



dens

4
2011
15. April

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen 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 1c
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, die arbeitslos sind, wird die Hälfte des Preises berechnet (Nur bei Stellen-
gesuchen bitte Nachweis der Arbeitslosigkeit beifügen).

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: _____

Neue GOZ – aus meiner Sicht

BMG legte Referentenentwurf zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte vor



Dipl.-Stom. Andreas Wegener, Vizepräsident und GOZ-Referent der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Am 29. März legte das BMG den Referentenentwurf zur Aktualisierung der 23 Jahre alten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vor. Viele Jahre kämpfte die deutsche Zahnärzteschaft um eine neue GOZ, denn eine völlig veraltete Leistungsbeschreibung ging einher mit einem seit 1988 unveränderten Punktwert.

Große Hoffnungen setzten wir auf die schwarz/gelbe Koalition, die im Koalitionsvertrag vereinbarte, die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Daraufhin folgten zahlreiche Beratungsgespräche durch die BZÄK im BMG zu den fachlichen Inhalten der GOZ. Die anfänglich herangezogene HOZ wurde auf Grund der wirtschaftlichen Auswirkungen durch das BMG verworfen. Nochmals sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass in den Gesprächen zwischen BMG, Beihilfe, PKV und BZÄK keine Verhandlungen stattfanden, da die GOZ eine Verordnung darstellt, die allein durch die Bundesregierung erlassen wird. Gleichzeitig war die BZÄK in unzähligen Gesprächen mit Politikern

aller Fraktionen bemüht, die Notwendigkeit und die Zielausrichtung einer neuen Gebührenordnung zu untermauern, denn nicht nur Leistungen für Privatpatienten und Patienten der Beihilfe, sondern in zunehmendem Maße auch Leistungen für GKV-Versicherte werden nach der GOZ berechnet. Natürlich sind Bund, Länder und Kommunen bei der Knappheit ihrer finanziellen Mittel bestrebt, die Ausgaben für ihre Beihilfeberechtigten zu begrenzen. Die Lösung kann aber nicht weiter auf dem Rücken der Leistungserbringer und zu Lasten der Versorgungsqualität ausgetragen werden.

Eine einfache Lösung war und ist die Trennung von Liquidation und Erstattung. Auch wenn der Staat eine Fürsorgepflicht für seine Beamten hat, ist es unter den heutigen Bedingungen jedem Beamten zuzumuten, die entstehende Differenz privat abzusichern. Nichts anderes ist übrigens gesetzlich Krankenversicherten durch zahlreiche Gesundheitsreformen im Laufe der vergangenen zwei Jahrzehnte widerfahren. Auch die PKV blies zum Sturm gegen die Novellierung der GOZ. Das Ausgabenvolumen

für die zahnmedizinische Behandlung ihrer Vollversicherten sei in den vergangenen zehn Jahren um 36 Prozent gestiegen. Lösung für diese Entwicklung wäre nur eine Öffnungsklausel, die es erlaube, der Kostenentwicklung Einhalt zu gebieten. Dazu muss jedoch bemerkt werden, dass die von der PKV angeführte Steigerung nicht auf einer Honorarerhöhung basiert, sondern auf einer erhöhten Leistungsanspruchnahme.

Vor diesem Hintergrund stellte die BZÄK drei Hauptforderungen für eine Novellierung der GOZ auf:

1. keine Öffnungsklausel im Verordnungsteil
2. eine sich am wissenschaftlichen Fortschritt orientierende Leistungsbeschreibung
3. einen Ausgleich für den 23 Jahre unveränderten Punktwert.

Ist denn nun der große Wurf gelungen oder ist der Stein des Weisen nur aus der Hand des Ministers und uns auf den Fuß gefallen?

Der Verzicht auf die Öffnungsklausel durch das Ministerium kann nicht hoch genug bewertet werden, würde sie doch einseitig für die PKV die Möglichkeit bieten, zu Dumpingpreisen zahnmedizinische Leistungen unter Umgehung einer Gebührenordnung von uns Zahnärzten einzufordern. Eine wie auch immer ausgestaltete und mit (gewünschten) Honorarerhöhungen versehene Gebührenordnung wäre vor diesem Hintergrund nur Makulatur. Und dass dabei selbst die Niedriggebühren der letzten 23 Jahre noch unterboten werden sollen, kann sich inzwischen wohl jede(r) Kollege(in) vorstellen. Jedem, der meint, eine solche Öffnungsklausel wäre vor dem Hintergrund einer angemessenen Honorarerhöhung doch akzeptabel gewesen, können abschreckende Beispiele für Selektivverträge mit Dumpinghonoraren aus dem Bereich der Rechtsanwälte aufgezeigt werden.

In der Leistungsbeschreibung ist es nicht gelungen, den wissenschaftlichen Fortschritt in der Zahnmedizin der letzten 23 Jahre abzubilden. Neben der Implementierung der wichtigsten bisherigen Analogleistungen sieht der Entwurf nur einige wenige neue

Fortsetzung auf Seite 2

Leistungen vor. Der Verordnungsteil bleibt bei den bisherigen Grundregelungen einer freien Vereinbarung nach § 2 und der Möglichkeit, den Faktorhöchstsatz nach Vereinbarung zu überschreiten. Auch die Möglichkeit der Berechnung neuer Leistungen nach § 6 (analoge Leistungen) bleibt erhalten, wobei jetzt nicht mehr die Analogie für die erst nach Inkrafttreten dieser GOZ neu entwickelten Leistungen, sondern für alle neuen Leistungen, die nicht in dieser GOZ enthalten sind, gilt.

Durch die Neubeschreibung einiger weniger Leistungen (z.B. PZR) und die vereinzelte Erhöhung von Punktzahlen ist es bei gleichbleibendem Punktwert zu einer echten Honorarerhöhung von 6 Prozent gekommen. Dieser Umstand ist natürlich völlig unbefriedigend nach 23 Jahren und umso mehr verwundert die Reaktion einiger SPD-Abgeordneten im Bundestag, die diese Erhöhung als noch zu hoch empfinden.

Ebenfalls zeigt die AOK eine übersteigerte Fürsorgepflicht ihren Mitgliedern gegenüber, indem sie sich Sorgen macht, dass diese Versicherten durch die gleich- und andersartigen Versorgungen im Zahnersatzbereich durch den 6-prozentigen Honorarzuwachs in der GOZ überlastet werden. Tatsächlich wünscht man sich auch in der AOK eine Öffnungsklausel in der GOZ, um den Versicherten privatrechtliche Zusatzverträge anbieten zu können. Der Konkurrenzkampf zwischen GKV und PKV ist zwar deutlich sichtbar. Er zeigt auch, mit welchen Gegnern und welchen Forderungen sich der Berufsstand auseinandersetzen muss. Auch vor diesem

Hintergrund wird der Kampf gegen eine Öffnungsklausel weiter schwierig bleiben.

Dass sich Versicherungen nicht um das Wohl von Zahnärzten sorgen, liegt wohl in der Natur der Dinge. Dass sie jedoch wieder ihre Versicherten entmündigen, indem sie ihnen die Fähigkeit zu eigenen Entscheidungen in ihrer zahnärztlichen Versorgung absprechen, zeugt von mangelndem Vertrauen den eigenen Versicherten gegenüber. Scheinbar ist ihnen ein unmündiger Beitragszahler wichtiger.

Bevor am 9. Mai die Anhörung der beteiligten Verbände zum Referentenentwurf im BMG stattfindet, beraten alle GOZ-Referenten der Länder in der Bundeszahnärztekammer über den Referentenentwurf bevor er dann zur Lesung in den Bundestag kommt. Entscheidende Hürde bleibt der Bundesrat, da die Länder dieser neuen GOZ zustimmen müssen. So wird es ebenso in unserem Bundesland zahlreiche Gespräche mit der Landesregierung geben müssen, um unsere Position zu verdeutlichen.

Hinsichtlich des möglichen Inkrafttretens einer neuen Gebührenordnung ist der 1. Januar 2012 wahrscheinlich. Um alle Kolleginnen und Kollegen sowie unsere Mitarbeiterinnen rechtzeitig auf die neue GOZ vorzubereiten, planen wir zeitnah Informationsveranstaltungen. Danach werden wir wieder in kleineren Seminaren den Feinschliff zu den Gestaltungsmöglichkeiten nach der neuen GOZ vornehmen.

Dipl.-Stom. Andreas Wegener
Vizepräsident und GOZ-Referent
der Zahnärztekammer M-V
Siehe auch Seite 6.

Verzicht richtig Honorarentwicklung bleibt aber unzureichend

„Dass das Bundesgesundheitsministerium von der Öffnungsklausel abrückt, ist ein wichtiger und richtiger Schritt. Dass es nach über zwanzig Jahren nur eine marginale Honoraranpassung geben soll, ist ein falsches Signal.“ Mit diesen Worten kommentierte der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Rösler zu den Eckdaten einer Novellierung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Die Vermeidung einer Öffnungsklausel, die die Gebührenordnung zur Makulatur machen und ihre Schutzfunktion aushebeln würde, sei immer das zentrale Anliegen der Vertragszahnärzteschaft gewesen, so Fedderwitz weiter. „Aber es ist und bleibt ein Problem, wenn die Gebühren nach 23 Jahren Stillstand nur um sechs Prozent angehoben werden sollen. Die Zahnmedizin entwickelt sich dynamisch und bietet immer bessere Therapiemöglichkeiten. Eine dauerhafte Teilhabe der Versicherten am wissenschaftlichen Fortschritt ist aber zu Preisen, die auch zukünftig nur knapp über denen des Jahres 1988 liegen sollen, kaum machbar.“

KZBV

Krankenkassen fehlt fast eine halbe Milliarde

Die Krankenkassen weisen in den vorläufigen Finanzergebnissen für das Jahr 2010 laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Defizit von 445 Millionen Euro aus. 2009 verzeichneten sie noch einen Überschuss von rund 1,4 Milliarden Euro. „Allerdings beruhen die vorläufigen Finanzdaten gerade in diesem Ausgabenbereich zu einem erheblichen Teil noch auf Schätzungen, da Abrechnungsdaten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bis zum Abschluss der vorläufigen Finanzergebnisse durch die Krankenkassen i. d. R nur für das 1. Halbjahr vorlagen“, heißt es im BMG. „Experten erwarten in diesem Bereich insgesamt noch hö-

here Veränderungsdaten.“ Der Anstieg bei den Ausgaben für die Krankenhausbehandlung lag je Versicherten bei 4,7 Prozent. Hier habe sich der Zuwachs im Vergleich zum 1. Halbjahr (plus 4,2 Prozent) deutlich beschleunigt. „Auch dieser Zuwachs setzt bereits auf einem Anstieg von 6,6 Prozent im Jahr 2009 auf. Für die Krankenhäuser wurden damit allein aus Mitteln der GKV in den beiden vergangenen Jahren mehr als 6 Mrd. Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt.“

Ohne Gegensteuern würde der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2011 trotz der unerwartet günstigeren konjunkturellen Entwicklung zwangs-

läufig ein hohes Defizit drohen. „Dieses Defizit wird durch das vom Gesetzgeber beschlossene ausbalancierte Maßnahmenpaket aus Einnahmeverbesserungen und Ausgabenbegrenzungen verhindert. Dazu zählen die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf das Niveau vor der Wirtschaftskrise sowie ausgabenbegrenzende Maßnahmen bei Arzneimitteln, Krankenhäusern, Ärzten und Zahnärzten und die Nullrunde bei den Krankenkassen. Für 2011 werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausreichen, die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen zu decken.“

änd

dens

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

Titelbild: Friederike Abeln

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

Krankenkassen fehlt fast eine halbe Milliarde	2
Honorarentwicklung bleibt unzureichend	2
Vorstand der KZBV gewählt	7
VV-Vorsitzende für Stärkung des Ehrenamts	8
Zahnärztliche Patientenberatung wird genutzt	10-11
Gesundheitswesen jetzt ganzheitlich planen	12
Patienteninformation hilft bei Aufklärung	21
Bücher	34
Gründung eines neuen Arbeitskreises bei der DGZKM	35
Glückwünsche/Anzeigen	36

Zahnärztekammer

Referentenentwurf zur Novellierung der GOZ	6
Fortbildungstagung der LAJ	7
ZahnRat kommt mit neuem Layout gut an	10
Zahnärztetag in Rostock	18-19
20 Jahre ZÄK – Historisches im Web	21
Mundgesundheit der Kinder weiter verbessert	24
Fortbildung im Mai und Juni	24
Paragraf 8 GOZ – Wegegeld	25

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Tagung der Vertreterversammlung	4-5
Öffentlichkeitsarbeiter trafen sich in Münster	8-9
Mitglieder der Vertreterversammlung vorgestellt	13-17
Service der KZV	22
Fortbildungsangebote der KZV	23
Die kieferorthopädische Behandlungsplanung	26-28

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

50 Jahre und so gut wie neu: der EOA nach Klammt	20
Die berührungsfreie Abformung	28-31
Die Sache mit der Verjährung	32
Kieferorthopädischer Behandlungsplan Grundlage der Abrechnung	33

Impressum	3
Herstellerinformationen	37

Gesundheitskarte hält Einzug in Praxen

Neue Vertragsstrukturen kommen und Online-Kommunikation wird zu forcieren sein

Es gab viel Sonnenschein und ein Glas Sekt im Schloss Basthorst bei Schwerin an einem Freitagnachmittag. Kein kuscheliger Start ins Wochenende, sondern ungewöhnlicher Auftakt für die erste Arbeitstagung der neuen Vertreterversammlung. Kollege und Vorstandsmitglied, Dr. Manfred Krohn, revanchierte sich für die vielen Glückwünsche aus dem Kreis der VV und stieß mit den Mitgliedern auf seinen 57. Geburtstag an. VV-Vorsitzender, Dr. Peter Schletter, nutzte die Gelegenheit, um den „Nachrücker“ für Dr. Manfred Krohn, Erik Tiede aus Rostock, als neues Mitglied in der Versammlung zu begrüßen und vorzustellen.

„Erleichterung im Gesundheitswesen“! Gegen den massiven Widerstand der Hersteller von elektronischen Karten und des Wirtschaftsministeriums hätte sich Bundesgesundheitsminister Rösler von den Plänen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verabschiedet, so titelte ein großes Berliner Pressebüro am heutigen Tag. Da die Veranstaltung aber auf den 1. April fiel, wurde schnell klar, dass diese Zeitungsente nicht das geplante Themenkonzept der VV stark verkürzen würde. So geht Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln derzeit davon aus, dass die elektronische Gesundheitskarte tatsächlich bis Ende des Jahres Einzug halten wird und sich somit alle Zahnarztpraxen, auch in Mecklenburg-Vorpommern, mit entsprechenden Kartenlesegeräten ausstatten müssen. Abeln thematisierte diese gesetzlich einzuführende neue Technologie aber nicht nur im Zusammenhang mit der umstrittenen Karte. Er benannte weiterhin den Zeitpunkt zu dem die papierlose Abrechnung, ebenfalls gesetzlich verordnet, zu realisieren sei und forderte von der Vertreterversammlung auch eine Diskussion darüber zu führen, auf welche Weise diese erzwungene Einführung moderner Kommunikation zwischen Praxis und KZV auch zum Vorteil der Kollegenschaft, beispielsweise den Versand der Rundbriefe der KZV und des BKV – ohnehin alternativlos – auf den kostensparenden Mailweg zu verlagern und dies langfristig auch auf die Onlineabrechnung auszuweiten ist. Die Meinungen gingen anfänglich weit auseinander. Nicht jeder mochte sich auf Anhieb mit dem ausnahmslosen Online-Weg seiner Abrechnung anfreunden. Dennoch war der Gesamt-

tenor darauf ausgerichtet, in Zeiten von Online-Banking und Smartphones dem Fortschritt, vor allem, wenn er sich mit den erweiterten Anwendungsmöglichkeiten langfristig als vorteilhaft für die eigene Praxis erweisen wird, nicht im Wege zu stehen. „Ab 2013 wäre die Onlineabrechnung vollumfänglich für alle praktikabel“, sagte Wolfgang Abeln. „Bereits jetzt hat die KZV Probleme mit der Beschaffung von Disketten und deren veralteter Einlesetechnologie“, so Abeln weiter. Daniel Schefe räumte grundsätzliche Sicherheitsbedenken bei der Übertragung der Daten vom Tisch. „Das Verschlüsselungssystem ist sicher, vergleichbar mit denen beim Online-Banking“, sagte er. Hans Salow, stellvertretender VV-Vorsitzender und Online-Pionier reicht seine Abrechnung schon eine Weile per Datentransfer an die KZV weiter. Dies gehe unkompliziert und erfordere nicht zwingend eine Onlineanbindung des Praxiscomputers. Ein vom Abrechnungs-PC getrennter oder der heimische Rechner kann die Datei jederzeit bequem transportieren. Die Vertreter beschlossen nach langer Diskussion mehrheitlich, dass aufgrund der ohnehin bestehenden gesetzlichen Vorgabe, die Abrechnung der erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen ab dem ersten Quartal 2013 grundsätzlich online erfolgen soll. Damit wird die Möglichkeit einer Optimierung verwaltungstechnischer Abläufe in der KZV eröffnet.

Dr. Cornel Böhringer, Mitglied des Haushalts- und Finanzausschusses, stellte im Rahmen der Informationsveranstaltung die Beratungsergebnisse zur Anpassung der Reise- und Sitzungskostenordnung der KZV Mecklenburg-Vorpommern zur Diskussion. Diese Anpassung war seitens der Aufsichtsbehörde im Rahmen der so genannten „§ 274-Prüfung“ gefordert worden. Im Blickpunkt stand dabei insbesondere, die Aufwendungen für ehrenamtliche Arbeit in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung so zu gestalten, dass die Bezüge denen der Schwesterkörperschaft, der Zahnärztekammer, vergleichbar sind. Ehrenamtliche Tätigkeit zahnärztlicher Kollegen in Kammer und KZV sollte nach Ansicht des Ausschusses und der Vertreter auch in dieser Hinsicht einen gleich hohen Stellenwert erhalten. Im Entwurf stellte er deshalb eine Veränderung beim Sitzungsko-

stengeld vor, die je nach Zeitaufwand eine individuellere Abstufung vorsieht. Grundlage war eine Stundensatzberechnung. Die Vertreter nahmen sich viel Zeit für Fragen und diskutierten die moderate Anpassung vollumfänglich, so dass in der Vertreterversammlung tags darauf die veränderte Reise- und Entschädigungskostenordnung mit großer Mehrheit mit Wirkung zum 1. Juli beschlossen werden konnte.

„Ist der Kollektivvertrag heute noch zeitgemäß?“, lautete die Fragestellung des Referats von Wolfgang Abeln, welches bewusst in die Informationsveranstaltung gelegt war, um ausreichend Zeit zur Analyse zu haben. In Zeiten von Facebook und Google mutet ein Vertragssystem aus dem Anfang des 20. Jahrhunderts schon fast dinosauriermäßig an. Abeln erklärte die gesetzlichen Normen, die die Grundlage für den Kollektivvertrag bilden. Obwohl dieser in der zwanzigjährigen Geschichte der KZV Mecklenburg-Vorpommern zahlreichen Gesetzesänderungen ausgesetzt war, war er das Symbol für Verlässlichkeit für alle Vertragsparteien und ein Garant für das Solidarprinzip innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem gesetzlich eingeführten Wettbewerb kamen neue Strukturen dazu, verbunden mit dem Wunsch der Politiker, Einsparpotenziale zu ermitteln und die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen kontrollierbar zu machen. So drängen Selektivverträge auf den Markt, vom Gesetzgeber gewollt, von Krankenkassen forciert, von Leistungserbringern manchmal über- oder unterschätzt.

