symptomen, die die Lebensqualität besonders stark und nachhaltig beeinträchtigen können. Entsprechend groß sind die Erwartungen an therapeutische Strategien zur Beseitigung oder zumindest Linderung des Schmerzes. Die Gefahr der Interaktion zwischen Behandler und Patienten besteht darin, dass sich beide der Vorstellung unterwerfen, dass der Mangel, das Defizit, die Unvollkommenheit behoben werden kann. Diese eindeutige Kausalität aus Ursache und Erkrankung sowie Therapie und Heilung, die z. B. in der Kariestherapie bei der Behandlung des akuten Schmerzes nahezu uneingeschränkt funktioniert, verliert bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten scheinbar ihre Wirkung, bewährte Therapiekonzepte versagen. Die diagnostische Herausforderung besteht darin, die systemübergreifenden Muster hinter dem Symptom Schmerz zu erkennen und mit Hilfe der zahnärztlichen Funktionstherapie einen Beitrag zur Salutogenese des Patienten zu leisten.

In der Betrachtung der Pathogenese der Craniomandibulären Dysfunktion hat sich in den letzten Jahren eine deutliche Trendwende vollzogen – weg von der „okklusionsbedingten Funktionsstörung“ hin zur „Chronischen Erkrankung mit psychosozialer Ätiologie“.

Diese Erkenntnis macht es uns in der täglichen Praxis aber nicht wesentlich einfacher, denn die Patienten mit den typischen Störungsbildern mit hoher psychischer und sozialer Valenz wie Kiefer- und Gesichtsschmerzen, Prothesenunverträglichkeit, Zungen- und Mundbrennen, Kaufunktionsstörungen suchen uns als Zahnarzt (im Sinne des Handwerkers, der das schon wieder in Ordnung bringen wird) und nicht als Psychotherapeuten auf. Die reflexartige Reaktion: „Da machen wir eine Aufbisschiene“ kann hilfreich sein, führt aber häufig zum gegenteiligen Ergebnis. Zu den vielen vorangegangenen symptomatischen Therapieansätzen gesellt sich eine weitere erfolglose Therapie. Der Patient wird in seinem somatoformen Störungsmuster gefestigt.

Aus differenzialdiagnostischer Sicht stellt sich die Frage: Inwieweit kann eine Veränderung der Okklusion tatsächlich zur Salutogenese des Patienten im Rahmen eines interdisziplinären Gesamtkonzeptes beitragen?

### Deziierte Stufendiagnostik zur Identifizierung okklusaler Stressoren

#### • CMD-Kurzbefund

Dieser 6-Punkte-Test (nach Jakstat und Ahlers) sollte als Screening bei jeder Erstvorstellung unabhängig von der Fragestellung im Rahmen des 01-Befundes routinemäßig durchgeführt werden:

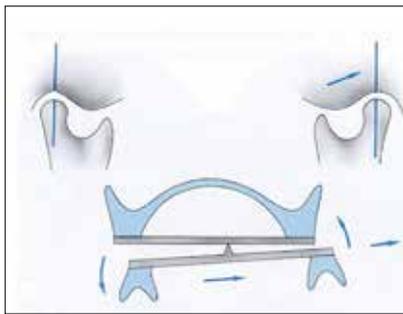


Abb. 1 - Durch Aufhebung der okklusalen Kontakte und zentrale Abstützung des Unterkiefers über einen Stift gleiten die Kondylen in die zentrale Position der Gelenkpfanne. Die Chance einer Gelenkzentrierung wird optimal genutzt, aber leider durch gar nichts gewährleistet. (Gerber 1989)



Abb. 2 - Bereits geringe okklusale Defizite können zu deutlichen Kondylenverlagerungen führen, wenn der Unterkiefer in die maximale Intercuspitation gleitet.



Abb. 3 - Entspannungsplatte (Luciajig) auf Miniplateschiene: Das frontale Plateau ist so gestaltet, dass bei allen Exkursionsbewegungen des Unterkiefers nur ein unterer Frontzahn Kontakt findet.