Im Gegensatz zum Kollektivvertrag kann beim Selektivvertrag ein Versorgungsvertrag zwischen einer Krankenkasse und bestimmten Leistungserbringern, z. B. einzelnen Zahnärzten geschlossen werden. Die Gesamtvergütung aller Zahnärzte innerhalb eines KZV-Bereichs muss um den Betrag, der für den Versorgungsauftrag eines Selektivvertrages aufgewendet wird, bereinigt werden. Abeln teilte die Selektivverträge in drei Kategorien ein. Er unterschied zwischen vollersetzenden, teileretzenden und On-Top-Verträgen. Während bei vollersetzenden Verträgen z. B. die gesamte ambulante vertragszahnärztliche Versorgung einer Region von ausgesuchten Zahnärzten zu erbringen ist, unterscheiden sich

teileretzende Verträge dadurch, dass lediglich gewisse Behandlungsbereiche vertraglich vereinbart werden. Beide Verträge zeichnen sich in der Regel durch feste Preisbindungen, Vorgaben zur Inanspruchnahme von Zahntechniklaboren, und somit der Beschränkung der freien Arztwahl aus. Die so genannten On-Top-Verträge – auch als add-on Verträge bezeichnet – sind da grundsätzlich anders gedacht. Sie sollen nach Ansicht der KZVs grundsätzlich jedem Zahnarzt offen stehen und selektieren nicht innerhalb des Berufsstandes. Die Gesamtvergütung innerhalb des KZV-Bereichs bleibt unangetastet, da die Gelder für den On-Top-Vertrag aus anderen Quellen kommen müssen. In Budgetzeiten verbunden mit zähen Krankenkassenverhandlungen ein Weg, „der akzeptiert werden könnte“, so formulierte es Wolfgang Abeln vorsichtig. Aus Krankenkassensicht ist eine KZV oder eine KV ein Premiumpartner, denn geschickte Marketinginstrumente sollen bei möglichst geringem Aufwand den höchsten Effekt erzielen. In der anschließenden Diskussion wurde klar, dass jeder angebotene Vertrag vorab einer sehr genauen und umsichtigen Prüfung zu unterziehen ist. Über den „Indento-Vertrag“ hat zwar jeder schon mal was gehört, welche Auswirkungen eine solche Vertragsstruktur aber auf die einzelne Praxis haben kann ist oft unklar. Die Vertreterversammlung sprach sich dafür aus, dass der Vorstand sich mit möglichen On-Top-Verträgen auseinanderzusetzen und derartige Angebote eingehend prüfen und beraten soll.

Diente der erste Tag der Veranstaltung der zeitoffenen Diskussion und Auseinandersetzung in entspannter Atmosphäre, so brauchte die offizielle Vertreterversammlung am Folgetag ein Protokoll. Vorsitzender, Dr. Peter Schletter, führte das neue Mitglied nun offiziell ein und begrüßte danach Falk Schröder, als regelmäßigen Gast von der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer. Auch Schletter stellte auf die Einigkeit des Berufsstandes ab, „denn eine zahnarztfreundliche Regierung wird es wohl nie geben“, sagte er. Beim Blick nach vorn bediente er sich des Blickes zurück. Neben gesundheitsreformpolitischen Rückschlägen sah er auch Erfolge. So sei die Diskussion um eine Ost-West-Angleichung im politischen Berlin angekommen und in ein Reformvorhaben gegossen worden. Und die Zahnärzteschaft insgesamt habe zu neuem Demokratieverständnis gefunden, wie an der Wahl des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gut abzulesen war. Schletter mahnte bei aller strategischer Verfolgung berechtigter Ziele zu Bescheidenheit in der populistischen Artikulation nach außen. Die Zahnheilkunde müsse unbedingt Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

„Wir müssen als KZV tiefer in die Kreisstellen eintauchen“, sagte Wolfgang Abeln in seinem Referat auf der Vertreterversammlung. „Wir wollen näher an die Basis herankommen und unsere berufspolitischen Anliegen aber auch die gesetzlichen Vorgaben, wie die

elektronische Gesundheitskarte oder auch die Thematik der Selektivverträge, transparent machen“. „Hier freuen wir uns über Einladungen der einzelnen Kreisstellen, die uns hoffentlich noch häufiger kontaktieren werden“, erklärte Abeln. Weiter berichtete er von seiner Arbeit in der Arbeitsgruppe Vertragsmanagement der KZBV. Hier wird im Großen vorgedacht, was im Kleinen in den Ländern hilft, gute Verhandlungsergebnisse zu erzielen. Neue Gesetzestexte werden frühzeitig analysiert und bewertet. Er kündigte ein Gipfeltreffen aller Zahnärztekammerpräsidenten und aller Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an, um Strategien im Umgang mit dem Entwurf zur GOZ 2011 gemeinsam zu entwickeln.

Dr. Manfred Krohn konstatierte einen Generationenwechsel wie in der Vertreterversammlung bereits vollzogen, nun notwendigerweise auch im Bereich des Gutachterwesens. Eine nicht ganz leichte Aufgabe, denn die fachliche Akzeptanz innerhalb der Kollegenschaft ist von großer Wichtigkeit und das setzt das Einanderkennen voraus. Insgesamt ist die Zahl der Gutachten bundesweit und auch in Mecklenburg-Vorpommern rückläufig. Abschließend nahm er zum jüngsten Referentenentwurf zur GOZ aus fachlicher Sicht Stellung. Er erläuterte die angedachten Veränderungen und die Auswirkungen auf die Abrechnung.

Die beschlossenen Anträge wurden bereits im Rundbrief veröffentlicht.

KZV

Referentenentwurf zur Novellierung der GOZ

Eine erste Kurzanalyse der wichtigsten Änderungen

Nach 23 Jahren liegt der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Novellierung Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) endlich auf dem Tisch. Eine Novellierung der GOZ ist nicht nur existentiell wichtig für die Zukunft unseres Berufsstandes und eine betriebswirtschaftlich solide Führung einer Zahnarztpraxis – sie ist auch Garant für eine zahnmedizinische Versorgung in Deutschland auf hohem Niveau.

Der vorliegende Referentenentwurf aus dem BMG ist noch keine abschließende Regelung. Offen ist in den nächsten Monaten noch eine finale Zustimmung der Bundesländer im Bundesrat zu dieser Rechtsverordnung. Um gegenüber den einzelnen Landesregierungen eine erste Bewertung zu Folgen und Auswirkungen für unseren Berufsstand und die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland vornehmen zu können, ist es elementar wichtig, eine frühzeitige Analyse zur GOZ vorzunehmen. Die Bundeszahnärztekammer hat sich mit einer ersten Kurzbewertung dieser Aufgabe gestellt.

Eine seriöse und saubere Analyse muss einen Vergleich der relevanten Kapitel im Referentenentwurf vornehmen. Das sind der Verordnungstext (Allgemeiner Teil) und der Leistungsteil mit den Leistungsbeschreibungen und Leistungsbewertungen.

Gegenstand des Allgemeinen Teils war etwa die von der PKV in die gesundheitspolitische Diskussion eingebrachte Öffnungsklausel. Obwohl keine institutionalisierte Beteiligung der BZÄK seitens des BMG vorgesehen war, ist es uns gelungen, im politischen Raum die Öffnungsklausel als das zu „entzaubern“, was sie in Wirklichkeit ist: Eine patientenfeindliche Billigmediziniklausel mit dem Potential, den gesamten Berufsstand der Zahnärzte und die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland zu gefährden. Somit hat das BMG letztendlich auf eine Öffnungsklausel verzichtet –

ohne Frage ein politischer Erfolg unseres Berufsstandes. Denn: Mit einer Öffnungsklausel wäre die GOZ sukzessive ausgehöhlt und letztendlich eine wie immer auch gestaltete Novellierung völlig wirkungslos geworden.

Erfreulich ist jedoch, dass die Freiheiten des § 2 GOZ nicht angetastet wurden, dass der Zugriff auf Leistungen der GOÄ möglich bleibt und dass bei der Berechnung nicht erfasster Leistungen (Analogleistungen nach § 6) zukünftig auf die Stichtagsregelung (Praxisreife nach Inkrafttreten) verzichtet wird.

Hervorzuheben ist noch die Regelung zur Vorlage eines Kostenvoranschlages für zahntechnische Leistungen. Während der Referentenentwurf 2008 hier noch eine Vorlageverpflichtung ab 150 Euro vorsah und damit praktisch auch viele Reparaturen, Erweiterungen usw. erfasst waren, stellt der jetzt vorliegende Referentenentwurf deutlich sachdienlicher auf voraussichtliche Kosten von 500 Euro ab.

Die meisten der übrigen Änderungen im Allgemeinen Teil bestehen in einem Angleich der Formulierungen und Regelungen der GOZ an die der Gebührenordnung für Ärzte. Dass dieses Vorhaben jedoch bei dem Punktwert und der Regelung des § 10 GOÄ (Ersatz von Auslagen) nicht zu Ende geführt wurde, bleibt eine bedauerliche Inkonsequenz des Entwurfes.

Für den Leistungsteil des GOZ-Referentenentwurfs gibt es einige positive Änderungen – insgesamt ist das Ergebnis jedoch enttäuschend bis inakzeptabel. Zwar wurde hier der BZÄK – neben PKV-Verband und Beihilfe – Gelegenheit gegeben, sich mit ihrem Sachverstand zu äußern. Gehört wurden wir jedoch – primär aus fiskalpolitischen Gründen – nicht.

Auf den ersten Blick wurden einige zahnärztliche Leistungen neu aufgenommen und vereinzelt Punktzahlen angeglichen. Eine

genauere Draufsicht und Analyse zeigt allerdings:

Nur in Ansätzen wurde bei einigen Leistungen – etwa bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen, im Prophylaxebereich oder bei der Implantologie – eine Neubewertung vorgenommen. Aber: Der Punktwert bleibt seit 1988 mit 11 Pfennig, entsprechend heute 5,62421 Cent, konstant. Summa summarum bedeutet das nach Berechnungen der BZÄK einen Honorarzuwachs von lediglich zirka sechs Prozent. Dieser Zuwachs ergibt sich im Wesentlichen aus den folgenden Bereichen: allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen und prothetische Leistungen.

Das Zwischenfazit lautet somit: Der vom BMG vorgelegte Referentenentwurf zur GOZ-Novelle nimmt in wenigen Teilen positive Änderungen und Anpassungen zu zahnmedizinischen Leistungen und Vergütungen vor. In der Gesamtheit werden aber weder neue medizinische Standards noch betriebswirtschaftliche Realitäten und die erheblichen Kostensteigerungen der Zahnarztpraxen seit 1988 ausreichend abgebildet. Die Aufgabe für den weiteren Entscheidungsprozess zur GOZ-Novelle lautet somit: Der Referentenentwurf zur GOZ-Novelle liegt auf dem Tisch. Die vorliegende Kurzbewertung ist eine erste inhaltliche Analyse und Kritik – konkrete Forderungen zum Nachbesserungsbedarf gegenüber Landesregierungen und Bundesrat müssen folgen. Eine Aufgabe, der sich Bundeszahnärztekammer und Länderkammern in den nächsten Monaten gemeinsam stellen werden.

Der GOZ-Referentenentwurf und die Begründung sind einzusehen unter: www.bzaek.de/berufsstand/gebuehrenordnung-goz.html

**Dr. Peter Engel, Präsident,
Dr. Ulrich Rubehn,
Senat für Gebührenrecht,
Bundeszahnärztekammer**



Dr. Günther E. Buchholz, Dr. Wolfgang Eßer und Dr. Jürgen Fedderwitz (v.l.n.r.) bilden auch in den kommenden sechs Jahren den Vorstand der KZBV. Foto: KZBV

Jürgen Fedderwitz erneut Vorsitzender

Wolfgang Eßer und Günther E. Buchholz bleiben Stellvertreter

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hat den Wiesbadener Zahnarzt Dr. Jürgen Fedderwitz erneut an die Spitze des dreiköpfigen Vorstandes der Zahnärzteorganisation gewählt. Fedderwitz erhielt 42 der 59 Delegiertenstimmen.

Als stellvertretende Vorsitzende bestätigte das Zahnärzteparlament Dr. Wolfgang Eßer aus Mönchengladbach und Dr. Günther E. Buchholz aus Telgte. Geplant ist, dass Fedderwitz den Vorsitz nach der Hälfte der sechsjährigen Legislaturperiode, also voraussichtlich Ende 2013, an Eßer abgibt.

Fedderwitz (60) ist bereits seit Anfang 2005 Vorsitzender des hauptamtlichen Vorstandsgremiums. Zuvor war er in ehrenamtlicher Funktion als Vorstand der KZBV und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen tätig.

Eßer (56) gehört dem KZBV-Vorstand bereits seit 2002 an. Von 2001 bis 2004 war er stellvertretender Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Auch für Buchholz (58) ist es die

zweite Amtszeit als stellvertretender Vorsitzender. Zwischen 1993 und 2003 war er ehrenamtlicher Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Die Leitung der Vertreterversammlung wird für die nächsten sechs Jahre

in den Händen des Thüringer KZV-Chefs Dr. Karl-Friedrich Rommel liegen. Seine Stellvertreter sind der Nürnberger Zahnarzt Dr. Axel Wiedenmann und der Freiburger Volkswirt Christoph Besters.

KZBV

Fortbildungstagung der LAJ

Patenschaftszahnärzte auch herzlich eingeladen

Die diesjährige Kooperations- und Fortbildungstagung der LAJ MV mit den Kreisarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege findet am 25. Mai in der AOK Nordost, Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin, statt. Beginn des Kooperationsgespräches: 11 Uhr, Beginn der Fortbildung: 13.45 Uhr

Dr. Jutta Markgraf-Sticksrud, Fachbereich Psychologie an der Philipps-Universität Marburg, wird im Fortbildungsteil zum Thema „Was lernen Kinder und Jugendliche aus sozial schwierigen Lagen in der Gruppenprophylaxe? Zur psychologischen Wirksamkeit der Marburger

Selektiven Intensivprophylaxe“ referieren.

Wir laden auf diesem Wege alle Interessierten sehr herzlich zu der Fortbildung ein und würden uns sehr freuen, wenn insbesondere auch einige Patenschaftszahnärzte unserer Kreisarbeitsgemeinschaften an der Fortbildung teilnehmen könnten.

Bitte melden Sie sich über Ihre Kreisarbeitsgemeinschaft oder in der Geschäftsstelle der LAJ unter der Telefonnummer in Schwerin 0385-5 91 08 14 an.

Merrit Förg
LAJ MV e. V.

VV-Vorsitzende für Stärkung des Ehrenamts Wahlkampf in der Führung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung kritisiert

Zu Beginn der neuen Legislaturperiode trafen sich die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Mitte Februar in Dresden. Der Einladung des sächsischen VV-Vorsitzenden Dr. Thomas Breyer waren fast alle der siebzehn Kollegen aus den Bundesländern gefolgt. Durch die Wahlen hat sich die Zusammensetzung der Runde deutlich geändert. Fast die Hälfte der VV-Vorsit-

zenden ist neu im Amt. So begann die Tagung auch mit einer Vorstellung der einzelnen Teilnehmer, ihrem bisherigen standespolitischen Wirken und ihrer Einbindung in die einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Ein reger Austausch fand über die Vorbereitung der konstituierenden Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) statt. Positiv hervorgehoben wurde, dass offensichtlich

auch zukünftig alle Vorsitzenden der Vertreterversammlung, unabhängig von ihrer Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung der KZBV zu den Versammlungen der KZBV eingeladen werden. Die Runde erneuerte ihre bereits in der letzten Legislaturperiode erhobene Forderung nach einer ehrenamtlichen Leitung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Kritisch hinterfragt wurde der intensive Wahlkampf um die Führung der KZBV.

Weitere Schwerpunkte der Veranstaltung waren die Wahlordnungen in den einzelnen Bundesländern, die Arbeit der ehrenamtlichen Gremien in den einzelnen KZV-Bereichen, sowie die Vorbereitung der Einführung elektronischer Signaturkarten in den einzelnen Ländern. Auch die derzeitige Situation der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte wurde thematisiert.

Der kollegiale Austausch wurde von allen Teilnehmern als außerordentlich wichtig für die ehrenamtliche Tätigkeit eingeschätzt und wird seine Fortsetzung im Herbst in Thüringen finden.

Dr. Thomas Breyer



Die VV-Vorsitzenden der KZVs treffen sich regelmäßig – diesmal in Dresden. Zahlreiche neue Gesichter gibt es durch die Wahlen in den Ländern.

„Vom Bleisatz zu Crossmedia“

... oder muss dens aufs Handy, online, in einen Newsletter und aufs I-Pad?

Verbannt auf der Insel St. Helena ist am 5. Mai 1821 Napoleon Bonaparte gestorben. Vom Tod des früheren französischen Kaisers berichtete zwei Monate später die Zeitung. Normal zur damaligen Zeit – unvorstellbar heute. Wer will, kann nicht nur die Bundesliga live im Internet, auf dem Handy oder dem I-Pad verfolgen. Auch alle anderen Meldungen finden sich im Netz im Minutentakt. Grund genug, die Frage zu stellen: „Vom Bleisatz zu Crossmedia?“ oder „Wie sinnvoll ist der Einsatz neuer Medien und welche Synergieeffekte sind möglich?“ Die Verantwortlichen für Öffentlichkeitsarbeit der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern begaben sich auf ihrer turnusgemäßen Tagung in Münster auf die Suche nach Antworten.

Zwischen damals und heute liegen 190 Jahre. Das Informationsrad dreht sich weiter und es dreht sich schneller. Die Tageszeitung von heute ist zu einer In-

formationsquelle unter vielen geworden. Treue Abonnenten wenden sich immer mehr Internet & Co zu. Auch wenn die Sehnsucht nach Langsamkeit und Genuss, nach der morgendlichen Zeitung am Frühstückstisch bleibt, „Die Zukunft des Journalismus ist crossmedial“, heißt es in Verlagsbranchen. Nur was ist eigentlich crossmedial? Crossmediales ist wichtig, wenn es darum gehen soll, verlorene Zielgruppen wieder zu erreichen. Die Zielgruppen, die schneller, mobiler und zu jeder Tageszeit informiert sein wollen. Und die Anzahl derer wird immer größer. Die gute Nachricht der Tagung war trotzdem: „Die Zeitung ist tot, es lebe die Zeitung“. Denn die Zukunft des Journalismus, das ist nur eine Aussage, die als Ergebnis der Tagung herausgearbeitet wurde, ist crossmedial, aber sie muss vor allem lesernah und qualitativ sein. Während einige Tageszeitungen in Deutschland ums Überleben kämpfen, steigern andere ihre Auflagen. Ein modisches Layout spielt dabei nicht

unbedingt die entscheidende Rolle, sondern ist höchstens schmückendes Beiwerk. Die Akzeptanz von Medien steht und fällt mit der Qualität ihrer Nachrichten bezogen auf die richtige Zielgruppe.

Erscheint dens demnächst also als App mit ständigen Neuerungen? Oder als I-Pad Lösung? News direkt aufs Handy oder per Mail auf den Laptop? Was im bezahlten Zeitschriftenmarkt längst Alltag ist, weil Wettbewerb und Abonnentenschwund zu neuen Ideen zwingen, muss nicht automatisch für zahnärztliche Mitgliederzeitschriften gelten. Oder doch? Was will eigentlich der Nutzer, der Leser oder der Abonnent? Dies herauszufinden, ist bei Mitgliederzeitschriften gar nicht so einfach, denn die Abstimmung über gut oder schlecht findet nicht am Kiosk statt, sondern jeder Zahnarzt und jede Zahnärztin bekommt dens regelmäßig in die Praxis geschickt. Ob sie das wollen oder nicht. Anders als zu bezahlende Tageszeitungen sind die zm und dens zwar eine Marke, aber



Müssen wir unsere Informationen auf breitere Füße stellen? Die M-V-Mannschaft mit Dr. Manfred Krohn, Dipl.-Stom. Gerald Flemming, Konrad Curth, und Antje Künzel.
Foto: Jana Zadow

auch ein offizielles Mitteilungsblatt der Körperschaften, bei dem Kosten und Nutzen in Einklang zu bringen sind. Dieser Umstand entbindet die Herausgeber aber nicht, sich den genannten Herausforderungen zu stellen. Über neue Ideen nachzudenken, lohnt immer.