- Mundöffnung asymmetrisch
- Mundöffnung eingeschränkt
- Gelenkgeräusche
- Okklusale Besonderheiten
- Muskelpalpation schmerzhaft
- Parafunktionelle Befunde

Ist nur einer der vorgenannten Punkte positiv, kann man von einer akuten Erkrankung bzw. von einem gut kompensierten Zustand ausgehen. Zwei positive Befunde sind als grenzwertig einzuschätzen, jegliche Veränderung in den okklusalen Beziehungen kann zur Dekompensation führen. Mehr als zwei positive Befunde sprechen für einen dekompensierten Zustand und erfordern weiterführende diagnostische Maßnahmen.

#### • Klinische Funktionsdiagnostik

Die Aufnahme eines systematischen klinischen Funktionsstatus ist Grundvoraussetzung für eine effiziente Funktionstherapie. Um die im Anamnesegespräch und bei der Befunderhebung enorme Fülle von Informationen strukturiert zu erfassen, hat sich die Verwendung von Befundbögen bewährt, z. B. das kostenfreie Angebot der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf

[www.dgzmk.de/uploads/media/Funktionsstatus.pdf](http://www.dgzmk.de/uploads/media/Funktionsstatus.pdf)

Im Basisset der im Verlag Dentaconcept erschienenen Formblätter ist auch ein Fragebogen zur Stressbelastung enthalten ([www.funktionsdiagnostik.de](http://www.funktionsdiagnostik.de)). Sicher eine wertvolle Hilfe, um zunächst einen orientierenden Eindruck über die psycho-emotionale Belastungssituation des Patienten zu erhalten.

#### – Anamnese

Zunächst schildert der Patient seine Beschwerden möglichst ohne Unterbrechung. Nachfragen sollten auf seine Hauptbeschwerden zielen und auf bisherige Therapien und deren Erfolge. Kann der Patient keine verwertbaren Angaben zu bisherigen Therapien machen, hat es sich bewährt, die angegebenen Kollegen zu kontaktieren, um erfolglose Therapiestrategien nicht zu wiederholen. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn der Patient die Auskunft über Vorbehandler und deren Therapieansatz verweigert. Das ist ein signifikanter Hinweis auf eine psychosomatische Störung und sollte im weiteren Verlauf der Diagnostik und

Therapieplanung unbedingt Beachtung finden.

#### – Befundaufnahme

- Parafunktionelle Befunde
- Gelenkrelevante Befunde
- Befunde in Okklusion und Artikulation
- Muskelpalpation
- Beurteilung der Körperhaltung
- Psychosomatische Beurteilung

Die Beurteilung der psycho-emotionalen Reaktionslage muss mit besonderem Fingerspitzengefühl erfolgen. Bereits im ersten Anamnesegespräch wird die Grundlage für ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis als Voraussetzung für eine komplexe Therapie geschaffen oder verspielt. Einerseits entwickeln chronische Schmerzpatienten objektiv eine psychogene Komponente, die das Krankheitsbild weiter negativ beeinflusst, andererseits sind sie hoch sensibilisiert, „in die Psychoecke gestellt zu werden“, und verschließen sich einer zweckmäßigen psychologischen Kotheapie. In den seltenen Fällen einer psychiatrischen Grunderkrankung ist jede somatische Therapie kontraproduktiv.

#### Und wenn es doch eine okklusionsbedingte Störung ist?

##### • Instrumentelle Funktionsdiagnostik

Ziel der instrumentellen Funktionsdiagnostik ist es, die physiologische Ruhelage des Unterkiefers gegenüber dem Oberkiefer zu bestimmen. Im Idealfall führt die isotonische Kontraktion der Elevatoren den Unterkiefer direkt aus der Ruhelage in die maximale Intercuspida-



Abb. 4 und 5 - Nonokklusion im Seit-zahngebiet nach Behandlung einer anterioren Diskusverlagerung mit Reposition mit einer Distractionsschiene

tion bei zentrischer Positionierung der Kondylen. Der Nachweis okklusaler Interferenzen, die in der maximalen Intercuspitation eine Verlagerung des Unterkiefers provozieren, ist Grundlage einer ursachenbezogenen Schienentherapie.