Ulrich Spiller, geschäftsführender Gesellschafter der Heinold, Spiller & Partner Unternehmensberatung GmbH und jahrelang im Verlagsgeschäft tätig, machte anhand statistischer Zahlen deutlich, dass es Veränderungen geben muss. So sind die Fachmedienerlöse bereits im Jahr 2009 um mehr als zehn Prozent gesunken. Im Gegenzug ist ein über zwanzigprozentiger Anstieg des Umsatzes bei elektronischen Medien zu verzeichnen. Die Zahlen für 2010 sind sicher noch drastischer. Ursächlich machte er dafür kostenlose Informationsangebote im Internet und die Möglichkeit gezielter Suchen verantwortlich, aber auch die Unzufriedenheit der Leser, die immer mehr einsparen und Kosten senken wollen. Relativ unbeschadet haben diese Entwicklung die „zahnärztlichen Mitteilungen“ überstanden, die jedoch im Vergleich zu vielen anderen zahnärztlichen Fachzeitschriften keine Abonnementzeitschrift sind. „Die Mediennutzung verschiebt sich, aber Stammleser lieben Print“, stellte Spiller klar. „Stimmt die Qualität, wechseln treue Leser ihre Zeitung nicht“. Trotzdem geht der Trend dahin, „alle Inhalte jederzeit in jeder Form überall verfügbar“ zu machen. Zeitungen und Zeitschriften sind nicht mehr nur auf Bilder und Texte beschränkt, sie müssen sich in Zukunft damit auseinandersetzen, im Internet zusätzlich bewegte Bilder oder weitere Hintergrundinformationen, die den Umfang einer konventionellen Zeitung sprengen würden, anzubieten.

Norbert Küpper, Spezialist für Zeitungs- und Zeitschriften-Design, zeigte

anhand vieler Beispiele, wie ein entsprechendes Layout den Charakter des Blattes oder der Herausgeber unterstreichen kann. Obwohl er im Vorfeld auch einen Blick auf die unterschiedlichen Zahnärzteblätter der Länder werfen durfte, hielt er sich hier mit einer Einschätzung zurück. Insbesondere die dens-Redaktion hatte sich einen Rat vom Fachmann versprochen. Die Mitgliederzeitschrift Mecklenburg-Vorpommerns ist die einzige Zeitschrift im Schwarz-Weiß-Look. Regelmäßig hat das Redaktionskollegium in den vergangenen Jahren beraten, ob es besser wäre, auf eine komplette Farbgestaltung umzustellen? Nicht nur aus Sicht der Redaktion ist dens mit diesem unverwechselbaren Layout eine willkommene Abwechslung zu den durchweg bunten Zeitschriften in den anderen Bundesländern. Und deshalb: auf den ersten Blick zu erkennen.

„Herausgeber zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ nannten Dr. Jürgen Fedderwitz und Dr. Dietmar Oesterreich ihr Referat, welches sie erstmalig in der Geschichte der Länderpressereferententreffen gemeinsam hielten. Die anwesenden Journalisten griffen zum Fotoapparat und schossen schnell ein paar ungewöhnliche Bilder von den Akteuren, die sich laut Fedderwitz fühlten „wie bei der Oscar-Verleihung“. Eingespielt und harmonisch zeichneten sie ein Bild der „zm“ im Kreuzfeuer unterschiedlicher Interessen und Anpassung an Zeitgeist und Moderne. Die altehrwürdige Zeitschrift, die in diesem Jahr ihren 101. Geburtstag feiert, muss nicht nur zwei Herausgebern gerecht werden, sondern auch externen Autoren, der Industrie als unverzichtbare Anzeigenkunden und dabei auf Wirtschaftlichkeit, Attraktivität und Steuerbarkeit achten. Drei Punkte, die dem Marktführer ein magisches Dreieck aufzwingen, das vor allem ausgewogen sein

sollte. Mit der neuen Herausforderung, „online“ aktiver zu werden, verzerrt sich dieses bewährte Dreieck. Positiv würden dabei eine steigende Aktualität, mehr konzeptionelle Freiheit für die Redaktion und neue Erlösmodelle zu Buche schlagen. Aber diese Öffnung geht auch mit dem Verlust von Informationsmonopolen, social-media-Beteiligungen und zunehmendem Kontrollverlust für Redaktion und Herausgeber einher.

Trotzdem ein Weg, den die Redaktion der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ gehen muss, erklärte Chefredakteur Egbert Maibach-Nagel. Denn nur so kann es gelingen, dass die etablierte Fachzeitschrift ihre Spitzenstellung unter den zur Zeit 112 dentalen Fachmedien behaupten kann. Derzeit hat die „zm“ die größte Leserreichweite und den größten Anteil am Anzeigenmarkt. Sie hat aber auch einen zehn Jahre alten Internetauftritt, den es gilt zu erneuern. Auf dem Weg dahin will man möglichst viele Leser mitnehmen: die „Facebook- und YouTube-Gemeinde“ genauso wie den konservativen „Nur-Zeitschriftenleser“. Die Ergebnisse der Workshops zeigten, dass die Verzahnung mit den Ländern und den regionalen Zahnärzteblättern nur vorsichtig erfolgen kann. Eigenständigkeit und regionale Vielfalt sind ein Pfund, mit dem sich wuchern lässt, und Eigenschaften, die unbedingt erhalten bleiben sollten. Die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ stehen auf dem Weg zu Crossmedia vor den gleichen Herausforderungen wie die Redaktionen der Länder. Neue Wege ja, aber maßvoll. Kosten und Nutzen sollen sich die Waage halten und unzumutbare finanzielle Aufwendungen für die Herausgeber vermieden werden. Aus den Reihen der Standespolitiker kam der Hinweis, trotz aller Kostendiskussion eine gewisse Eigenständigkeit in Bezug auf die Wahl der Anzeigenkunden zu bewahren. Maibach-Nagel sicherte zu, zu prüfen, ob es möglich ist, Anzeigen, die der zahnärztlichen Standespolitik oder Qualitätsmaßstäben zuwider laufen, abzulehnen.

Fazit: Die Informationsmöglichkeiten haben sich insoweit verändert, dass zu den üblichen Formaten weitere vertiefende und ergänzende Darstellungen hinzukommen. Das Angebot wird breiter. Dennoch wird das Zeitungsmedium weiterhin seine Berechtigung haben, insbesondere im Bereich der zahnärztlichen Fachzeitschriften. Letztlich wird nur der Erfolg haben, der seine Produkte konsequent aus der Nutzersicht denkt und umsetzt.

Kerstin Abeln

ZahnRat kommt mit neuem Layout gut an

Redaktionsteam der Zahnärztekammern der neuen Länder beriet Neuerungen

Vor dem Beginn der Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsarbeit traf sich wie stets der kleine Kreis der Mitglieder der ZahnRat-Redaktionskonferenz zu seiner regulären Beratung. Vertreter der Zahnärztekammern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie der KZV Sachsen-Anhalt nahmen die zurückliegenden Ausgaben kritisch unter die Lupe; dabei wurde die Layout-Neugestaltung als positiv bewertet, aber beanstandet, dass sie nicht immer konsequent umgesetzt wird. Diskutiert wurde zudem das immer wieder neue Thema Werbung im ZahnRat. Prinzipiell steht für Anzeigen nur die Rückseite zur Verfügung, deutlich getrennt vom redaktionellen Teil. Ob darin nur zahnmedizinische Themen behandelt werden dürfen oder – wie in dem zur Debatte gestellten Fall – auch die Werbung einer Ausflugsgaststätte an der Elbe, war unter den Teilnehmern strittig, wurde aber letztlich von der Mehrheit befürwortet. Dabei spielte gerade die Unabhängigkeit der Zeitung von der Indus-



Der Koordinierungskonferenz vorgelagert, tagte das Redaktionsteam des ZahnRats in Münster und beriet u. a. das neue Layout. Foto: Dr. Gottfried Wolf

trie die entscheidende Rolle: Wenn in einem Heft über Implantate eine Implantat-Firma Werbung schalte, dann könne der Eindruck eines Zusammenhangs leichter entstehen als bei völlig fachfremder Werbung.

Wie stets wurden auf der Sitzung auch Fragen der Öffentlichkeitsarbeit in den Ländern diskutiert, um mögliche Synergien zu ergründen und zu nutzen.

Sabine Fiedler

Zahnärztliche Patientenberatung wird genutzt

401 Anfragen – Auswertung der Beratungsfälle im Jahr 2010

401 Patienten haben die Zahnärztliche Patientenberatungsstelle, die seit 2006 gemeinsam von der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung getragen wird, im Jahr 2010 zu Rate gezogen. Am häufigsten nachgefragt werden die Bereiche Zahnersatz, Implantologie, Leistungen außerhalb des Krankenkassenkatalogs und Rechnungslegung. Welches Füllungsmaterial ist das Richtige? Was tun bei Zahnfleischerkrankungen? Braucht mein Kind wirklich eine kieferorthopädische Behandlung? Das sind einige der Fragen, die Patienten bewegen, wenn es um die zahnärztliche Behandlung geht. Aber auch Regelungen des Gebührenrechts bei gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen werden hinterfragt.

Häufig bewegen einen Patienten gleich mehrere Fragen, die ihn zum Telefonhörer greifen lassen, sodass

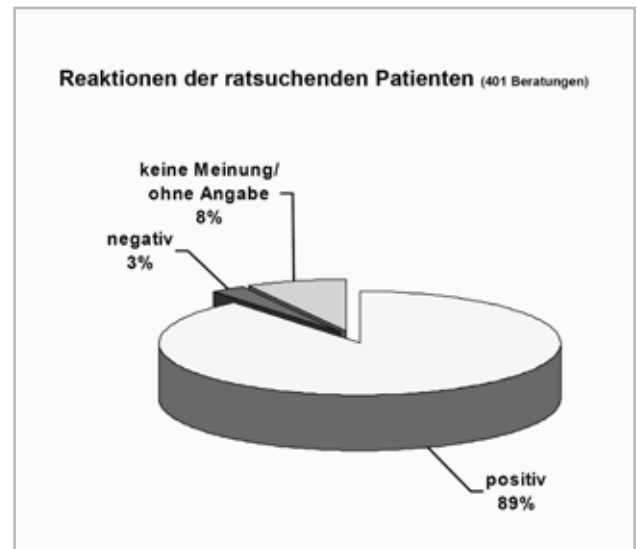
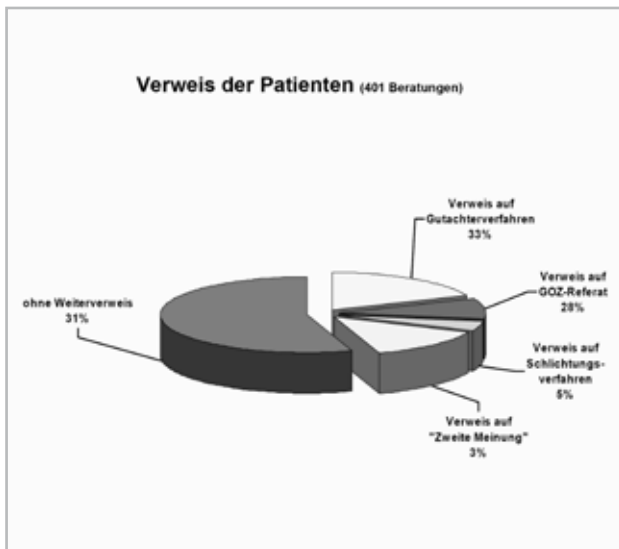
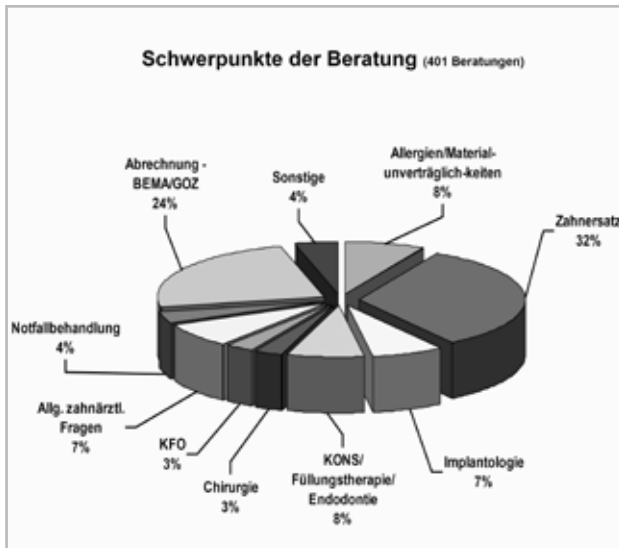


Anke Schmill und Jana Voigt heißen die ersten Ansprechpartnerinnen in der Patientenberatungsstelle.

in der Regel drei bis vier Kontakte pro Beratungsfall entstehen. Die Mehrheit der Anrufer sind Frauen.

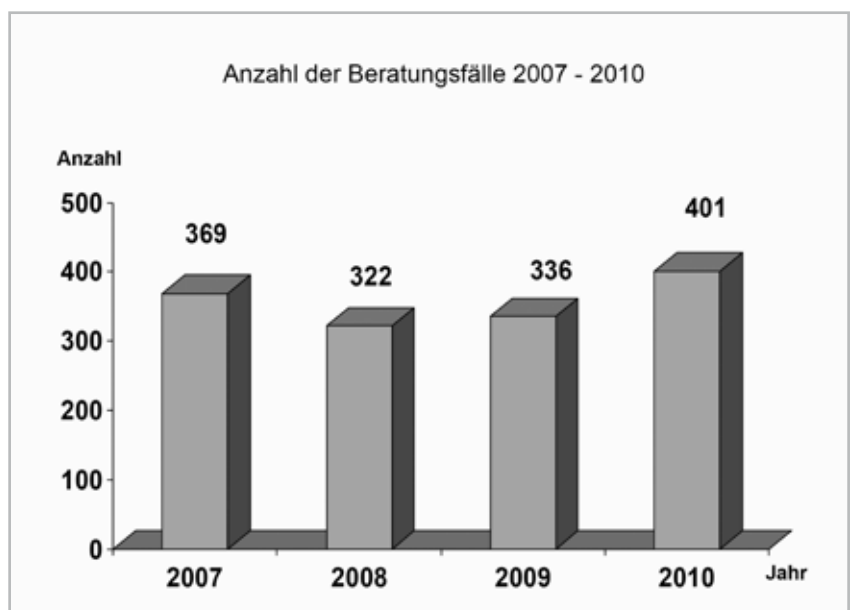
Die Ratgeber sind speziell ge-

schulte Mitarbeiterinnen der zahnärztlichen Körperschaften sowie die zwei Beratungszahnärzte Dipl.-Stom. Gerald Flemming von Seiten



der Zahnärztekammer und Dr. Eberhard Dau von Seiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die der Neutralität und Verschwiegenheitspflicht unterliegen.

Die zahnärztliche Beratungsstelle begrüßt, dass die Unabhängige Patientenberatung Deutschland ihre Tätigkeit wieder aufgenommen hat. Bereits in der Vergangenheit haben beide Institutionen in Mecklenburg-Vorpommern eng zusammengearbeitet, besonders wenn zahnmedizinisches Fachwissen erforderlich war. Die Patienten erwarten eine kompetente und neutrale Beratung, die den individuellen Bedürfnissen gerecht werden muss. Wegen der zahlreichen Besonderheiten bei der zahnärztlichen Versorgung, beispielsweise den therapeutischen Wahlmöglichkeiten und der Kostenbeteiligung des Patienten, kann dieser Anspruch nur durch eine enge Verzahnung aller Beratungstätigkeiten erfüllt werden.



Die zahnärztliche Patientenberatungsstelle Mecklenburg-Vorpommern ist dienstags bis donnerstags von 9 bis 15 Uhr unter der Telefonnummer

0180 - 5003 561 (14 Cent pro Minute aus dem Festnetz, mobil max. 42 Cent) zu erreichen.

ZÄK M-V, KZV M-V

Wer wird in Zukunft pflegen und zahlen?

Professor Fritz Beske: Gesundheitswesen jetzt ganzheitlich planen

Das Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel veröffentlicht eine neue Studie: „Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege – Analyse und Lösungsansätze“.

„Die Vorausberechnungen für die Bevölkerungsentwicklung in unserem Land gehen bis zum Jahr 2060. Die mit der Bevölkerungsentwicklung verbundenen dramatischen Auswirkungen auf unser Solidarsystem werden bald spürbar“, so Professor Fritz Beske bei der Vorstellung der neuen Studie des Instituts.

Im Jahr 2060 gibt es rund zwanzig Prozent und damit 17 Millionen weniger Einwohner in Deutschland. Während heute drei Erwerbstätige für einen Rentner arbeiten müssen, wird dann das Verhältnis eins zu eins sein. Immer weniger junge Menschen werden nicht nur finanziell, d. h. mit ihrem Beitrag zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, für ältere Mitbürger sorgen, sie werden auch personell, etwa durch Pflegeleistungen, ältere Mitbürger unterstützen müssen.

Das Statistische Bundesamt rechnet bereits für 2025 mit etwa 152 000 fehlenden Pflegekräften, PricewaterhouseCoopers bis 2030 mit 165 000

fehlenden Ärzten, 400 000 fehlenden Pflegekräften und 950 000 fehlenden Fachkräften in Gesundheit und Pflege insgesamt.

„Diese Zahlen kennzeichnen nur die Spitze des Eisbergs“, so Professor Beske weiter. In den nächsten 40 Jahren wird sich die Zahl der Demenzkranken von heute 1,1 auf 2,2 Millionen und die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,25 auf 4,5 Millionen verdoppeln. Dann wird die Frage lauten: Wer wird diese Menschen pflegen und wer wird dies bezahlen, denn diese Entwicklung ist nicht mehr umkehrbar. Es gibt aber die Möglichkeit, sich jetzt darauf vorzubereiten. Alle medizinischen Versorgungsbereiche, gleichgültig ob in der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, der Pflegeversicherung oder der Rentenversicherung, sind Konkurrenten um finanzielle Mittel und um Fachkräfte.

Dies ist heute schon so. Es wird sich weiter verschärfen. Erforderlich wird daher ein koordinierter Ansatz, der alle Leistungsbereiche umfasst. Dabei kommt Regionen, Kommunen und Landkreisen eine besondere Bedeutung zu. Letztlich werden die Pro-

bleme nur auf regionaler und kommunaler Ebene zu lösen sein. In der Studie werden sechs Entwicklungslinien dargestellt und dann in einer Zusammenschau analysiert:

1. Demografischer Wandel,
2. Morbidität und Versorgungsbedarf,
3. Medizinischer Fortschritt,
4. Fachkräftemangel,
5. Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger,
6. Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung.

Für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung prognostiziert das Institut eine gleiche Entwicklung wie bei den öffentlichen Haushalten: „Die Ausgaben bestimmen nicht mehr wie bisher, was an Einnahmen aufgebracht werden muss, sondern die Ausgaben orientieren sich an den Einnahmen, d. h. die bedarfsbestimmte Finanzierung wird durch die einnahmenorientierte Finanzierung abgelöst. Die Einnahmen bestimmen, was geleistet werden kann.“

Informationen unter: www.igsf.de.

IGSF Kiel

Kammerwahl

Zur Anfechtung

Die Erwiderung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern auf die Klage, die Kammerwahlen für ungültig zu erklären, ist nunmehr beim Verwaltungsgericht Schwerin eingereicht worden.