#### – Aktive Registrierverfahren

Die aktiv registrierte Unterkieferposition wird ausschließlich über die vom Patienten ausgeführte Schließbewegung bestimmt. Es erfolgt keine manuelle Beeinflussung durch den Behandler, oder interokklusale Behelfe zur neuromuskulären Deprogrammierung.

#### – Passive Registrierverfahren

Die intermaxilläre Registrierung erfolgt im wesentlichen mit manueller Unterstützung des Behandlers mit dem Ziel, die Kondylen senkrecht gegen den posterioren Anteil der Gelenkfossa zu zentrieren.

#### – Semiaktive Registrierverfahren

Die Führung des Unterkiefers in die zentrische Relation erfolgt aktiv durch den Patienten, wird aber durch intra- oder extraorale Registrierbehelfe beeinflusst und kontrolliert.

- Plattenregistrare mit speziellen Grifftechniken
- inzisale Aufbisse
- intraorale Stützstiftsysteme
- paraokklusale Achsiografie

Trotz aller methodikbedingten Fehlerquellen zeigen intraorale Stützstiftregistrare die geringste Fehleranfälligkeit gegenüber dem momentanen Systemzustand des Patienten (s. Abb. 1).

##### • Modelldiagnostik im voll adjustierbaren Artikulator

Für die schädelbezogene Montage des Oberkiefermodells ist ein Gesichtsbogenregistrat unabdingbar. Das Unterkiefermodell wird mit Hilfe der Registrare zugeordnet und der Artikulator abgesenkt. Beim CMD-Patienten wird im Regelfall kein intermaxillärer Vielpunktkontakt entstehen. Nach Freigabe der Artikulator-„Kondylen“ kann bestimmt werden, welche Bewegungen des Unterkiefers erforderlich sind, um eine maximale Intercuspitation zu erreichen.

Stimmen die Bewegungsrichtungen mit den in der klinischen Funktionsdiagnostik erkannten Belastungsvektoren überein, ist der Nachweis für eine okklusionsogene Störung erbracht (s. Abb. 2).

#### Therapieplan, Verlaufskontrolle und Prognose

In die Erarbeitung des Therapieplanes ist der Patient aktiv einzubeziehen. Wäh-

rend akut aufgetretene Schmerzen relativ schnell zu beherrschen sind, ist die Behandlung lange bestehender chronischer Beschwerdebilder wesentlich aufwändiger. Die zeitliche und finanzielle Belastung ist unter Umständen erheblich, Kotheapien z. B. beim Physiotherapeuten, Logopäden, Orthopäden, spezialisierten



Abb. 6 bis 8 - Adjustierte Aufbisschiene im Oberkiefer bei frontal offenem Biss und einer physiologisch ungünstigen Neigung der Okklusionsebene



Abb. 9 - Adjustierte Aufbisschiene im Unterkiefer zur Korrektur okklusaler Defizite im Seit-zahngebiet. Der vorhandene Frontzahnkontakt (hier bei 33-42) in Gelenkzentrik bleibt erhalten. Es erfolgt keine Bisshebung über den ersten zentralen Kontakt hinaus.



Abb. 10 und 11 - Die Stufe in der Okklusionsebene distal der unteren 3-er war schon im Ausgangsbefund vorhanden und ist keine Folge der Schienentherapie, sondern okklusale Ursache für die anteriore Diskusverlagerung.



Abb. 12 - Gezielte Elongation von 36 bei gleichzeitiger Sicherung der zentralen UK-Position

Augenoptiker oder Psychosomatiker sind für eine fundierte Therapie möglicherweise erforderlich. Das grundsätzliche Verständnis des Patienten für den komplexen Charakter der Erkrankung ist für die Compliance notwendig. Ob eine vollständige Besserung der bestehenden Beschwerden erfolgt, ist von vornherein nicht zu beurteilen, Rezidive kommen auch bei zunächst erfolgreichem Therapieverlauf regelmäßig vor und sind nicht als Misserfolg der Therapie zu werten. Auch nach korrekter Bisslageeinstellung und intensiver interdisziplinärer Therapie können Beschwerden persistieren, die z. B. eine Schmerzdukation, Dauermedikation oder periodische physiotherapeutische Maßnahmen erfordern. Der zahnärztliche Part im Therapeutenteam besteht in einer adäquaten Schienentherapie.

**Zielorientierte Schienentherapie**

• **Unterbrechung akuter Schmerzzustände**

Die Behandlung akuter Schmerzzustände mittels nicht adjustierten Aufbissbehelfen, wie

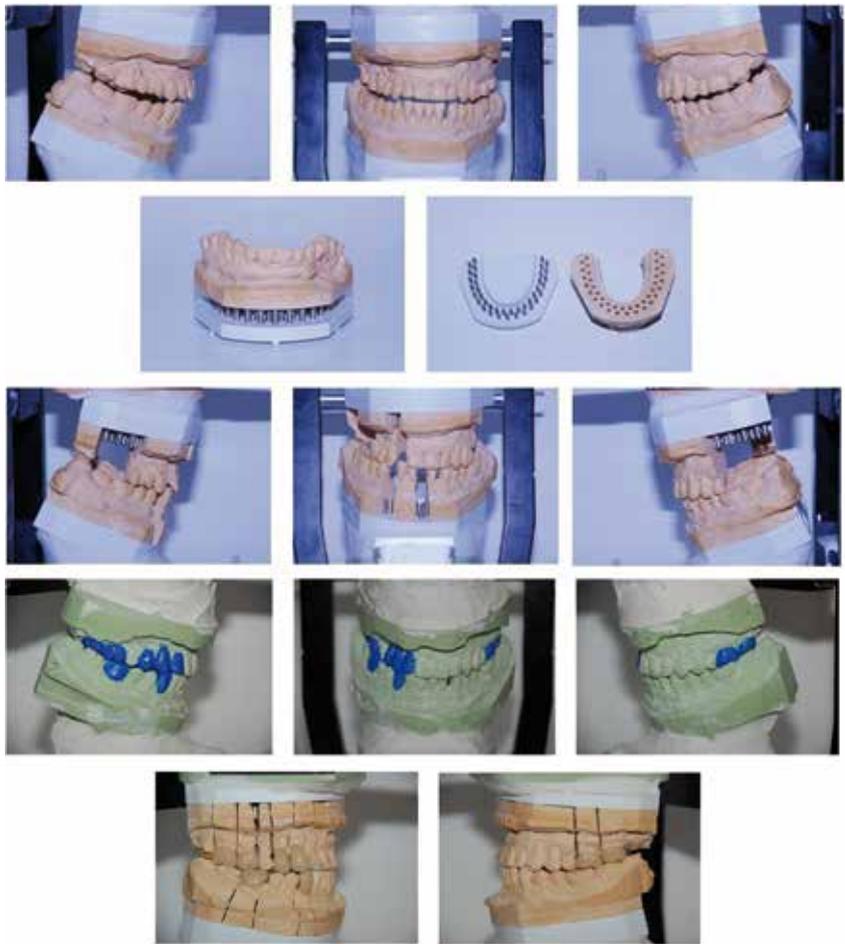


Abb. 13 - Beschwerdefreie, zentrische Unterkieferposition mit Stabilisierungsschiene gesichert und die definitive Rekonstruktion mit gefrästen vollkeramischen Kronen.

- Aqualizer
- Miniplastschienen mit Bissserhöhung
- Reflexschienen (Interzeptor nach Schulte, NTI.TSS®-Gerät, Entspannungplatte mit frontalem Aufbiss)

ist in der Regel unproblematisch, da die Anwendung auf einen kurzen Zeitraum beschränkt ist und sich kurzfristig Behandlungserfolge einstellen (s. Abb. 3).

Diese Schienen werden nachts getragen und sollten binnen weniger Wochen zu einer deutlichen Linderung führen. Bei unkontrolliertem, längerfristigem Tragen kann vor allem die Miniplastschiene eine Verstärkung bestehender Parafunktionen bewirken.