Die Klageerwiderung kann auf der Homepage der Zahnärztekammer im internen Bereich unter Aktuelles/Allgemeine Zahnärzteschaft eingesehen werden.

Inhaltliche Fragen zum Schriftsatz beantwortet Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle.

ZÄK M-V

„Sie tun Gutes und reden nicht viel darüber“

Vertreterversammlung arbeitet in neuer Besetzung – dens stellt die Mitglieder vor

Viele Gremien gibt es in der KZV Mecklenburg-Vorpommern. Sie sind notwendig und zeigen, dass fachliche ehrenamtliche Arbeit der Kolleginnen und Kollegen wichtig und richtig ist, wenn es darum geht, eine Selbstverwaltung zu sein. An vielen Stellen investieren Kollegen einen beträchtlichen Teil ihrer Freizeit und engagieren sich für gute Bedingungen aller Zahnärzte im Land und der Gewährleistung einer sorgenfreien Berufsausübung. Sie tun diese Arbeit in Eigenverantwortung und zeigen ein hohes Maß an Bereitschaft zur Mitarbeit. **dens** möchte es sich zur Aufgabe machen, auf diese Kollegen und die Ausschüsse, in denen sie arbeiten, in besonderer Weise aufmerksam zu machen. Sie leisten nicht nur gute Arbeit, sondern sind auch Ansprechpartner bei Problemen und Anregungen. Dafür sollten sie für die Kollegenschaft im Land „ein Gesicht“ bekommen. Und nicht nur das. **dens** fragte genau nach. Nach beruflichen Zielen, ehrenamtlichen Projekten, aber weil es ein Journal ist, auch in Anlehnung an den berühmten Fragebogen der Frankfurter Allgemeinen Zeitung nach Vorlieben und Wünschen. Heute: die Vertreterversammlung (1).

Dr. Peter Schletter – Vorsitzender der Vertreterversammlung



Alter: 56, Wohnort: Neustadt-Glewe, in der VV seit: 2001

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Über die Mitarbeit in den paritätisch besetzten Wirtschaftlichkeitsprüfungsausschüssen. Welche Ziele verfolgen Sie damit? Mir ist die Sicherung kalkulierbarer Bedingungen für die zahnärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten wichtig.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Mir macht es Freude, unsere Ständepolitik mitzugestalten. Erfolge bei der Vertretung zahnärztlicher Interessen gegenüber der Politik, den Krankenkassen und der Gesellschaft motivieren mich zusätzlich.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Klare, deutliche und verständliche Öffentlichkeitsarbeit nach innen in die Zahnärzteschaft und nach außen in die Gesellschaft.

Ihr Hauptcharakterzug? Hartnäckigkeit, Gemeinsinn Ihr Lieblingsschriftsteller? Noah Gordon

Ihr Abschlusskommentar? Lasst uns gemeinsam stark sein.

Ihr Motto? Nur wer nicht kämpft, hat verloren.

Dr. Ernst Zschunke



Alter: 64, Wohnort: Schwerin, in der VV seit: 1991

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Ganz einfach: Ich wurde gewählt! Spaß beiseite, nach der Wende sah ich die vielen Probleme aber auch Chancen, die auch im Berufsleben auf uns zu kamen und suchte über meinen Freund, den Lübecker Zahnarzt Dr. K.-R. Herrmann Verbindung zu berufspolitisch engagierten Kollegen, wobei ich auch den jetzigen Vorsitzenden der KZV S-H, Dr. Peter Kriett kennen lernte. Ich informierte mich über die dortigen Strukturen und gründete in Schwerin einen Zahnärzterein, der allerdings nur kurzen Bestand hatte. Ich wurde dann Gründungsmitglied der Kammerversammlung und engagierte mich beim Aufbau der KZV.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Nach den Jahren der autoritären Starre wollte ich mich gerne einbringen beim Aufbau einer freien zahnärztlichen Berufsausübung in unserem Land. Die dazu nötigen demokratischen Strukturen mussten erst geschaffen werden und das gab eine Menge Arbeit.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Die Erkenntnis, dass man ohne eigenes Engagement nicht erwarten darf, dass Dinge sich in wünschenswerter Richtung verändern. In solcher demokratischen Aktivität für die Gemeinschaft steckt also auch ein Teil gesundes Eigeninteresse! Deswegen macht es keinen Sinn, Entscheidungen anderen zu überlassen und anschließend zu lamentieren, wenn sie den eigenen Vorstellungen widersprechen.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Dass es in Deutschland 20 Jahre nach der Wiedervereinigung immer noch unterschiedliche Punktwerte in Ost und West gibt, hätte ich damals nicht für möglich gehalten. Deswegen hat der jetzige KZV-Vorstand, der sich auch schon in der vergangenen Legislaturperiode federführend unter den Ost-KZVs bei der Lösung dieses Problems eingesetzt hat, meine volle Unterstützung!

Ihr Hauptcharakterzug? Meinen Hauptcharakterzug sollen andere beurteilen, am liebsten meine Freunde!

Ihr Lieblingsschriftsteller? C.S. Forester, K. Tucholski, E.E. Kisch

Ihr Motto? „Nichts kommt dem Fliegen so nahe wie Segeln - außer Träumen!“ (Jerome K. Jerome)

Ihr Abschlusskommentar? Nach 20 Jahren Erfahrungen im Ehrenamt kann ich feststellen, dass auch in unserer Demokratie Entscheidungsspielräume sehr begrenzt sind, Mehrheitsbildungen nicht immer nur durch Diskussionen und Abstimmungen in gewählten Gremien erfolgen und die Mittel dazu manchmal recht zweifelhaft sind. Trotzdem ist es wichtig, sich und seine Meinung aktiv einzubringen. Eine andere Chance haben wir nicht.

Dr. Jens Uwe Kühnert



Alter: 53, Wohnort: Bergen, in der VV seit: 1993-2000, ab 2005

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Durch den Vorsitz im BDK-Landesverband 1991-1998, ab 2005 dann durch regionales Engagement.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Interessenvertretung der Kollegen meines Wahlkreises

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Die Selbstverwaltung kann nur eine solche sein, wenn wir selbst etwas dafür tun.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

gerechte Leistungshonorierung

Erik Tiede



Alter: 29, Wohnort: Rostock, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Ein Kollege hat mich angesprochen, ob ich als junger Zahnarzt am Geschehen der VV mitwirken möchte.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Mitgestaltung guter Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Praxis.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Als junger Zahnarzt mit frischen Ideen, offenen und ehrlichen Arbeiten in der VV mitzuwirken.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Möglichst hohe Qualität im Beruf zu erzielen.

Ihr Hauptcharakterzug? zuverlässig

Ihr Lieblingsschriftsteller? Ich bin noch auf der Suche...

Ihr Abschlusskommentar? Ich freue mich auf neue Erfahrungen in der VV.

Dr. Michael Katzmann



Alter: 54, Wohnort: Grevesmühlen, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Über die Arbeit im Landesvorstand des FVDZ.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Stärkung der freiberuflichen Tätigkeit ohne staatliche Zwänge

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Die Angst, dass die Rahmenbedingungen sich weiter verschlechtern, wenn keiner sich engagiert.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Freiberufliche Tätigkeit

Ihr Lieblingsschriftsteller? Frank Schätzing, Dan Brown

Dr. Uwe Greese



Alter: 51, Wohnort: Greifswald, in der VV seit: 2005

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Ich wollte, dass die Kollegenschaft vor Ort, einschließlich meiner Person, mehr von der Arbeit der KZV erfährt und ggf. auch Einfluss nehmen kann. 2005 stellte ich mich erstmals zur Wahl.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Ich möchte die Arbeit der KZV im Sinne der Zahnärzteschaft mit gestalten, Erfahrungen aus der eigenen Praxis einbringen und mich für Transparenz der KZV-Arbeit einsetzen.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Planungssicherheit für die Praxen

Ihr Hauptcharakterzug? geradlinig

Ihr Motto? Wenn man etwas verändern möchte, muss man sich selbst mit einbringen.

Dipl.-Stom. Petra Maria Sieg

Alter: 53, Wohnort: Sassnitz, in der VV seit: 2011



Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Ich wurde vom Kreisstellenvorstand angesprochen.
Welche Ziele verfolgen Sie damit? Erhaltung unserer Freiberuflichkeit durch Minimierung der kassenärztlichen Zwänge und Bürokratie. Qualitätssicherung der Versorgung der Kassenpatienten. Optimierung des HVM.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? 20-jährige berufliche Erfahrungen als Kassenzahnarzt in Einzelpraxis.
Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Erhaltung der freiberuflichen Selbstständigkeit. Ich muss erst noch mal schauen, wo ich mich besonders einbringen kann.

Ihr Hauptcharakterzug? Ausgeprägter Gerechtigkeitsinn
Ihr Lieblingsschriftsteller? Meine Lieblingslektüre ist die Zeitschrift „Natur und Heilen“
Ihr Motto? Der Mensch ist, was er isst! *Ihr Abschlusskommentar?* Wehret den Anfängen!

Dr. Hans-Jürgen Koch

Alter: 62, Wohnort: Burg Stargard, in der VV seit: 1997



Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? 1996 suchte die KZV Kollegen, die Interesse hatten, als Prüfzahnärzte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung mitzuarbeiten. Ich meldete mich und fand die Arbeit sehr lehrreich und interessant. Sie machte mich neugierig auf die weitere Arbeit in der KZV, sodass ich für die Vertreterversammlung kandidierte.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Im Rahmen unserer Möglichkeiten wollte ich mitbestimmen, was in unserer Standesvertretung läuft. Im Übrigen wollte ich mich gern in unserem Flächenland für die Kollegen in der Neubrandenburger Region einsetzen.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Als Referent für das Prüfwesen habe ich seit 2001 tiefen Einblick in die Probleme der Kollegen bei der Abrechnung ihrer Leistungen. Es ist zwar oft schwierig, Kollegen zur Abrechnung zu beraten, dennoch ist es oft aber auch sehr befriedigend, wenn man nach langen Gesprächen eine gemeinsame Ebene finden kann.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Die Honorarverteilungsgerechtigkeit liegt mir sehr am Herzen. Jeder soll für seine Arbeit ein adäquates Honorar erhalten. Es soll sich aber auch niemand auf Kosten der Gemeinschaft übermäßig bedienen.

Ihr Hauptcharakterzug? Geradlinigkeit *Ihr Lieblingsschriftsteller?* Ernst Wiechert. *Ihr Motto?* Dabei sein ist alles.
Ihr Abschlusskommentar? Deshalb fordere ich vor allem die jüngeren Kollegen auf, sich aktiv an der Gestaltung ihrer beruflichen Zukunft durch Mitarbeit in unseren Standesvertretungen zu beteiligen. Wer etwas bewegen will, muss dabei sein.

Dipl.-Stom. Christiane Fels

Alter: 52, Wohnort: Torgelow, in der VV seit: 2005



Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Befreundete Kollegen haben mich angesprochen und mich motiviert, mich als Kandidatin zur Wahl in die VV zu bewerben.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Ich möchte gern die Arbeit der KZV transparenter machen und dabei auch überprüfen, dass es um die Effizienz ihrer Arbeit und um die Bereitschaft als Dienstleistungsunternehmen für die Zahnärzteschaft zu fungieren, gut bestellt ist.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Mich motiviert vor allem das Wissen um die hohen Ansprüche, die an den Beruf des Zahnarztes gestellt werden, und die Anforderungen in M-V an die Kollegenschaft. Ich möchte, dass sie sich durch mich gut vertreten fühlen.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Die Angleichung der zahnärztlichen Honorare im Osten an die des Westens ist längst

überfällig. Das liegt mir sehr am Herzen.

Ihr Hauptcharakterzug? Mit viel Energie Sachen anpacken und erledigen.
Ihr Lieblingsschriftsteller? Da wechsele ich gern, zzt. Gregory David Roberts „Shantaram“.
Ihr Motto? Ich möchte für das, was ich leiste, mich morgens im Spiegel anschauen und akzeptieren können.
Ihr Abschlusskommentar? Möge die zahnärztliche Selbstverwaltung im Interesse der Kollegenschaft agieren und funktionieren.

Jens Bülow



Alter: 39, Wohnort: Neubrandenburg, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Befreundete Kollegen ermutigten mich zur Aufstellung in die Wahlliste.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Einen tieferen Einblick in die Arbeit der KZV und die Probleme bei der Honorarverteilung zu bekommen.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?
die Möglichkeit mitzureden und mitzugestalten

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Honorarangleichung Ost/West

Ihr Hauptcharakterzug? zuverlässig

Ihr Lieblingsschriftsteller? gibt es nicht

Ihr Motto? Nicht lange „um den heißen Brei“ reden – lieber direkt auf den Punkt kommen.

Ihr Abschlusskommentar? Ich bin gespannt, was mich in den nächsten Jahren in der VV erwartet.

Dr. Peter Bührens



Alter: 58, Wohnort: Schwerin, in der VV seit: 2011

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Ich habe schon viele KZV-Vertreterversammlungen als Gast besucht. Der Landesvorstand des Freien Verbandes hat beschlossen, für die Vertreterversammlung der KZV M-V zu kandidieren und dort für die Ziele des Verbandes einzutreten.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Das übergeordnete Ziel ist die Stärkung der freiberuflichen Praxis. Wir wollen die regionalen Strukturen und Kompetenzen erhalten und uns für einen HVM einsetzen, der unter den gegebenen Umständen der Budgetierung ein Höchstmaß als Gerechtigkeit und Einzelleistungsvergütung vorsieht.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Nur verbale Kritik an bestehenden Strukturen und Verträgen reicht nicht. Die konkrete Mitarbeit und Erarbeitung von Lösungsansätzen ist der bessere Weg.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Der Freie Verband hat im Dezember 2003 die Einführung des floatenden Punktwertes verhindert. Der auf der Basis individueller Punktmengenobergrenzen bestehende HVM muss einer kritischen Überprüfung unterzogen werden. Gibt es bessere Lösungen? Wie können diese aussehen?

Ihr Hauptcharakterzug? Konsequent und hartnäckig in der Verfolgung der Ziele

Ihr Lieblingsschriftsteller? Max Frisch

Ihr Motto? Nicht gleich aufgeben, wenn der Wind von vorne bläst.

Ihr Abschlusskommentar? Es ist wichtig, sich für die Zukunft einzusetzen. Wir müssen es selbst tun. Ein anderer macht es nicht!

Dr. Olaf Mews



Alter: 57, Wohnort: Lübz, in der VV seit: 1991

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Über die Gesellschaft für Stomatologie und den UdZ

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Praxisrelevante Standespolitik und Begrenzung der gesundheitspolitischen Zwangsmaßnahmen ohne Gruppenzwang

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Frage ich mich manchmal auch! Zahnärzte sind für die Behandlung ihrer Patienten verantwortlich, müssen aber auch ihre eigenen Ideen und Vorstellungen einbringen, damit sie durch die große Politik und Standespolitik nicht noch mehr dirigiert werden.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Effektiver Einsatz der Verwaltungskostenbeiträge der Kollegen und sparsamer Umgang mit diesen

Ihr Hauptcharakterzug? zuverlässig, fleißig

Ihr Lieblingsschriftsteller? Robert Merle, z. Z. auch Dan Brown

Ihr Motto? versuchen unabhängig zu denken

Ihr Abschlusskommentar? fachliches Wissen und Empathie führen langfristig zum Erfolg

Dr. Gudrun Looks



Alter: 62, Wohnort: Stralsund, in der VV seit: 1993

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen? Die Kollegen aus Stralsund wählten mich zur Interessenvertreterin.

Welche Ziele verfolgen Sie damit? Praxen müssen betriebswirtschaftlich sicher arbeiten können und gute Rahmenbedingungen für die Erbringung hochwertiger Zahnmedizin haben, ohne Existenzangst und ohne Kampf mit den Krankenkassen.

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben? Mitdenken, mitbestimmen und mitwirken!

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen? Ost-West-Angleichung

Ihr Hauptcharakterzug? spontan *Ihr Lieblingschriftsteller?* Ken Follett, Barbara Wood

Ihr Motto? Dinge verändern, die man verändern kann, Dinge hinnehmen, die nicht zu ändern sind und die Weisheit haben, beides voneinander zu unterscheiden.

Ihr Abschlusskommentar? Es ist positiv, mitentscheiden zu können.

Dr. Cornel Böhringer



Alter: 49, Wohnort: Ludwigslust, in der VV seit: 2005

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Interesse an der Standespolitik hatte ich schon seit der Niederlassung in eigener Praxis 1991, aber durch die Amtsabgabe von Dr. Stolte habe ich mich dann zur Wahl gestellt.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Die KZV ist die wirtschaftliche Basis für unsere Zahnarztpraxen. Damit es für alle eine vernünftige, verlässliche, wirtschaftliche Basis bleibt, dafür engagiere ich mich!

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Die Möglichkeit, Einfluss auf die kassenzahnärztlichen Arbeitsbedingungen zu nehmen und damit nicht nur „Ausführender“ sondern „Gestalter“ zu sein!

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Gleiche Arbeitsbedingungen und Vergütungen in allen Bundesländern.

Ihr Hauptcharakterzug? Ausdauer

Ihr Motto? Fakten sammeln – Meinung bilden – dann „reden“ und „handeln“

Dr. Hartmut Beitz



Alter: 56, Wohnort: Heringsdorf, in der VV seit: 2001

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

In der Kreisstellensitzung zur VV-Wahl im Jahr 2000 vorgeschlagen und mehrmals von den Kollegen bestätigt.

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Kontakt und Informationen zwischen den Kollegen im Kreis und der KZV, Wahrnehmung der demokratischen Mitbestimmung, Arbeit der KZV transparent machen

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Unsere zahnärztliche Selbstverwaltung ist ein hohes Gut, das immer wieder verteidigt werden muss. Ein Zurück in ein staatlich zentralistisch diktiertes Gesundheitswesen, das wir im Osten lange genug ertragen mussten, darf es nicht geben.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

Abschaffung der Budgets im Honorarbereich, Alters- und Behindertenzahnheilkunde

Ihr Hauptcharakterzug? Verlässlichkeit

Dr. Dagmar Stave



Alter: 62, Wohnort: Rostock, in der VV seit: 1993

Wie sind Sie zu ihrer Tätigkeit in der VV gekommen?

Vorbildwirkung damaliger Berufskollegen (Dr. Uta Bauch, Dr. Jörg Hannemann)

Welche Ziele verfolgen Sie damit?

Vertretung der Interessen einer möglichst großen Kollegenschaft

Was motiviert Sie, neben der täglichen Arbeit in der Praxis dieses Ehrenamt auszuüben?

Das Wissen, dass Tätigkeit mehr bringt als Untätigkeit.

Nennen Sie einen Punkt, für den Sie sich besonders einsetzen oder einsetzen wollen?

- eine möglichst gerechte Verteilung des Mangels
- eine möglichst objektive Beurteilung unserer Tätigkeit gegenüber den Kassen

Ihr Hauptcharakterzug? tolerant

Ihr Lieblingschriftsteller? viele

Ihr Motto? Entweder ganz oder gar nicht.

20. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

62. Jahrestagung

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

2.- 4. September 2011 im Hotel Neptun Rostock-Warnemünde

19. Fortbildungstagung

für Zahnärzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

3. September

im Technologiepark Warnemünde

Tagungsleitung:

Zahnarzt Mario Schreen und Annette Krause

Programm:

- 9.00 Uhr Begrüßung und Eröffnung
Dr. Dietmar Oesterreich,
Präsident der ZÄK M-V, Stavenhagen
- 9.20 Uhr Einführung zum Programm
ZA Mario Schreen, Referent im Vorstand
der ZÄK M-V, Schwerin
- 9.30 Uhr Entwicklung im Kindesalter und
Kinderkrankheiten
Dr. Karina Gohrmann, Uni Greifswald
- 10.00 Uhr Füllung, Stahlkrone und Milchzahn-
Endo – Was ist möglich und sinnvoll?
Prof. Dr. Christian Splieth, Uni Greifswald
- 10.30 Uhr Diskussion und Pause
- 11.00 Uhr Nuckelflaschenkaries, Prophylaxe und
Sanierung
Dr. Anja Treuner, Uni Greifswald
- 11.30 Uhr Verhaltensformung und Hypnose
Dr. Wolfgang Kuwatsch, Rostock
- 12.15 Uhr Diskussion und Schlusswort
- 14.00 Uhr Seminare im Hotel Neptun:**
Seminar 1: Approx Versiegelung und Infiltration,
Dr. Sebastian Paris, Uni Kiel
- Seminar 2: „Kindgerechte Ansprache“,
Karin Namianowski, Wasserburg
- Seminar 3: Das Milchgebiss, ein vernachlässigtes
Feld: Prävention und Sanierung
Prof. Dr. Christian Splieth, Uni Greifswald

Themen

1. Kinderzahnheilkunde in der Praxis
2. Professionspolitik, 20 Jahre Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
3. Aus der Praxis für die Praxis

Wissenschaftliche Leitung

Professor Dr. Christian Splieth

Leitung Organisation und Professionspolitik

Dr. Dietmar Oesterreich, 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 3. September 2011, findet parallel im Technologiepark Warnemünde für Zahnärzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte die 19. Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern statt.

Anmeldung

Für Anmeldungen zum 20. Zahnärztetag und zur 62. Jahrestagung sowie zur 19. 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 2011 möglich.

Freitag, 2. September 2011

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

14.15 Uhr 20 Jahre Zahnärztekammer – 20 Jahre Zahnärztetag
Rückblick und Ausblick unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Veränderungen
Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen

Festvortrag: Die demographischen Veränderungen in unserer Gesellschaft – Herausforderung und Chance

Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Kruse, Heidelberg

16.00 Uhr Einführung in die Thematik
Kinderzahnheilkunde in der Praxis
Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

16.15 Uhr Pause

16.45 Uhr Orales Problem bei Kindern: Epidemiologie und Folgen für den Praktiker
Dr. Christine Berndt, Greifswald

17.15 Uhr Individualprophylaxe für das Kind in der Praxis
Dr. Lutz Laurisch, Korschenbroich

18.00 Uhr Wann muss man bohren? Infiltration statt Karies entfernen? Dr. Sebastian Paris, Kiel

18.30 Uhr Diskussion

Samstag, 3. September 2011

9.00 Uhr KFO-Frühbehandlung in der Kinderpraxis
Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon, Rostock

9.30 Uhr Kindesvernachlässigung und -misshandlung: Erkennbarkeit und Verhaltensstrategien für den Zahnarzt
Prof. Dr. Britta Bockholdt, Greifswald

9.55 Uhr Rechtliche Aspekte bei der Behandlung Minderjähriger
Peter Ihle, Schwerin

10.15 Uhr Diskussion und Pause

11.00 Uhr Füllung oder Stahlkrone: Was ist besser?
Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

11.30 Uhr Milchzahn-Endo: Geht das?
Dr. Tania Roloff, Hamburg

12.00 Uhr Diskussion und Pause

12.45 Uhr Mitgliederversammlung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

de an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. (mit Imbiss)

14.30 Uhr Aus der Praxis für die Praxis – gestaltet von der Zahnärztekammer Hamburg

- Inhalationssedierung mit Lachgas, Monika Quick-Arntz, Hamburg
- Kinderbehandlung – Die häufige Gratwanderung zwischen Kooperationsfähigkeit oder Narkosetherapie, Dr. Rüdiger Lemke, Hamburg

16.30 Uhr Praxisseminare (Parallelveranstaltungen):

Seminar 1 Approximale Versiegelung und Infiltration
Dr. Sebastian Paris, Kiel

Seminar 2 Versorgung von Frontzahntraumen in der Praxis
Dr. Yango Pohl, Bonn

Seminar 3 Stahlkrone und Milchzahn-Endo – Alles anders als beim permanenten Zahn?
Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

Seminar 4 Vom Honorarbescheid über die BWA bis zu Einflussfaktoren auf die Praxissteuerung
Wolfgang Abeln, Schwerin, Gerrit Altenburg, Düsseldorf

20.00 Uhr Gesellschaftsabend in der Kunsthalle Rostock

Sonntag, 4. September 2011

9.00 Uhr Frontzahntrauma - Epidemiologie und Prävention
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Greifswald

9.25 Uhr Frontzahntrauma - aktuelle Aspekte bei der Therapie
Dr. Yango Pohl, Bonn

10.15 Uhr Diskussion und Pause

11.00 Uhr Verhaltensformung und Hypnose beim Kind
Dr. Wolfgang Kuwatsch, Rostock

11.30 Uhr Kinderzahnheilkunde in der Praxis (Praxisausstattung, Bestellsystem, Orale Rehabilitation, Kostenkalkulation)
Dr. Tania Roloff, Hamburg

12.15 Uhr Schlusswort

12.30 Uhr Ende der Tagung

50 Jahre und so gut wie neu: der EOA nach Klammt

Rückbesinnung auf Funktionskieferorthopädie wichtig



SR Dr. Georg Klammt – er ist 2003 im Alter von 95 Jahren in Görlitz verstorben.

Er ist einfach, aber effektiv: der Elastisch Offene Aktivator nach Klammt, der in diesem Jahr sein 50-jähriges Jubiläum feiert. Aus diesem Anlass fand vor Kurzem in Görlitz ein Symposium statt, das den bedeutenden deutschen Kieferorthopäden SR Dr. Georg Klammt in den Mittelpunkt stellte. Dabei betonten die Organisatoren Prof. Dr. Karl-Heinz Dannhauer und Dr. Andreas Kumpf den Vorteil einer frühen funktionskieferorthopädischen Intervention mit geringen Risiken zur Vermeidung schwieriger Spätfälle. Darüber hinaus rückten die Veranstalter die Integration herausnehmbarer, funktionskieferorthopädischer Geräte in moderne Behandlungskonzepte in den Fokus. Einen Höhepunkt der Veranstaltung bildete eine Tischdemonstration der originalen Klammtschen EOA-Modifikationen aus der Sammlung des kieferorthopädischen Fachlabors Orthos, welches das Klammt-Erbe seit

seinem Tod verwahrt.

SR Dr. Georg Klammt gilt als ein Pionier der Funktionskieferorthopädie. Zwischen 1950 und 1960 leistete er einen maßgeblichen Beitrag zur Weiterentwicklung seines Fachgebiets. In einem ersten Schritt entwickelte er den Offenen Aktivator, einen klassischen Aktivator mit Dehnschraube, bei dem auf anteriore Kunststoffanteile bereits verzichtet wurde. In der täglichen Anwendung veränderte Dr. Klammt als geschickter und einfühlsamer Praktiker die Konfiguration des Gerätes systematisch. Durch die Eliminierung weiterer Kunststoffanteile und die Verwendung der Coffinfeder vergrößerte er den Funktionsraum der Zunge, wodurch den Patienten das Sprechen einfacher fiel und somit die Tragedauer des Geräts erhöht werden konnte. Die Bedeutung der Zunge als aktiver Faktor für die biologische Wirkung des EOA spielte für Klammt eine bedeutende Rolle. Sein Ziel war es, „...nicht nur die Formabweichung von der Norm zu beseitigen, sondern Wachstums- und Entwicklungsprozesse biologisch zu steuern“. Dr. Klammts Ideen fanden auch in der Zeit der deutschen Teilung über die regionalen Grenzen hinaus deutschlandweit und international Verbreitung, Akzeptanz und Beachtung. Durch die einfache technische Herstellung und universellen Anwendungsmöglichkeiten des EOA hat er sich bis heute einen hohen Stellenwert in der Funktionskieferorthopädie gesichert. „Mit dem EOA steht uns ein bewährtes funktionskieferorthopädisches Behandlungsgerät zu Verfügung, welches auch unter den Bedingungen einer modernen Multi-bracket-Praxis seinen festen Platz im

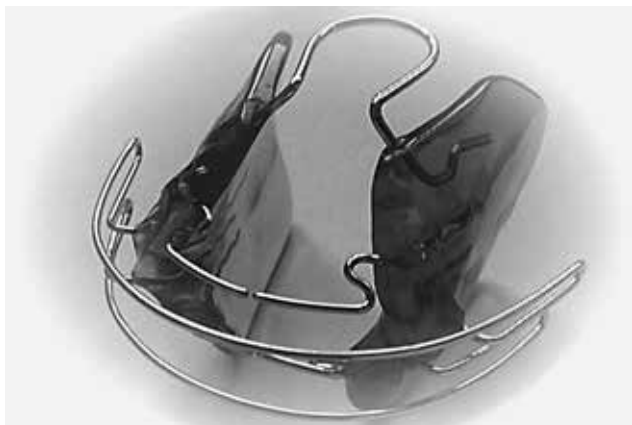
breiten therapeutischen Spektrum der Kieferorthopädie behauptet“, meint Dr. Andreas Kumpf.

Während bei den meisten Therapien vorrangig kräfteerzeugende Schrauben, Federn und Bogenelemente für die Ausformung von Zahnbögen und einer stabilen Okklusion zur Anwendung kommen, verzichtet die Funktionskieferorthopädie auf diese, indem ein kieferorthopädischer Gewebeumbau durch eine funktionelle Reizwirkung angestrebt wird. Der EOA ist ein von Patienten als sehr verträglich eingeschätztes Therapiemittel mit hohem Tragekomfort. Durch die wesentliche Skelettierung der Aktivatorbasis ist ein Tragen des Geräts am Tag unproblematisch. Die dadurch mögliche, lange Tragezeit von etwa 14 Stunden pro Tag bewirkt auf biologische, formative Weise eine effiziente therapeutische Verbesserung.

Eines hat das Görlitzer Symposium laut Dr. Kumpf deutlich gezeigt: Der rege Zuspruch ist als positives Zeichen zu werten, dass der EOA nach Klammt und funktionelle Therapieansätze wieder zunehmend Beachtung in Zahnmedizin und Kieferorthopädie finden. Es sei vor allem aus Sicht des Patienten wünschenswert, sich auch künftig mit dem Thema wissenschaftlich konstruktiv auseinanderzusetzen.

Veranstaltungstipp: 8. Fachtagung Fachkreis „Junge KFO“ mit Fachvorträgen zu „Das Klammt-Gerät“, 9. und 10. September in Weimar.

Anmeldung und Informationen: Orthos Fachlabor, Über der Nonnenwiese 7, 99428 Weimar, seminare@orthos.de



Elastisch Offener Aktivator nach Klammt



Elastisch Offener Aktivator in situ Fotos: Kumpf, Orthos



Der neue (alte) Vorstand der Zahnärztekammer Hamburg: Dr. Thomas Clement, Konstantin von Laffert, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Dr. Helmut Pfeffer und Dr. Thomas Einfeldt
Foto: ZÄK HH

Kontinuität in Hamburg

Sprekels und sein Vorstand für vier Jahre gewählt

Die Hamburger Zahnärzte stimmten für absolute Kontinuität im Vorstand der Zahnärztekammer Hamburg. Ohne personelle Veränderungen ging die Wahl des Vorstandes am 27. Januar aus. Mit großer Mehrheit wurde Prof. Dr. Wolfgang Sprekels als Präsident für vier weitere Jahre in seinem Amt bestätigt. Auch den Vizepräsidenten Dr. Helmut Pfeffer und die drei Vorstands-Beisitzer Dr. Thomas Clement, Dr. Thomas Einfeldt und Konstantin von Laffert bestätigte die Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Hamburg ohne Gegenkandidaten erneut im Amt.

Der alte und neue Kammerpräsident steht jetzt nach 24 Jahren vor

seiner siebten Amtszeit. Er ist damit der dienstälteste Präsident einer Zahnärztekammer. Er sagte nach seiner Wahl vor der Versammlung u. a.: „Unser Gesundheitswesen ist weiterhin in schwerer See. Das hat auch ein FDP-Gesundheitsminister nicht ändern können. Ich richte mich auf weitere dramatische Jahre ein. Die Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) ist nach wie vor nicht überarbeitet, die Systeme der privaten und gesetzlichen Krankenkassen stehen auf dem Prüfstand und neue Unsicherheit für Zahnärzte und Patienten bringt der Bundesgerichtshof mit seinem Spruch zum Preiskampf von Zahnersatz im Internet.“

20 Jahre ZÄK

Historisches im Web

Auf der Homepage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist aus Anlass des 20-jährigen Bestehens ab sofort ein Bereich „Historisches“ eingerichtet.

Mit dem Bild- und Lesematerial soll der Aufbau der zahnärztlichen Selbstverwaltung in Mecklenburg-Vorpommern dokumentiert und damit verbunden viele Erinnerungen zurück ins Bewusstsein gerufen werden.



Darüber hinaus ist hier die komplette Erstausgabe der „Zahn-Aerztlichen Mitteilungen“ vom 2. Juli 1910, heute bekannt unter „zm - Zahnärztliche Mitteilungen“, dem Mitteilungsblatt der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), zu finden.

Die Seite „Historisches“ wird weiter ausgebaut.

Konrad Curth

Patienteninformation hilft bei Aufklärung

Die Reihe der wissenschaftlich abgesicherten Patienteninformationen von Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wurde ergänzt. Neu hinzugekommen ist die Information zur „Früherkennung des Mundhöhlenkrebses“. Der Zahnarzt ist in der Regel der Erste, der auffällige Veränderungen in der Mundschleimhaut diagnostiziert. Die Patienteninformation zur „Fissurenversiegelung“

wurde überarbeitet. Alle wissenschaftlich abgesicherten Informationen basieren auf den Leitlinien der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) und stehen Patienten und Ärzten auf den Websites von BZÄK und DGZMK zur Verfügung: www.bzaek.de und www.dgzmk.de

Die Patienteninformationen sollen den Zahnarzt bei der Aufklärung der Patienten unterstützen.

BZÄK-Klartext 2/11



Service der KZV

Nachfolger gesucht

Gesucht wird zum 1. Juli ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Parchim** und zum 1. Januar 2012 oder früher ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Nordwestmecklenburg**.

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

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt und können bei Bedarf angefordert werden:

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

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am 15. Juni (Annahmestopp von Anträgen: 25. Mai) und am 14. September (Annahmestopp von Anträgen: 24. August) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin einzureichen sind. Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für

Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

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

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

Niederlassung

Dr. med. dent. Robert Kinzel eröffnet am 1. April in 17489 Greifswald, Grimmer Straße 56a, eine oralchirurgische Praxis.

Ende der Niederlassung

Dr. med. dent. Annelie Münch, niedergelassen seit dem 1. April 1991 in 19053 Schwerin, Platz der Freiheit 5, beendet am 1. März ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Renate Hartmann, niedergelassen seit dem 1. Juli 1991 in 19055 Schwerin, Gaußstraße 4, beendet am 1. März ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Gisela Cielek, niedergelassen seit dem 1. April 1991 in 18209 Bad Doberan, Parkentiner Weg 57, beendet am 31. März ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Dipl.-Med. Alma Stranz, niedergelassen seit dem 2. April 1991 in 23966 Wismar, Dahlmannstraße 51, beendet am 30. April ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

MR Dr. med. Margot Roscher, niedergelassen seit dem 1. April 1991 in 18461 Franzburg, Platz der Freiheit

8, beendet am 16. April ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. dent. Anke Schreiber und Dipl.-Stom. Helga Westendorff, niedergelassen in 23968 Wismar, Rudolf-Breitscheid-Str. 21a, beschäftigt ab 1. Mai Maria Torner als ganztags angestellte Zahnärztin.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. dent. Skadi Opitz und Dr. med. dent. Ralf Büniger, niedergelassen in 19053 Schwerin, Goethestraße 87, beschäftigt ab 1. April Dr. med. dent. Ibrahim Jouni als ganztags angestellten Zahnarzt.

Die Anstellung von Peggy Bendt in der Praxis Dr. med. Imke Segler in 19055 Schwerin, Röntgenstraße 14, endete am 31. März.

Die Anstellung von Dr. med. dent. Ulrike Struck in der Praxis Dipl.-Stom. Frank Zech in 18107 Rostock, Warnowallee 31, endete am 28. Februar.

Die Anstellung von Christian Jahn in der Praxis Dr. med. dent. Stefan Müller in 23970 Wismar, Klußer Damm 80a, endet am 30. April.

Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. dent. Mathias Kühn und Helge Pielenz führen ab 1. April eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft am Vertragszahnarztsitz 18209 Bad Doberan, Parkentiner Weg 57.

Annett Haase und Jens Grzechowiak führen ab 1. April eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft an den Vertragszahnarztsitzen 18609 Binz, Dünenstraße 33, und 18439 Stralsund, Frankendamm 27.

Verlegung des Vertragszahnarztesitzes

Dipl. oec. med. Sandra Bahr verlegt mit Wirkung vom 15. April ihren Vertragszahnarztsitz von der Dammstraße 42 in die Dammstraße 10a in 18528 Bergen.

Kerstin Werth verlegt mit Wirkung vom 1. Mai ihren Vertragszahnarztsitz von der Großen Kirchenstraße 11 in die Prenzlauer Straße 13 in 17309 Pasewalk.

Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

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

Punkte: 3

Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.

Gebühr: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorbereitungsassistenten und Zahn- arztthelferinnen

Textverarbeitung mit Word 2007

Inhalt: Texte eingeben und verän- dern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und be- arbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief

Wann: 4. Mai 2011, 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 eigen- en Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten

Wann: 1. Juni, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation mit Excel 2007

Inhalt: Daten eingeben und bearbei- ten; Formeln und Funktionen ein- fügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten und Diagram- men

Wann: 14. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Der Zahnarzt in der Wirtschaftlich- keitsprüfung

Referenten: Dr. Hans-Jürgen Koch, Mitglied im Koordinationsgremium der KZV M-V; Hans Salow, stellv. Vorsitzender der Vertreterversamm- lung der KZV M-V; Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V

Inhalt: Gesetzliche und vertragliche Grundlagen für die Wirtschaftlich- keitsprüfung; Stellung der KZV inner- halb der GKV; neue Prüfvereinbarung in M-V; Ablauf der Verfahren mit Dar- stellung der verschiedenen Prüfungs- arten; Hilfestellung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die von Wirtschaftlich- keitsprüfungsverfahren betroffen sind, z. B. Vorbereitung auf eine Wirtschaft- lichkeitsprüfung durch professionelle Dokumentation oder Wirtschaftlich- keitsprüfung optimal vorbereiten und erfolgreich abwickeln.

Wann: 5. Oktober, 15 – 19 Uhr, Schwerin

Punkte: 4

Gebühren: 150 Euro für Zahnärzte, 75 Euro für Vorbereitungsassistenten und Zahnarztthelferinnen

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

Ansprechpartnerin: Antje Peters

E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

Telefon: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498

Ich melde mich an zum Seminar:

- Textverarbeitung mit Word 2007 am 4. Mai, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 1. Juni, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2007 am 14. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung am 5. Oktober 2011, 15 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Anzeige

Mundgesundheit der Kinder weiter verbessert

Studie mit deutlichen Ergebnissen – zwei Drittel der Zwölfjährigen ohne Karies

Mehr als die Hälfte der deutschen Schulanfänger hat kariesfreie Milchzähne, rund zwei Drittel der Zwölfjährigen weisen ein naturgesundes bleibendes Gebiss auf. Die Mundgesundheit der Jungen und Mädchen verbesserte sich deutlich. Dies geht aus einer Studie hervor, an der im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) im Jahr 2009 rund 87 000 Schülerinnen und Schülern aller Bundesländer teilnahmen. Für die Studie wurden in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) 4575 Schülerinnen und Schüler untersucht.

Die Resultate zeigen für M-V eine gute Entwicklung: 44,4 Prozent der Schulanfänger haben naturgesunde kariesfreie Milchzähne (1994: 20 Prozent). In M-V, so das Ergebnis der Studie, verbesserte sich die Mundgesundheit bei Schulanfängern im bundesweiten Vergleich damit am stärksten und überholte mittlerweile im nationalen Vergleich mehrere Bundesländer.

Zwei Drittel der Zwölfjährigen haben

kariesfreie bleibende Zähne (1994: 15,3 Prozent). Im bundesweiten Vergleich nimmt M-V in dieser Altersgruppe einen durchschnittlichen Platz ein.

Der Vorsitzende der LAJ Mecklenburg-Vorpommern, Hans-Uwe Timm, erklärt dazu: „Solche Ergebnisse lassen sich nur erreichen, wenn alle Akteure der Zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Im Besonderen muss unser Augenmerk auf Kinder in sozial schwierigen Lagen gerichtet werden. Gerade diese Kinder sind über die Zahnarztpraxis nur schwer zu erreichen. Die Inanspruchnahme ihrer Familien ist unregelmäßig und vor allem auf die Beseitigung von Schmerzzuständen ausgerichtet. Das hat die LAJ Mecklenburg-Vorpommern erkannt und führt bereits seit 2003 erfolgreich das Intensivprophylaxeprogramm ‚Gesunde Zähne ein Leben lang‘ durch. Die Landesarbeitsgemeinschaft ist sehr glücklich darüber, dass das Projekt aufgrund der guten Ergebnisse in den ver-

gangenen Jahren und dank der Kostenzusage der Gesetzlichen Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern zum Schuljahresbeginn 2011 weitergeführt und ausgebaut werden kann.“

Die LAJ ist eine Arbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Kindes- und Jugendalter und wurde auf der Grundlage eines eingetragenen Vereins gegründet. Die Aufgaben erstrecken sich auf die Förderung von Maßnahmen auf dem Gebiet der Zahn- und Mundpflege bei allen Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren mit dem Ziel einer flächendeckenden, systematischen und kontinuierlichen Förderung der Jugendzahnpflege.

Kontaktdaten:

Hans-Uwe Timm, Vorsitzender der LAJ; Sitz der Geschäftsstelle: Wismarsche Strasse 304 (im Haus der Zahnärztekammer), 19055 Schwerin, Telefon: (0385) 59 108-14 E-Mail: m.foerg@zaekmv.de Hans-Uwe.Timm@nordost.aok.de

Fortbildung im Mai und Juni 2011

4. Mai

7 Punkte

Update Funktionslehre
Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
14 – 19.30 Uhr
Zahnärztekammer M-V
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminar Nr. 28
Seminargebühr: 230 €

7. Mai

9 Punkte

Festsitzender Zahnersatz – ein Update
Dr. Torsten Mundt
9 – 17 Uhr
Zentrum für ZMK,
Rotgerberstraße 8
17489 Greifswald
Seminar Nr. 29
Seminargebühr: 245 €

18. Mai

5 Punkte

Kariesprophylaxe in der Kieferorthopädie
Dr. Sebastian Zingler
14 – 18 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 30

Seminargebühr: 220 €

7 Punkte

21. Mai
PA-Behandlung/scaling and root planing – Erfolg oder Misserfolg – was nun?
Prof. Dr. Holger Jentsch
9 – 15 Uhr
Zahnärztekammer M-V
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminar Nr. 31
Seminargebühr: 235 €

28. Mai

8 Punkte

Funktionsdiagnostik und -therapie in der Implantologie
Prof. Dr. Bernd Kordaß,
Zahnarzt Daniel Hützen
9.30 – 16.30 Uhr
Zahnärztekammer M-V
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminar Nr. 33
Seminargebühr: 225 €

17./18. Juni

15 Punkte

Professionelle Zahnreinigung, Mundhygiene, Langzeitbetreuung, Erhaltungstherapie
Fortbildung für das Praxisteam (Zahn-

arzt – Prophylaxepersonal)
Dr. Jutta Fanghänel, DH Jutta Daus
17. Juni 14 – 19 Uhr,
18. Juni 9 – 16.30 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 34
Seminargebühr: 350 €

18. Juni

Die professionelle Zahnreinigung
Dana Nowak
9 – 17 Uhr
Breite Straße 16
18055 Rostock
Seminar Nr. 46
Seminargebühr: 370 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon 0385-5 91 08 13 und Fax: 0385-5 91 08 23 zu erreichen.

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

Paragraf 8 GOZ – Wegegeld

Abrechnungsempfehlungen des GOZ-Referats der Zahnärztekammer

Paragraf 8 GOZ regelt die Entschädigung des Zahnarztes für ihn durch Patientenbesuche entstehende besondere Kosten, die nicht mit den Gebühren abgegolten sind. Der Zahnarzt erhält hierfür ein Wegegeld, das sich aus den Komponenten Wegstreckenentschädigung und Aufwandsentschädigung zusammensetzt.

Voraussetzung für die Berechnung des Wegegeldes ist, dass der Zahnarzt einen Besuch abstattet (z. B. Hausbesuch, Besuch im Krankenhaus oder Alten- und Pflegeheim). Der Behandler muss dafür den Patienten zur Ausübung seiner zahnärztlichen Tätigkeit an einem Ort aufsuchen, an dem er üblicherweise seine zahnärztliche Tätigkeit nicht ausübt. Für den niedergelassenen Zahnarzt bedeutet das i.d.R., dass jede zahnärztliche Behandlung, zu der er sich außerhalb seiner Praxis begibt, einen Besuch darstellt. Als „Besuchsgebühren“ stehen in der GOÄ die Ziffern Ä 50 bis Ä 52 zur Verfügung, ggf. kommen die Zuschläge E bis J sowie K 2 im Ein-fachsatz hinzu.

Etwas anderes gilt, wenn der Zahnarzt seiner Tätigkeit üblicherweise auch außerhalb seiner Praxis an einem bestimmten Ort nachgeht, etwa weil er als Belegzahnarzt in einem Krankenhaus tätig ist. Das Aufsuchen vom Patienten im Krankenhaus stellt für den Belegzahnarzt zwar eine Visite nach Ä 45 (Visite im Krankenhaus), nicht aber einen Besuch dar, sodass der § 8 GOZ hier keine Anwendung findet.

Auch Besuche z. B. in einem Heim/Pflegeheim/Altenheim/Reha-Einrichtung, wo der Zahnarzt regelmäßig Sprechstunden abhält, gelten nicht als Besuche gemäß § 8 GOZ, sondern werden entsprechend GOÄ 48 (Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation, bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten) berechnet.

Die Berechnung des Wegegeldes nach dem Gebührenkatalog der Ärzte (GOÄ, § 8) ist für den Zahnarzt nicht zulässig. Hier haben die Bestimmungen gemäß § 8 GOZ Vorrang gegenüber der Wegegeldregelung in der GOÄ.



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

§ 8 GOZ regelt die Wegegeldberechnung für den Zahnarzt wie folgt:

1. *Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Das Wegegeld umfasst Wegstreckenentschädigung und Aufwandsentschädigung.*
2. *Die Wegstreckenentschädigung beträgt*
 1. *bei Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges 26 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer;*
 2. *bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die unter Berücksichtigung der Umstände angemessenen Fahrtkosten.*
3. *Die Aufwandsentschädigung beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer 1,02 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 1,53 Euro*
4. *Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.*

Bei der Berechnung des Wegegeldes ist immer von der Praxis als Ausgangsort für den Besuch auszugehen, auch wenn der Besuch tatsächlich von der Privatwohnung des Zahnarztes aus erfolgte. Diese Berechnung u.U. fiktiver Weglängen folgt daraus, dass mit § 8 GOZ dem Zahnarzt nicht die allgemeinen Praxiskosten, sondern nur die besonderen, mit dem Besuch verbundenen Aufwendungen ersetzt werden sollen.

Nachfolgend ein Beispiel für die Berechnung des Wegegeldes bei einem Besuch:

Der Zahnarzt besucht auf Anforderung einen Patienten im Pflegeheim und führt bei ihm eine symptombezogene Untersuchung und Beratung durch. Die gefahrene (einfache) Wegstrecke beträgt 5 km (= Gesamtstrecke 10 km).

Abrechnung

- Ä 50 - Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung
Achtung: Ä 1 und Ä 5 sind hier Leistungsinhalt der Ä 50!
- Wegegeld gemäß § 8 GOZ
Wegstreckenentschädigung: 0,26 Euro x 10 km = 2,60 Euro
plus
Aufwandsentschädigung: 1,02 Euro x 10 km = 10,20 Euro

Schickt ein Zahnarzt seine Helferin zu einem Patienten in dessen Wohnung (zum Beispiel um eine wiederhergestellte Prothese oder ein Rezept abzugeben), so ist dieser Besuch nach der Ä 52 abzurechnen (Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume durch nichtärztliches Personal im Auftrag des Arztes). Die Ä 52 ist nur im Ein-fachsatz berechenbar. In den Berechnungsbestimmungen zur Ä 52 ist eine zusätzliche Wegegeldberechnung ausdrücklich ausgeschlossen.

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

Die kieferorthopädische Behandlungsplanung

BEMA-Nr. 5 – Bewertungszahl: 95

Die Voraussetzungen zur Durchführung einer Kfo-Behandlung liegen vor, wenn die gesetzlichen Grundlagen des § 28 bzw. § 29 SGB V und die bundeseinheitlichen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung erfüllt sind und ein Behandlungsbedarfsgrad 3, 4 bzw. 5 vorliegt.

Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung ist der Gesamtumfang der überschaubaren Therapie in einer Behandlungsplanung schriftlich niederzulegen. Dieser Planung wird im BEMA in der Nr. 5 Rechnung getragen.

BEMA-Bestimmungen zu Nr. 5: Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzepts sowie Aufklärung des Patienten und Dokumentation, einschließlich Erstellung eines Behandlungsplanes. Die Dokumentation ist dem Patienten anzubieten und auf Wunsch auszuhändigen.

Eine Leistung nach Nr. 5 ist nicht abrechnungsfähig

- bei Verlängerungsanträgen,
- bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan
- oder zur Retentionsplanung.

Aus diesen BEMA-Bestimmungen geht hervor, dass die Entwicklung eines individuellen befundorientierten Therapiekonzepts im Vordergrund steht. Somit sind vor der Erstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans, die Untersuchung des Patienten, die Befunderhebung, umfangreiche am jeweiligen Behandlungsfall orientierte diagnostische Maßnahmen sowie die Erhebung des kieferorthopädischen Indikationsgrades – KIG – erforderlich.

(Anmerkung der KZV M-V: Laut Abrechnungsbestimmung hat der Patient zwar das Recht, die Dokumentation ausgehändigt zu bekommen; hingegen dessen haben sich die Partner der Bundesmantelverträge aber noch nicht über den Inhalt der vorgesehenen Dokumentation geeinigt. Deshalb bleibt es vorerst bei der Dokumentation im Kfo-Plan).

Anlage 6 § 1 BMV- Z bzw. § 9 Abs. 4 EKVZ schreiben das Erstellen eines Behandlungsplans vor Beginn jeder kieferorthopädischen Behandlung zwingend vor.

Dieses Erstellen erfolgt auf bundeseinheitlichen Formblättern (Kfo-Behandlungsplan), über die sich die Vertragspartner geeinigt haben. Im BMV-Z ist dies die **Anlage 8 – Kieferorthopädischer Behandlungsplan – und im EKVZ die Anlage 8a – Kfo-Behandlungsplan.**

Vorgesehene Leistungen nach Nummern 01, Ä1, Ä75, und 125 dürfen nicht in den kieferorthopädischen Behandlungsplan eingetragen werden. Für Leistungen nach den BEMA- Nrn. 121, 122a, 122b, 122c, 123a, 124 und 125 wird kein Kfo-Behandlungsplan aufgestellt. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf der Abrechnung für die kieferorthopädische Behandlung.

Aufstellen eines Kfo-Behandlungsplans

In Absprache mit dem Vorstand der KZV M-V sowie mit dem Fachbeauftragten für Kieferorthopädie der KZV M-V und mit freundlicher Genehmigung des Asgard Verlags, dem Herausgeber des Kommentars BEMA-Z, folgen im Anschluss aus dieser Kommentierung Erklärungen zum Ausfüllen eines Kfo-Behandlungsplans.

Kranken- und Versichertendaten: Alle Angaben der Krankenversichertenkarte, die durch das Lesegerät erkannt

werden, müssen auf das Abrechnungsformular in das vorgesehene Feld (oben links) geschrieben werden.

Das gilt auch für EDV-Abrechner, die diese Angaben positionsgerecht (ebenfalls oben links) ausdrucken müssen.

Der Kfo-Behandlungsplan: Der Behandler kennzeichnet, ob es sich um einen neuen Behandlungsplan handelt oder ob es sich um eine Therapieänderung oder um einen Verlängerungsantrag handelt. Die Berechnung der Nr. 5 ist in den zwei letzteren Fällen nicht möglich.

- KFO-Behandlungsplan
- KFO-Therapieänderung
- KFO-Verlängerungsantrag

Feststellung der Behandlungsbedarfsgrade: Die Einteilung der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen erfolgt in fünf Behandlungsbedarfsgrade, die nach klinischem Befund und dem Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit entschieden werden.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht bei Vorliegen der Behandlungsbedarfsgrade 5, 4 und 3. Bestandteil der neuen Kfo-Richtlinien ist ein Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfsgrads. Hier sind zum einen die Indikationsgruppe (Befund) und zum anderen der Grad des Behandlungsbedarfes einzutragen.

KIG-Einstufung S4

Anamnese: In diesen Spalten kann sich der Zahnarzt auf die Angabe wichtiger, für die Behandlung evtl. bedeutsamer Fakten der Anamnese beschränken. Wenn sich bei der Erhebung der Anamnese keine sicheren Angaben ermitteln lassen, kann diese Rubrik auch ohne Eintragungen bleiben.

Anamnese *Altersgemäßes permanentes Gebiss. Anamnetisch unauffällig.*

Diagnose: Hier ist die Zusammenstellung aller Teilbefunde zu einem umfassenden Krankheitsbild stichwortartig einzutragen. Der Eintrag soll so ausführlich sein, wie für das Verständnis der Anomalie und deren Besonderheit nötig. Die diagnostischen Angaben müssen sich auf den Oberkiefer, Unterkiefer und Bisslage beziehen.

Diagnose

OK *Persistenz 53, Retention und Mesialverlagerung 13. Buccalstand und Rotation 23. Bilaterale Kompression. Steilstand der Front.*

UK *Frontengstand, Retrusion bei Lückenenge und Rotation 43. Lingualstand 34, 45.*

Bisslage *Distalokklusion*

Therapie: Hier sind kurze Angaben zu den geplanten Maßnahmen und Bewegungen zu machen. Besondere Schwierigkeiten der Therapie, wie z. B. Distalisierung von Seitenzähnen, körperliche Bewegungen, Bisshebungen und Bissenkungen, sind herauszustellen, da dies auch zum Verständnis der Einstufung in die Schwierigkeitsgrade

nach den BEMA-Nrn. 119 und 120 erforderlich ist. Sofern es sich um eine Früh- oder frühe Behandlung nach den Kfo-Richtlinien 8a-d handelt, sind vom Behandler entsprechende Vermerke zu machen.

Therapie	Frühbehandlung (Kfo-Richtlinie Nr. 8a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (Kfo-Richtlinie Nr. 8d) <input type="checkbox"/>
OK	Extraktion 55. Einstellung 13 nach Freilegung. Distalisieren der Seitenzahnsegmente. Transversale Ausformung und Nivellierung des Zahnbogens.
UK	Protrudieren und Ausrunden der Front. Einrotieren 43. Laterale Ausformung des Zahnbogens.
Bisslage	Einstellung von Okklusion und Artikulation zum individuellen Funktionsoptimum. Bisshebung.

Verwendete Geräte: Hier sind kurze Angaben zu der Art der vorgesehenen Apparate zu machen.

Beispiel:

Verwendete Geräte Multibandapparat. Cerv. Headgear. Retention mit abnehmbaren Behelfen. Dauer ca. 3-4 Jahre.

Voraussichtliche Dauer: In dieser Spalte sind Angaben über die voraussichtliche Dauer der Behandlung zu machen.

16
Voraussicht. Dauer der Behandlung
Quartale

Bewertungssystem/Maßnahmen: Für die in Frage kommenden Nummern des Bewertungsmaßstabes sind Felder vorgedruckt, in welche die Anzahl der zur Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen eingetragen wird. Der jeweilige Fall ist nach dem ermittelten Schwierigkeitsgrad in die BEMA-Nrn. 119a bis d bzw. 120a bis d einzuordnen.

Geschätzte Material- und Laboratoriumskosten und voraussichtliche Gesamtkosten: Für die in Frage kommenden geschätzten Material- und Laboratoriumskosten und für die voraussichtlichen Gesamtkosten gibt es jeweils eine Rubrik zum Eintrag.

Die Material- und Laboratoriumskosten lassen sich im Voraus nur grob ermitteln, weil in die Schätzung die Material- und Laboratoriumskosten für notwendige Reparaturen sowie zusätzliche Labor- und Materialkosten, die bei einem nicht regelmäßigen Verlauf der Behandlungen entstanden sind, nicht einbezogen werden können.

(Passagen aus „Der Kommentar zu BEMA und GOZ“ von Liebold/Raff/Wissing, Asgard-Verlag, Sankt Augustin, www.bema-go.z.de)

Die Aussagen zur dargestellten Kommentierung von Liebold/Raff/Wissing, lassen sich wie folgt, zusammenfassen:

Diagnostikleistungen:

Diagnostik	Ä 925	Ä 928	Ä 934	Ä 935	5	7a	116	117	118	12
	a b c d		a b	a b c d						

Kostenerstattungsleistungen:

Beh.-Maßn.	OK 119 a b c d	UK 119 a b c d	120 a b c d	Anzahl 126 a	Anzahl 126 b	Anzahl 126 c	Anzahl 126 d	Anzahl 127 a	Anzahl 127 b	Anzahl 127 c	Anzahl 127 d	Anzahl 128 a	Anzahl 128 b	Anzahl 128 c	Anzahl 130	Anzahl 131 a	Anzahl 131 b	Anzahl 131 b

Diagnostik- und Behandlungsleistungen, die mehrmals vorgenommen werden, sind nach ihrer vertragszahnärztlich vereinbarten Anzahl lt. BEMA in den Plan einzutragen.

Des Weiteren gehört die Angabe der geschätzten Material- und Laboratoriumskosten und die der voraussichtlichen Gesamtsumme zu den notwendigen Eintragungen auf dem Plan.

Besonders wichtig ist die Angabe der zu verwendenden Geräte. Nicht geplante und dennoch ohne Kostenzusage der Krankenkasse verwendete Geräte werden seitens der Krankenkasse vielfach beanstandet. Deshalb müssen Therapieänderungen- und Ergänzungen und auch höhere als im Plan beantragte M+L-Kosten bei der Krankenkasse nachbeantragt werden!

Auch die sonstigen Leistungen müssen im Plan vermerkt sein, so z. B. die geplanten Zahnextraktionen, Frenektomien oder die Entfernung eines verlagerten Zahnes.

Ist der Kfo-Behandlungsplan nach allen genannten Regeln ausgefüllt, wird dieser in **doppelter** Ausfertigung zur Zuschussfestsetzung an die Krankenkasse gesandt.

Die Krankenkasse entscheidet schriftlich über die Zuschusshöhe 80 bzw. 90 Prozent und ab welchem Quartal ein Anspruch auf Behandlung des Versicherten besteht. Der Eintrag erfolgt auf dem Plan unter der Rubrik „Entscheidung der Krankenkasse“.