• **Repositionierung des Diskus artikularis**

– Repositionierungsschiene

Der Unterkiefer wird in eine protrusive Position geführt, bei der kein Knackgeräusch mehr auftritt und durch entsprechende Einbisse oder Führungsschilde in dieser Position gehalten.

– Distractionsschiene

Durch Einlegen von Zinnfolien im Artikulator entsteht bei der Konstruktion der Schiene im Seitengebiete ein nach distal größer werdender Frühkontakt, der eine Distraction der Gelenkkapsel bewirken soll und somit den für die regelrechte Positionierung des Diskus artikularis notwendigen Gelenkspalt wieder herstellen soll.

Beide Schientypen müssen über einen langen Zeitraum ganztägig getragen werden und führen zu einer Disklusion im Seitenzahngebiet, die nach Erreichen einer relativen Beschwerdefreiheit aufwendig kieferorthopädisch oder restaurativ behandelt werden muss. Trotz derart aufwendiger Korrekturen treten häufig Rezidive auf, sodass der Einsatz dieser Schientypen äußerst kritisch abgewogen werden sollte (s. Abb. 4 und 5).

#### • Okklusale Stabilisierung der Gelenkzentrik

Soll eine Bisslageumstellung mit Etablierung einer neuromuskulären Zentrik erfolgen, ist die adjustierte Aufbisschiene (Stabilisierungsschiene, Äquilibrationsschiene, Zentrikschiene) mit idealer Okklusion und Artikulation das Mittel der Wahl. Bei der Konstruktion der Schiene ist es für die Akzeptanz durch den Patienten erforderlich, ein Maximum an Komfort zu erreichen. Eine grazile Gestaltung mit ausreichender Ästhetik und Phonetik erleichtert es dem Patienten, der Forderung nachzukommen, die Schiene 24 Stunden am Tag zu tragen. Nur durch diese ständige okklusale Sicherung der zentrischen Kondylenposition ist es möglich, die muskulären Engramme neu zu programmieren und eine dauerhafte Senkung des Muskeltonus zu erreichen. Die Konstruktionsform ist abhängig von der Restbezahnung und wird durch das Ziel „ideale Okklusion und interferenzfreie Front-/Eckzahnführung“ vorgegeben (s. Abb. 6 bis 9).

Die okklusale Gestaltung zielt auf die Kompensation von Defiziten. Nach Möglichkeit wird die vertikale Relation auf dem ersten zentrischen Kontakt eingestellt, lediglich im Bereich der Eckzähne werden kleine Aufbauten angebracht, um Hyperbalancekontakte aufzulösen und eine leicht anterior gerichtete Laterotrusion zu etablieren. Aus dem Verständnis biologischer Regelsysteme heraus, ist nachvollziehbar, dass die Erstdiagnostik nur eine Momentaufnahme der Problematik sein kann. Das einmalige Entfernen okklusaler Interferenzen führt nicht unmittelbar zu einer neuro-muskulären Stabilisation des Unterkiefers. Die einsetzende muskuläre Entspannung führt zu räumlichen Verlagerungen der Mandibula und erfordert mehrfache Okklusionskorrekturen. Nach ca. 10 Wochen werden erneut ein klinischer Funktionsstatus erhoben, mittels instrumenteller Diagnostik die Zentrik bestimmt und die Schiene im Artikulator geprüft. Bei geänderten okklusalen Beziehungen wird die Schiene entsprechend neu adjustiert. Kritisch muss der bisherige Behandlungsverlauf gewertet werden und gege-

benenfalls auch die Therapie nachjustiert werden. Erst wenn bei mehreren Nachregistrierungen über einen längeren Zeitraum eine relative Beschwerdefreiheit erreicht ist und sich die Modellsituation im Artikulator nicht mehr ändert, kann man davon ausgehen, die definitive neuromuskuläre Zentrik erreicht zu haben. Hält die Beschwerdefreiheit über einen längeren Beobachtungs- und Stabilisierungszeitraum an, kann über die weitere Therapie entschieden werden.

#### Definitive Therapie

Die definitive Therapie muss nicht zwangsläufig in einer generalisierten Neugestaltung der Okklusionsbeziehung bestehen. Bei relativ geringen Diskrepanzen zwischen der zentrischen Kieferrelation und der habituellen maximalen Intercuspidation ist eine „Entwöhnung“ von der Schiene möglich, ohne dass die Beschwerden wieder auftreten. Die Schiene wird dann nachts und bei Bedarf in stressreichen Lebensabschnitten getragen. Bleibt die relative Beschwerdefreiheit in diesem kompensierten Zustand erhalten, ist ein Eingriff in die Okklusion nicht indiziert. Bei Patienten, bei denen aufgrund der Restbezahnung eine prothetische Neuversorgung ansteht, ist es sinnvoll, diese in Gelenkzentrik mit idealen Okklusionsbeziehungen anzustreben.

Besonders verantwortungsvoll ist die Entscheidungsfindung bei Patienten, bei denen aufgrund der großen Diskrepanz zwischen der habituellen Intercuspidation und der zentrischen Unterkieferposition eine beschwerdefreie Entwöhnung von der Schiene nicht gelingt. Hier ist eine dauerhafte Korrektur der Okklusionsbeziehung erforderlich.

#### • Dauerschiene

Die aus Acrylat oder auf der Basis von Tiefziehfolien hergestellten Schienen haben oft eine begrenzte Lebensdauer. Langzeitschienen können aus Modellguss (mit oder ohne Verblendung) hergestellt werden. Dabei ist strikt darauf zu achten, dass alle Zähne, die keinen primären Kontakt zur Gegenbezahnung haben, von der Schiene gefasst werden, um Elongationen zu vermeiden (s. Abb. 10 und 11).

#### • Kieferorthopädische Korrektur

Die kieferorthopädische Korrektur insuffizienter Okklusionsbeziehungen im Seitenzahngebiet ist sehr sicher über Gummizüge zu realisieren. Dabei wird die Stabilisierungsschiene im Bereich des zu bewegendes Zahnes ausgeschliffen und dieser über Gummizüge an die Gegenbezahnung angenähert. Die zentrische UK-Position bleibt dabei über die Aufbiss-

schiene gesichert. Die Zahnbewegung ist somit definiert zu steuern, verlangt aber eine absolut zuverlässige Mitarbeit des Patienten und ist wegen der Rezidivfreudigkeit mit sehr langen Retentionsphasen verbunden (s. Abb. 12).

#### • Zahnaufbauten

Deutlich schneller – wenn auch teilweise unter Opferung von intakter Zahnhartsubstanz – führen Zahnaufbauten zur definitiven okklusalen Stabilisierung der zentrischen UK-Position. Diese können entweder sehr aufwändig direkt im Mund mit Kompositen oder über gefrägte keramische Overlays (z. B. CEREC) realisiert werden.

#### • Prothetische Rekonstruktion

Unter Umständen ist es auch unumgänglich, sehr komplexe prothetische Rekonstruktionen durchzuführen. Diese erfordern ein hohes Maß an Planung, um den gewünschten therapeutischen Effekt zu erreichen. Modelldiagnostik mit voll gepintten Sägeschnittmodellen, Wax-up und idealerweise laborgefertigte Langzeitprovisorien in der gewünschten Zielposition für einen Zeitraum von drei Monaten sind Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der erarbeiteten Kieferrelation. (Abb. 13)

#### Dispensaire-Betreuung

Chronische Schmerzpatienten sind treu – sie kommen immer wieder.

Trotz perfekt ausgeführter interdisziplinärer Therapie der somatischen Befunde und gegebenenfalls begleitender psychologischer Betreuung hat sich das psychosomatische Reaktionsmuster unauslöschbar eingepreßt. Psychosoziale Belastungssituationen können zur Wiederbelebung früherer somatischer Reaktionsmuster führen.