Nach der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen, siehe Bundesmantelvertrag bzw. Ersatzkassenvertrag, soll mit der Kfo-Behandlung erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse den Plan an den Zahnarzt zurückgesandt hat.

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 5 – Kfo-Plan – erfolgt mit dem von der Krankenkasse genehmigten prozentualen Zuschuss für Handabrechner auf dem „Kfo- Abrechnungsschein“, für EDV-Abrechner auf der „Abrechnung für kieferorthopädische Behandlung“ und für EDV-Abrechner, die papierlos abrechnen, entsprechend den Vereinbarungen mit der KZV M- V.

Die Nummer 5 ist abrechnungstechnisch als Kostenerstattungsleistung aufgeführt und deshalb als solche unter dieser Rubrik abzurechnen.

Für die Leistung BEMA-Nr. 5 und für alle anderen kieferorthopädischen Leistungen (Kostenerstattungsleistungen) gilt generell der Punktwert am Sitz des Zahnarztes.

Portokosten für den Versand des Kfo-Behandlungsplanes an die Krankenkasse können gesondert berechnet werden. Ebenso die Portokosten, die entstehen, wenn Behandlungsunterlagen an den Gutachter gesandt werden.

Die Abrechnung der Portokosten erfolgt unter „Sach-

leistungen“ auf dem Abrechnungsformular.

Zum Abschluss ein wichtiger Hinweis:

Kieferorthopäden und auch kieferorthopädisch tätige Zahnärzte müssen ihre kieferorthopädischen Pläne selbst erstellen. Nur selbstständig aufgestellte Behandlungspläne sind als persönlich erbrachte Leistungen abzurechnen. Andernfalls wird ein wesentlicher Umstand vorgetäuscht. Dies zieht strafrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen nach sich.

Wenn Dentallabore diese Aufgabe übernehmen, droht ein Ermittlungsverfahren wegen Beihilfe zum Betrug. Die Abrechnung der Nummer 5 ist unzulässig, wenn der Zahnarzt den Plan nur unterzeichnet, ein zahntechnisches Labor aber die Diagnose- und Therapieplanung

The image shows a complex dental treatment plan form. At the top, there are checkboxes for 'KFO-Behandlungsplan', 'KFO-Therapieänderung', and 'KFO-Verlängerungsantrag'. Below these are fields for patient name, date, and other administrative data. The main body of the form contains sections for 'Anamnese', 'Diagnose', 'UW', 'Röntgen', and 'Therapie'. The 'Therapie' section has checkboxes for 'Frühbehandlung KFO-Richtlinie Nr. 8 a-d' and 'Frühe Behandlung KFO-Richtlinie Nr. 8 b'. There is a large table for 'Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (220) (einmal)'. At the bottom, there are sections for 'Verwend. Geräte', 'Entscheidung der Krankenkasse', and 'Entscheidungsgrund'. The form is densely packed with text and checkboxes.

vornimmt, s. Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung, B. Vertragszahnärztliche Behandlung, Punkt 5 Abs. 1.

Elke Köhn

Die berührungsfreie Abformung

Vergleich mit konventioneller Methode zeigt hohe Präzision

Zusammenfassung

Die zahnärztliche Abformung befindet sich im Wandel. Statt neuer Abformmaterialien bestimmen nun neue intraorale Digitalisiergeräte den Blätterwald. Doch sind berührungsfreie Abformverfahren wirklich so einfach, wie es die Hersteller beschreiben? Sind die Genauigkeiten konventioneller Abformverfahren klinisch zu erreichen und wo liegen die Probleme und Fehler der neuen digitalen Erfassungsverfahren?

Konventionelle Abformung

Für die Herstellung indirekt hergestellter dentaler Restaurationen zur Wiederherstellung verloren gegangener Zahnhartsubstanz oder zum Ersatz fehlender Zähne ist die Übertragung der klinischen Situation in das zahntechnische Labor unvermeidbar. Da der langfristige Erfolg der Restau-

ration von der Passgenauigkeit abhängig ist, wird bei der Übertragung ein Höchstmaß an Präzision gefordert. Die Herstellung zahnärztlicher Restaurationen, konventionell oder durch CAD/CAM-Technologien, beinhaltet mehrere Einzelschritte (Modellherstellung, Modellation, Fertigung usw.). Dabei stellt die zahnärztliche Abformung den Ausgangspunkt dar. Der dabei auftretende dreidimensionale Fehler, resultierend aus Anfließen, Kompression und Rückstellung des Abformmaterials, beeinflusst alle Einzelschritte und ist im Nachhinein nicht mehr korrigierbar. Einzeitige Abformverfahren schnitten bei vergleichenden, dreidimensionalen in-vitro-Analysen signifikant günstiger ab, als die Korrekturabformung. In-vitro betragen hierbei die durchschnittlichen Abweichungen bei Anwendung der Doppelmischtechnik 8 µm

bis 11 µm zum Original bei einer geringgradig vergrößerten Darstellung eines präparierten Stumpfes. Spätere Untersuchungen zeigten mittlere Abweichungen von 11,9/-12,4 µm.

Besonders beeinflussen klinische Faktoren die Genauigkeit von Abformungen. Dabei übersteigen die klinisch ermittelten Abweichungen die Ergebnisse von in-vitro-Untersuchungen erheblich. Eine klinische Studie zur Doppelmischabformung zeigte bei Abweichungen vom zeitlichen Optimum des Einbringens der Materialien in den Mund mittlere Abweichungen zwischen 8 und -137,7 µm. Bei der Analyse von Korrekturabformungen zeigten sich mittlere Abweichungen zwischen 27 µm und -23,6 µm zwischen den untersuchten Materialien. Hierbei konnte zusätzlich ein signifikanter Einfluss der abzuförmenden Zahnflä-

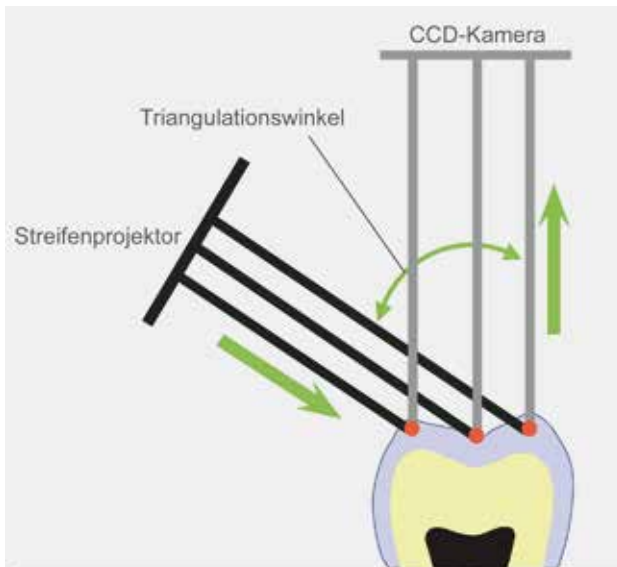


Abb. 1: Schematische Darstellung des Triangulationsprinzips

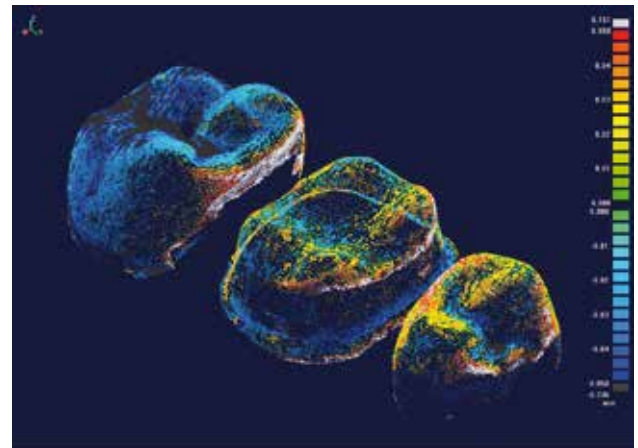


Abb. 2: Farbcodiertes Differenzbild. Hierbei wurden die Abweichungen zwischen dem Originalzahn und dem Digitalisierergebnis berechnet und farbcodiert dargestellt. Bereiche guter Übereinstimmung sind grün, Vergrößerungen rot und Verkleinerungen blau eingefärbt.

che (oral, vestibulär) festgestellt werden. Bei einer klinischen Studie zum Vergleich verschiedener Abformtechniken wurden mittlere Abweichungen von +10/-10 μm für die Monophasenabformung und +13/-14 μm für die Korrekturabformung im Vergleich zur Doppelmischabformung ermittelt. Als maximale Abweichungen wurden +157/-137 μm für die Monophasenabformung und +127/-171 μm für die Korrekturabformung festgestellt, welche mit den in klinischen Studien ermittelten maximalen Randspaltbreiten festsitzender Restaurationen übereinstimmen. Bezüglich der Präparationsgrenzen zeigte sich, dass im Mittel an allen Flächen durch die Doppelmischabformung mehr von den präparierten Zähnen erfasst worden ist als

von den Vergleichsabformungen.

Intraorale Digitalisierung

Seit den 70er Jahren gibt es Bemühungen, die Zuverlässigkeit und Präzision des Herstellungsprozesses von zahnärztlichen Restaurationen zu steigern. Dafür wurden CAD/CAM-Technologien (Computer Aided Design/Computer Aided Manufacturing, computergestütztes Design/computergestützte Herstellung) in die Zahnheilkunde eingeführt und weiterentwickelt. Das eher visionäre Konzept von Prof. François Duret wurde erstmals 1985 mit dem CEREC-System (CERamic RE-Construction) der 1. Generation umgesetzt. Erstmals wurden nach intraoraler Datenerfassung, statt einer konventionellen Abformung, Inlays aus Glaskera-

mik am Computer entworfen und maschinell gefertigt. Derzeit befindet sich die CEREC-Kamera zur Intraoralen Datenerfassung in der 4. Generation.

Analog zur konventionellen Abformung stellt die Übertragung der klinischen Situation in das zahn technische Labor auch bei der intraoralen Datenerfassung den Ausgangspunkt zur Herstellung der Restauration dar. Auch hier können auftretende Fehler später nicht mehr korrigiert werden. Ziel ist dabei die Generierung möglichst exakter 3D-Datensätze der präparierten Zähne und gegebenenfalls der Nachbarzähne, der Antagonisten und der umliegenden Weichgewebe. Diese Datenerfassung wird auch als Digitalisierung bezeichnet.

Technisch gesehen, stellen Stumpf-

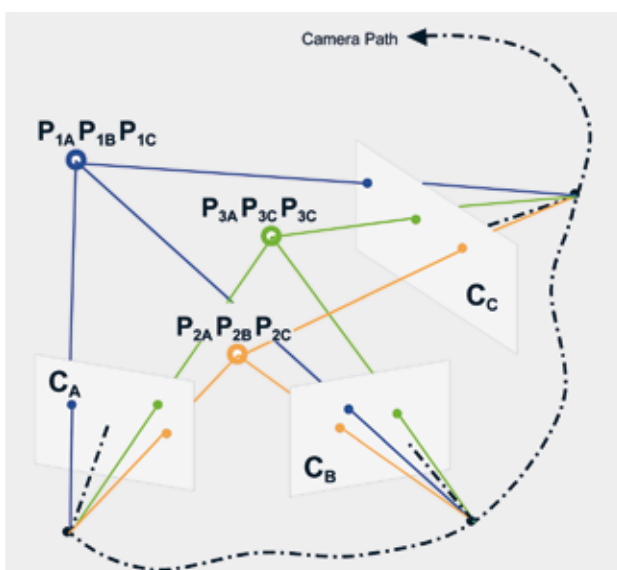


Abb. 3: Schemat. Darstellung des „Active Wavefront Sampling“

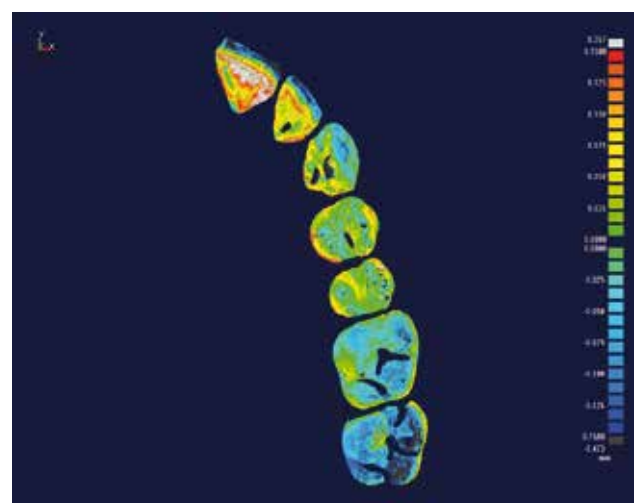


Abb. 4: Farbcodiertes Differenzbild bei der Digitalisierung eines Quadranten (klinisch). Zu erkennen sind die eingefärbten Abweichungen an den Rändern des Datensatzes.

oberflächen komplexe Geometrien dar. Diese können prinzipiell berührungsfrei-optisch und mechanisch (taktile) erfasst werden. Die optischen Digitalisierverfahren können dabei extra- oder intraoral verwendet werden. Für die Beurteilung eines Digitalisiergerätes (Kamera) ist die Messunsicherheit ausschlaggebend. Diese wird aus mehrfachen Messungen gewonnen und bildet zusammen mit dem Messergebnis (z. B. Oberflächenkoordinaten) einen Wertebereich. Je geringer die Messunsicherheit, desto präziser misst ein Digitalisiergerät.

Alle optischen Digitalisierverfahren basieren auf einer, in einem definierten Winkel zueinander angeordneten, Projektor- und Sensoreinheit (Abbildung 1). Die Projektoreinheit wirft entweder strukturiertes Weißlicht (Streifenprojektion) oder Laserpunkte bzw. -linien auf die Zähne. Lichtempfindliche Sensoren (CCD = Charged Coupled Devices = Ladunggekoppelte Bauelemente; CMOS = Complementary Metal Oxide Semiconductor = komplementärer Metall-Oxid-Halbleiter) erfassen das auf die Zähne projizierte Licht. Beim Streifenprojektionsverfahren werden mittels Moiré-Topographie anhand der Verzerrung eines projizierten Streifenmusters die Oberflächendaten erfasst. Das Streifenmuster kann noch um einen bekannten und konstanten Betrag verschoben werden. Die Aufnahmen werden dadurch eindeutiger. Steger beschreibt bei dem Streifenprojektionsverfahren eine Messunsicherheit von $<10 \mu\text{m}$. Bei mehrfachen Messungen eines Objektes liegen die Abweichungen zwischen 5 bis $-5 \mu\text{m}$. Auf diesen Halbleiterbauelementen wird in Abhängigkeit der Lichtintensität ein zweidimensionales Bild erzeugt. Aus der Geometrie der Messanordnung und der betrachteten Oberfläche kann mittels Triangulation (ein in der Messtechnik eingesetztes Verfahren zur Entfernungsmessung und Formerrfassung mittels trigonometrischer Funktionen) berechnet werden. Die Oberfläche der Zähne wird somit durch Messpunkte in einem dreidimensionalen Koordinatensystem (x, y, z) beschrieben. Dabei werden für jeden Messpunkt drei unabhängige metrische Raumkoordinaten (x, y, z) berechnet. Die Vermessung der Stumpfoberfläche erfolgt aus verschiedenen Raumrichtungen. Die so erhaltenen Teilansichten sind in einem einheitlichen Koordinatensystem zusammengefasst und bilden einen Datensatz.

Bei intraoralen Digitalisiergeräten

ist auf Grund des begrenzten Platzangebotes sowie der 100-prozentigen Luftfeuchtigkeit der technische Aufbau begrenzt, sind aber prinzipiell wie extraorale Digitalisiersysteme aufgebaut. Diese Systeme erfassen die Präparation aus nur einer Aufnahmerichtung und müssen dafür kleine Triangulationswinkel benutzen. Daraus ergibt sich eine begrenzte Höhenmessgenauigkeit. Zusätzlich reduzieren die Bewegungen des Behandlers und des Patienten die mögliche Zeit für die optische Datenerfassung auf unter 1/8 s.

Systeme zur intraoralen Datenerfassung

Neben dem seit vielen Jahren auf dem Markt etablierten CEREC-System (Sirona, Bensheim) sind in den letzten Jahren weitere Systeme zur intraoralen Digitalisierung entwickelt worden. Die Systeme E4D Dentist (D4D Technologies, Richardson, USA) und OptikDent (VNIOFI, Moskau, RUS) gehören wie das CEREC-System zu den dentalen CAD/CAM-Systemen, welche für eine chairside – Fertigung zahnärztlicher Restaurationen konzipiert sind. Für die intraorale Datenerfassung für laborgefertigten Zahnersatz sind der 3D-Scanner iTero (Cadent, Inc., Carlstadt, USA; Vertrieb: straumann AG, Basel, CH), der LavaTM Chairside Oral Scanner C.O.S. (3M Espe, St. Paul, USA) und der directScan (Hint-Els[®], Griesheim, D) vorgesehen. Neben diesen Systemen existiert weiterhin der OraScanner aus dem Behandlungssystem SureSmile (OraMetrix, Inc., Dallas, USA), welches für kieferorthopädische Fragestellungen konzipiert wurde.

Das CEREC-System wurde Anfang bis Mitte der 80er Jahre von Mörmann und Brandestini entwickelt. Hergestellt und weiterentwickelt wurde es von der Firma Siemens und später von der Sirona Dental Systems GmbH, Bensheim. Im Laufe der Weiterentwicklung des Systems hat sich das Grundprinzip bei der 3D-Vermessung nicht geändert. Es wurde verfeinert und optimiert. Im Handstück der Kamera wird das über die Zeit verschobene Streifenmuster mit sinusförmigem Graustufenverlauf generiert und über ein Umlenkprisma auf den Zahnstumpf projiziert. Die Aufnahme des Bildes, welches durch das Prisma an der Spitze und ein weiteres im Inneren der Kamera umgelenkt wird, erfolgt mittels CCD-Chip. Zwischengeschaltete optische Bauelemente ermöglichen

einen telezentrischen Strahlengang. Zum Erfassen der 3D-Oberfläche wird verfahrensbedingt eine Folge von vier Bildern aufgezeichnet. Der Messraum umfasst bei der Cerec-2-Kamera $18 \text{ mm} \times 14 \text{ mm}$ bei einem Tiefenmessbereich von 12 mm. Der Triangulationswinkel (siehe oben) beträgt $3,4^\circ$. Durch die Möglichkeit, Messungen mit verschiedenen Triangulationswinkeln durchzuführen und zu verrechnen, ohne dabei die Messgenauigkeit einzuschränken, beträgt der Tiefenmessbereich bei der Cerec-3-Kamera 20 mm. Kurzwelliges (470 nm) blaues Projektionslicht und ein asphärisches Linsensystem sollen die Abbildungspräzision der aktuellen Cerec Bluecam im Vergleich zu den Vorgängermodellen erhöhen. Zudem wurde die Lichtempfindlichkeit gesteigert und die Aufnahmezeit um 50 Prozent gekürzt. Des Weiteren wurde die Qualität der intraoralen Digitalisierung größerer Kieferabschnitte durch Weiterentwicklungen der Software in Bezug auf das Herausrechnen von Verzerrungen, die Detektion von Messfehlern und das Zusammensetzen von Teilaufnahmen erhöht. Bei einem in-vitro-Vergleich der Genauigkeit beim intraoralen Digitalisieren (CEREC 3D) verglichen mit der Abformung, Modellherstellung und der extraoral-optischen Digitalisierung zeigten sich mittlere Abweichungen von $18 \mu\text{m}/-17 \mu\text{m}$ für die intraorale Digitalisierung und $9 \mu\text{m}/-9 \mu\text{m}$ für die extraorale Digitalisierung bezogen auf dasselbe Objekt (Abbildung 2). Mehl et. al. ermittelten für die neue CEREC-Bluecam Abweichungen von $34,4 - 36,9 \mu\text{m}$ (SD 13,4/14,3) bei der Digitalisierung eines Quadranten.