Der mit der Situation verbundene Affekt wird nicht als Gefühl, sondern als bedrohliche Organfunktionsstörung wahrgenommen. Bereiten Sie Ihre Patienten, sich und Ihr Team auf die Situation: „Aber es hat alles nichts geholfen!“ vor. Blinder Aktionismus ist an dieser Stelle genauso wenig förderlich, wie die abwehrende Haltung: „Wir haben alles für Sie getan.“ Eine langfristig aufgebaute Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten ist in dieser Situation wünschenswert. In Abwandlung eines oft zitierten Bonmots von Prof. Gutowski: Ohne Okklusion ist alles nichts, aber Okklusion ist nicht alles.

**Dipl.-Stom. Tom Friedrichs, Zahnarzt  
in eigener Niederlassung in Dresden**

Mit freundlicher Genehmigung aus dem Zahnärzteblatt Sachsen 02/2010

# Bedarfsplan für die allgemein Zahnärztliche Versorgung

Bekanntmachung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV M-V) im Einvernehmen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen

Stand: 27. Januar 2010

Planbereich	Einwohner per 31.07.2009	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	53.823	43,5	32,0	135,9
Neubrandenburg-Stadt	65.416	61	38,9	156,8
Rostock-Stadt	200.292	204	156,5	130,4
Schwerin-Stadt	95.186	85	56,7	149,9
Stralsund-Stadt	57.561	41,5	34,3	121,0
Wismar-Stadt	44.421	42	26,4	159,1
Bad Doberan	117.729	67	70,1	95,6
Demmin	81.209	53	48,3	109,7
Güstrow	100.527	66,5	59,8	111,2
Ludwigslust	129.256	78,75	76,9	102,4
Mecklenburg-Strelitz	79.142	52	47,1	110,4
Müritz	65.526	43,5	39,0	111,5
Nordvorpommern	107.177	70	63,8	109,7
Nordwestmecklenburg	117.453	63	69,9	90,1
Ostvorpommern	106.478	71	63,4	112,0
Parchim	97.692	61	58,2	104,8
Rügen	68.630	49	40,9	119,8
Uecker-Randow	73.543	51,5	43,8	117,6

## Auszug aus den Richtlinien über die Bedarfsplanung vom 21. August 2008

### 1. Unterversorgung:

Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks Vertragszahnarztstühle, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung anderer Zahnärzte und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen nicht behoben werden kann.

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 Prozent überschreitet.

### 2. Verhältniszahlen für den allgemein bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung:

2.1 Für Regionen mit Verdichtungsansätzen (Kernstädte) 1:1280

Die Verhältniszahl 1280 findet demzufolge nur für den Planbereich Rostock-Stadt Anwendung.

2.2 Für ländlich geprägte Regionen (verdichtete Kreise) 1:1680

Für alle Planbereiche (außer Rostock-Stadt) trifft die Verhältniszahl 1680 zu.

### 3. Verhältniszahl für den allgemein bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung:

Es wurde für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:4000 festgelegt, wobei die Bezugsgröße die Bevölkerungsgruppe der 0 bis 18-Jährigen ist.

# Bedarfsplan für die kieferorthopädische Versorgung

Bekanntmachung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV M-V) im Einvernehmen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen

Stand: 27. Januar 2010

Planbereich	0-18 Jahre per 31.12.2008	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	6.446	3	1,6	187,5
Neubrandenburg-Stadt	7.974	2	2,0	100,0
Rostock-Stadt	22.766	9	5,7	157,9
Schwerin-Stadt	11.520	7	2,9	241,4
Stralsund-Stadt	6.763	3	1,7	176,5
Wismar-Stadt	5.012	2	1,3	153,8
Bad Doberan	16.562	5	4,1	122,0
Demmin	10.945	3	2,7	111,1
Güstrow	13.876	4	3,5	114,3
Ludwigslust	18.253	4	4,6	87,0
Mecklenburg-Strelitz	10.302	1	2,6	38,5
Müritz	8.775	2	2,2	90,9
Nordvorpommern	13.992	4	3,5	114,3
Nordwestmecklenburg	17.732	1	4,4	22,7
Ostvorpommern	13.802	1	3,5	28,6
Parchim	12.959	2	3,2	62,5
Rügen	8.452	2	2,1	95,2
Uecker-Randow	9.356	2	2,3	87,0

## Einfach Anmeldung zum ZÄK-Newsletter

Die Anmeldung zum Erhalt des Newsletters der Zahnärztekammer ist denkbar einfach und schnell gemacht: Gehen Sie auf [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de) und klicken Sie in der linken Navigationsleiste auf den Menüpunkt „Newsletter“. Geben Sie nun Ihre E-mail-Adresse, Name und Approbationsjahr in das Formular ein. Sie erhalten kurz darauf eine Bestätigungsmail, mit der Sie sich endgültig für den Erhalt des Newsletters freischalten. Sie sind nun in unserem Verteiler gelistet. Fragen unter der Rufnummer 0385-59108-27 (Diana Gronow) Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

ZÄK M-V

Anzeige

## Wir gratulieren zum Geburtstag

Im April und Mai vollenden

**das 80. Lebensjahr**

Dr. Hans Henning (Greifswald)  
am 19. April,  
Dr. Hans-Dieter Krempin  
(Ribnitz-Damgarten)  
am 27. April,

**das 75. Lebensjahr**

Zahnärztin Margot Pohlmann  
(Dierhagen) am 11. April,

**das 70. Lebensjahr**

Zahnärztin Margarete Ebel  
(Schwerin)  
am 13. April,  
Dr. Lothar Hahn (Lübz)  
am 17. April,  
Dr. Ulrich Teseler (Rostock)  
am 21. April,  
Dr. Klaus Heyne (Tribsees)  
am 28. April,

**das 65. Lebensjahr**

Dipl.-Med. Peter Sonntag  
(Bad Kleinen)  
am 23. April,

**das 60. Lebensjahr**

Dr. Martin Stein (Rostock)  
am 24. April,  
Zahnärztin Gisela Schubert  
(Greifswald)  
am 25. April,  
Dr. Heidelinde Schmuhl (Wolgast)  
am 28. April,  
Zahnärztin Sigrit Noak  
(Penzlin)  
am 6. Mai,  
Dr. Gundula Kock (Schwerin)  
am 6. Mai,  
**das 50. Lebensjahr**  
Dr. Udo Krüger (Strasburg)  
am 15. April und  
Dr. Kirsten Schult  
(Grevesmühlen)  
am 28. April

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

## Hinweis zur Veröffentlichung der Geburtsdaten

Seit Januar 1993 werden im Mitteilungsblatt *dens* regelmäßig die Daten zum 50., 60., 65., 70., ... Geburtstag von Kammermitgliedern veröffentlicht. Hintergrund ist neben der Gratulation auch eine Würdigung der Leistung des Jubilars.

Es wird gebeten, dass diejenigen,

die eine Veröffentlichung dieser Daten nicht wünschen, dies mindestens zwei Monate vor dem Jubiläum dem Referat Mitgliederwesen der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Jana Voigt, Tel. 0385/59108-17, mitzuteilen.

**Redaktion dens**

Wir trauern um

**Dr. Claudia Pögl**  
Rostock

geb. 20. Februar 1975  
gest. 28. Februar 2010

Wir werden ihr ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern

# 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, an den gestrichelten Linien zu falzen und in einen Fensterbriefumschlag an folgende Adresse zu schicken:

**Satztechnik Meißen GmbH**  
Frau Sabine Sperling  
Am Sand 1 c  
01665 Diera-Zehren OT Nieschütz

Tel.: 0 35 25 /71 86 24  
Fax: 0 35 25 /71 86 10  
E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

Der Anzeigenschluss für Ihre Kleinanzeigen ist jeweils der 15. des Vormonats.

## Kleinanzeigen-Coupon

Bitte veröffentlichen Sie folgenden Text:

---

---

---

---

---

---

---

Mit Chiffre: (bitte ankreuzen!)

 Ja

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

**Preis:**

7,- € je Druckzeile zzgl. MwSt.

**Chiffregebühr:**

10,- € zzgl. MwSt.

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Plz./Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich erteile der Satztechnik Meißen GmbH widerruflich die Ermächtigung zum Bankeinzug des Rechnungsbetrages:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_