Die Technologie für den Chairside Oral Scanner (C.O.S.) wurde von Brontes Technologies, Lexington, USA entwickelt. Im Oktober 2006 erfolgte die Übernahme des Unternehmens durch 3M ESPE, St. Paul, USA. Mit dem C.O.S. ist keine Chairside-Fertigung von zahnärztlichen Restaurationen vorgesehen. Die intraoral generierten Daten werden an das Labor gesendet. Dort erfolgen am digitalen Modell des Setzen der Sägeschnitte und das Anzeichnen der Präparationsgrenzen. Die so aufbereiteten Daten werden an ein Fertigungszentrum von 3M ESPE versendet. Hier erfolgen das Unterkehlen der Präparationsgrenze, die virtuelle Bissregistrierung und die Fertigung einartikulierter Stereolithographiemodelle (SLA-Modelle). Im zahntechnischen Labor kann die Restauration unter Einbeziehung des

virtuellen Modells mit CAD/CAM-Verfahren oder konventionell auf dem realen Modell angefertigt werden. Im 13,2 mm breiten Kopf der intraoralen 3-D-Kamera sind 192 blaue LEDs untergebracht, die das Messfeld beim Scannen mit gepulstem Licht ausstrahlen. Im 400 g schweren Handstück mit 22 Linsen werden die Bildinformationen über 3 CCD-Sensoren aufgenommen. Die Akquisition der 3D-Daten wird vom Hersteller als „3D-in-Motion“ bezeichnet und nutzt das Prinzip des „Active Wave Front Sampling“. Dabei werden die bis zu 20 Einzelmessungen pro Sekunde, vergleichbar mit der Aufnahme einer Videosequenz, automatisch zu einem Gesamtmodell aneinandergesetzt und zeitgleich auf dem Monitor visualisiert (Abbildung 3). Laut Herstellerfirma haben Studien von Kugel et. al. (Tufts University School of Dental Medicine, Boston, USA) für Frontzahnabformungen eine reproduzierbare Präzision von $\leq 5,8 \mu\text{m}$ (SD: 1,3) ergeben, bei Seitenzahnabformungen betrug die Genauigkeit $\leq 10,9 \mu\text{m}$ (SD: 1,3).

Das iTero-System (Cadent, Inc., Carlstadt, USA; Vertrieb: Straumann AG, Basel, CH) ermöglicht dem Behandler, intraoral digitale Abformungen ganzer Zahnbögen für die restaurative Therapie zu nehmen. Aus den Daten werden Präzisionsmodelle aus einem Kunstharzblock gefräst. Das dabei angewandte Digitalisierverfahren verwendet die Prinzipien der Konfokalen Mikroskopie. Beim Digitalisieren werden die Strukturen im Messfeld durch 100 000 rote Rasterlaserlichtpunkte erfasst. Die Tiefeninformation der einzelnen Punkte erfolgt durch die Erfassung in mehr als 300 Fokalebene. Im Gegensatz zu den vorher erwähnten Systemen kann bei dem iTero-System auf eine Mattierung der Zahnoberflächen verzichtet werden. Jedoch fehlen Studien zur Beurteilung der Digitalisiergenauigkeit und Präzision der Modelle.

Das System E4D Dentist (E4D Technologies, Richardson, USA) verfügt über eine intraorale 3D-Kamera, Konstruktionssoftware und eine Fräseinheit. Es wurde für die Chairside-Fertigung von Einzelzahnrekonstruktionen aus keramischen Materialien oder Kunststoff konzipiert und ähnelt damit dem Aufbau des Cerec-Systems. Dabei werden die Zähne mit einem Punktscanner bei 20 000 Messzyklen pro Sekunde erfasst. Auch hier kann auf eine mattierende Beschichtung verzichtet werden. Die Aufnahmen

werden automatisiert zu einem 3D-Modell zusammengefügt und mit Hilfe einer virtuellen Zahnbibliothek die Fräsbahn für die Restauration errechnet. Eine Beurteilung des Systems von E4D bezüglich Digitalisiergenauigkeit und Passfähigkeit der Restaurationen kann auf Grund fehlender Daten nicht abgegeben werden.

Klinik

Klinische Daten zur Genauigkeit bei der intraoralen Digitalisierung fehlen weitgehend. Oft wird nur indirekt, über die Langlebigkeit der gefertigten Restauration, das Funktionieren der Kette „Intraorale Digitalisierung – CAD – CAM“ nachgewiesen. Auf Grund des langen Einsatzes des CEREC-System gibt es für adhäsiv befestigte Einzelzahnrestaurationen aus Glaskeramik die beste Datenlage im Bezug auf klinische Studien und auch die am längsten währende Erfahrung. Übersichtsarbeiten zeigen, dass keramische Inlays Überlebensraten von 96 Prozent nach 4,5 Jahren bis 91 Prozent nach 7 Jahren, von 84,4 Prozent nach 16,7 Jahren und keramische Teilkronen von 81 Prozent (+/-15) nach 7 Jahren aufweisen. Entsprechende Goldgussrestaurationen zeigen vergleichbare Überlebensraten (87,5 Prozent nach 10 Jahren und 73,4 Prozent nach 25 Jahren). Auch keramische Teilkronen scheinen den adäquaten Goldrestaurationen nicht unterlegen zu sein, auch wenn noch keine 25-Jahres-Daten vorliegen. De Costa et. al. wiesen in einem in-vitro-Versuch die gleiche Passgenauigkeit von Onlays nach, unabhängig davon, ob intraoral oder extraoral digitalisiert wurde. Für das LAVA COS-System wurde in einer aktuellen klinischen Studie ebenfalls die Passgenauigkeit von Kronen untersucht. Dabei zeigte die intraorale Digitalisierung signifikant besser passende Kronen als die konventionelle Abformung.

Bei einer vergleichenden klinischen Untersuchung der CEREC 3D-Kamera und der konventionellen Abformung (Doppelmischabformung) lag die berechnete mittlere Differenz zwischen 26 und 81 μm bei der Digitalisierung eines ganzen Quadranten. An den Rändern der Datensätze kommt es jedoch zu erheblichen Abweichungen des Datensatzes (Abbildung 4). Das Zusammensetzen der Einzelmessungen, welche durch das geringe Messfeld der Kamera bedingt sind, ist fehlerbehaftet und wird als Fortpflanzungsfehler größer, je mehr Einzelmessungen zusammengesetzt

werden. Ebenso beeinflussen klinische Parameter wie Speichel, Blut sowie Patientenbewegungen wie bei konventionellen Abformungen ebenso die Genauigkeit der intraoralen Digitalisierung. Die CEREC-3D-Kamera ist für Einzelzahnrestaurationen sowie kleinere mehrspannige Restaurationen gut geeignet, größere Restaurationen hingegen übersteigen den Indikationsbereich des Systems. Die Weiterentwicklung des Systems, die neue CEREC-Bluecam, zeigte Abweichungen von 34,4 – 36,9 μm (SD 13,4/14,3) bei der Digitalisierung eines Quadranten.

Ein weiteres klinisches Problem stellen die transluzenten Zahnoberflächen dar. Hierbei wird das Licht in unterschiedlichen Schichten (Schmelz, Dentin) reflektiert. Dies führt zu ungenauen Messungen. Durch das unterschiedliche Eindringverhalten des Lichtes in den Zahn kann die Zahnoberfläche nicht mit der nötigen Präzision ermittelt werden. Zur Vermeidung dieser Reflexionen und zur Strukturierung der Zahnoberfläche muss die Oberfläche des Zahnes bepudert werden. Dafür werden unter anderem Titandioxid-Pulver oder Magnesiumstearat mit Magnesiumoxid eingesetzt. Dies kann sich an Ecken und Kanten anhäufen und somit zu einem zusätzlichen Messfehler von 20 bis 40 μm führen.

Objektive klinische Studien zu den aktuellen intraoralen Digitalisierungssystemen sind nur wenig vorhanden bzw. fehlen teilweise ganz. Jedoch zeigt sich auf Grund der hohen Überlebensraten der CEREC-Inlays das prinzipielle Funktionieren der intraoralen Digitalisierung für Einzelzahnrestaurationen. Ob die berührungslose Abformung auch für größere Restaurationen geeignet ist und die ermittelten Genauigkeiten auch bei schwierigen Weichgewebssituationen (z. B. subgingivale Präparation) gelten, müssen weitere Studien zeigen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Sebastian QuaaS
Oberarzt an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Department für Zahnheilkunde, Universitätsklinikum Ulm
Albert-Einstein-Allee 11, 89081 Ulm
Sebastian.Quaas@computerzaehne.de

Literaturliste beim Verfasser

Mit freundlicher Genehmigung aus Zahnärzteblatt Sachsen 3/2011

Die Sache mit der Verjährung

Oder: Welche Fristen gelten denn nun?

Das Oberlandesgericht Frankfurt hat in einem Urteil vom 23. November 2010 entschieden, dass Mängelansprüche wegen einer fehlerhaften Zahnprothese, die allein auf zahntechnischen Herstellungsmängeln beruhen, zwei Jahre nach Abnahme der Prothese verjähren. Danach könne der Zahnarzt Regressforderungen unter Berufung auf die Einrede der Verjährung berechtigterweise verweigern. Bedeutet die aktuelle Entscheidung, dass der Zahnarzt, anders als bisher angenommen, nicht mehr bis zum Ablauf von drei Jahren oder länger Regressansprüche befürchten muss, sondern schon nach zwei Jahren wieder „ruhig schlafen kann“? Leider nein. Dazu muss man zunächst wissen, dass das Bürgerli-

che Gesetzbuch mehrere Arten von Verträgen kennt, z. B. Kaufverträge, Werkverträge, Dienstverträge, Darlehensverträge und Schenkungsverträge. Es ist inzwischen in der Rechtsprechung ausdiskutiert, dass es sich bei dem Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Patient um einen Dienstvertrag handelt. Bei einem Dienstvertrag wird nicht ein bestimmter Behandlungserfolg, sondern eine ordnungsgemäße, dem medizinischen Standard entsprechende zahnärztliche Versorgung geschuldet. Konsequenterweise hat der Zahnarzt auch nicht für ein bestimmtes Behandlungsergebnis einzustehen, so dass er auch keine Gewähr für seine zahnärztliche Leistung zu übernehmen hat. (Eine Ausnahme für die

vertragszahnärztliche Versorgung ist in Paragraph 137 Abs. 4 SGB V geregelt, wonach der Zahnarzt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr übernimmt). Demzufolge kennt das Bürgerliche Gesetzbuch bei Dienstverträgen auch keine Gewährleistungsfristen. Verstößt der Zahnarzt gegen seine Behandlungspflichten, indem er den zahnmedizinischen Standard nicht beachtet, können dem Patienten Schadensersatzansprüche zustehen. Diese verjähren nach den allgemeinen Regelungen des BGB in drei Jahren, wobei diese regelmäßige Verjährungsfrist mit dem Schluss des Jahres beginnt, in dem der Anspruch entstanden und dem Patienten bekannt geworden ist. Unabhängig von der Kenntnis verjähren die Ansprüche spätestens nach 30 Jahren.

In dem Fall, über den das Oberlandesgericht Frankfurt zu entscheiden hatte, ging es jedoch nicht um eine fehlerhafte zahnärztliche Behandlung, sondern um eine mangelhaft hergestellte Brückenkonstruktion. Die reine Herstellung von Zahnersatz unterliege, so das Gericht, nicht den Regelungen eines Dienstvertrages, sondern sei als Werkvertrag zu qualifizieren. In diesem Fall werde nämlich anders als bei der zahnärztlichen Behandlung ein bestimmter Erfolg, nämlich eine ordnungsgemäß hergestellte Prothese geschuldet. Das Werkvertragsrecht sieht nun eine zweijährige Gewährleistungsfrist vor, die mit der Abnahme der Prothese, d. h. mit deren Eingliederung zu laufen beginnt. In dem konkreten Fall war zum Zeitpunkt der Klageeinreichung die zweijährige Gewährleistungsfrist bereits abgelaufen, so dass die Klägerin mit ihrer Klage auf Erstattung der Mängelbeseitigungskosten unterlag.

Für die Praxis gilt: Soweit der Patient eine fehlerhaft hergestellte Prothese rügt, muss er dies im Regelfall innerhalb einer Frist von zwei Jahren nach Eingliederung tun. Wirft der Patient dem Zahnarzt dagegen eine nicht fachgerechte Behandlung vor, gilt für Schadensersatzforderungen grundsätzlich die regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren.

RA Peter Ihle
Hauptgeschäftsführer der ZÄK M-V

Anzeige

Kieferorthopädischer Behandlungsplan ist Grundlage der Abrechnung

Abrechnung nur erbrachter genehmigter Kfo-Leistungen zulässig

Im Anschluss an die Abrechnungshinweise der stellvertretenden Abteilungsleiterin für Kons./Chirg Elke Köhn zur BEMA-Nr. 5 zeigt auch das Urteil des Sozialgerichtes Frankfurt/Main vom 19. März 2008, AZ: S 28 KA 2099/04, dass nur die erbrachten Leistungen abgerechnet werden dürfen, die im Vorfeld von der Krankenkasse genehmigt wurden. Das Gericht stellt in seinem Leitsatz die Rechtslage so dar, dass weder die Abrechnung genehmigter, aber tatsächlich nicht erbrachter Leistungen, noch die Abrechnung erbrachter, aber nicht genehmigter Leistungen zulässig ist.

In diesem Rechtsstreit stritten die klagenden Kieferorthopäden um die Richtigkeit einer kieferorthopädischen Abrechnung. In dem zugrundeliegenden Behandlungsfall stellten die Behandler im Februar 2001 einen Behandlungsplan auf, den der Gutachter nur mit der Einschränkung befürwortete, dass die Multibandbehandlung (Anmerkung KZV M-V: alter BEMA-Z) bis auf 2 x 126/128 und 1 x 127b zu streichen ist. Dementsprechend wurde die Planung dann von der Krankenkasse genehmigt. Ein Nachantrag der Behandler von Anfang Oktober 2003 auf 20 x 126 wurde abgelehnt, da auch hier der Gutachter die Multibandbehandlung als nicht wirtschaftlich ansah. Bereits Ende Oktober 2003 stellten die Be-

handler die Abschlussbescheinigung aus und rechneten die kieferorthopädische Behandlung einschließlich der Positionen 20 x 126 ab.

Die Krankenkasse erstattete den Versichertenanteil und erkannte erst zu diesem Zeitpunkt, dass die Behandler bei der Abrechnung ihrer Leistungen die Einschränkungen des ersten Gutachtens nicht beachtet hatten.

Auf dem mit dieser Begründung von der Krankenkasse geltend gemachten Berichtigungsantrag bei der zuständigen KZV, nahm diese die sachliche und rechnerische Richtigkeit der zu Unrecht abrechneten Leistungen (20 x 126 BEMA-Z) vor.

Das Sozialgericht Frankfurt/Main bestätigte die Auffassung der KZV und wies die Klage der Kieferorthopäden dagegen zurück.

Entscheidendes Kriterium dabei ist, dass die kieferorthopädische Behandlung nicht in der von den Behandlern abgerechneten Weise genehmigt worden war.

Der im Vorfeld von der Krankenkasse beauftragte Vertragsgutachter hat in diesem konkreten Fall Multibandbehandlungen als unangemessen und unwirtschaftlich angesehen. Nur mit dieser entsprechenden Änderung wurde der Behandlungsplan von der Krankenkasse genehmigt.

Die Behandler durften zudem nicht darauf vertrauen, dass die Kosten einer von der Genehmigung abweichenden Behandlung von der Krankenkasse erstattet würden. Dies gilt umso mehr, da auch der Nachantrag kurz vor Abschlussbescheinigung abgelehnt worden war.

Das Gericht stellte zudem fest, dass auch kein Anspruch der Behandler auf Erstattung der fiktiven Kosten für die zwar genehmigten, aber nicht erbrachten Leistungen bei einer herausnehmbaren Arbeit besteht.

Schlussfolgerung

Diese Rechtslage bedeutet für die Behandler, bei der Erstellung des an den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten und seiner zahnmedizinischen Probleme orientierten Behandlungsplanes immer im Blick zu haben, dass die Abrechnung auch nur im Umfang des genehmigten Planes zu Lasten der Krankenkasse zulässig ist. Eventuelle Therapieänderungen sind rechtzeitig genehmigen zu lassen, ansonsten läuft man Gefahr, dass die erbrachten Leistungen nicht vergütet werden.

Sollte eine Entscheidung des Vertragsgutachters nicht fachlich mitgetragen werden, besteht vielmehr die Möglichkeit, ein Obergutachten bei der KZBV zu beantragen.

Ass. Katja Millies

Versicherungen werden teurer

Gerichtsurteil will gleiche Tarife für Mann und Frau

Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer. Deshalb zahlen sie bei der privaten Rentenversicherung bislang höhere Beiträge. Bei Kfz-Versicherungen zahlen Männer hingegen mehr. Die übliche Berücksichtigung des Geschlechts als Risikofaktor sei diskriminierend für Frauen, entschied jetzt der Europäische Gerichtshof (EuGH). Deshalb verlangt er den Versicherungen Unisex-Tarife bis spätestens zum Dezember 2012 ab. Eine Gleichstel-

lung von Mann und Frau soll erreicht werden. Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft warnt vor Tarifierhöhungen. Auch Bundeswirtschaftsminister Rainer Brüderle findet die alte Praxis richtig. Für die privaten Krankenversicherungen kann die Umsetzung des Urteils bedeuten, dass viele Frauen die neuen Unisex-Tarife abschließen und aus ihren alten Tarifen raus wollen. Dies könnte die Beitragsberechnungen der Vergangenheit

komplett auf den Kopf stellen. Dass Tarife gesenkt oder ein Durchschnitt ermittelt wird, ist nicht zu erwarten. Tausende Tarife müssen neu kalkuliert werden – wohl eher gleichheitlich nach oben – und werden für viel Unruhe sorgen. Aber: Innerhalb der gesetzlichen Rente und den Krankenkassen gibt es einheitliche Tarife. Auch die seit 2006 boomende Riesterrente hat auf Beschluss des Bundestags Einheitstarife.

KZV

Endodontische Diagnostik, Prävention und Therapie

Von Wolfgang Klimm / Lehrbuch für Studium und Praxis

Endodontologie systematisch und zielorientiert! Unabhängig davon, ob Sie wissenschaftliches Grundlagenwissen brauchen oder praktische Step-by-step-Behandlungsabläufe; die systematische Gliederung des Buches ermöglicht das rasche Auffinden der gewünschten Informationen.

Eines der umfassendsten Werke zum Thema Endodontologie, evidenzbasiert und geeignet für Praxis und Wissenschaft. Mehr als 400 farbige Abbildungen und zahlreiche Tabellen illustrieren das Buch und erleichtern die Informationsaufnahme. Neu in der zweiten Auflage: neueste präventive, diagnostische und therapeutische Entwicklungen, mit neuen Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen, zahlreiche neue Abbildungen.

Verlagsangaben



Zweite überarbeitete Auflage, Deutscher Zahnärzte-Verlag 2011; 16,5 x 23,8 cm, broschiert, XV + 484 Seiten, mit 339 Abbildungen, in 444 Einzeldarstellungen und 46 Tabellen; ISBN 978-3-7691-3421-6, 99,95 Euro

yourFirstmedicus

Arztbewertungsportal mit phantasievollem Namen

Ein weiteres Arztbewertungsportal macht sich auf den Weg, für Patienten und Ärzte der Navigator zu sein bei der Suche nach Leistungen, Erfahrungen und Empfehlungen.

Geworben wird mit dem entscheidenden Unterschied, neben Patient-Arzt-Empfehlungen auch Arzt-Arzt-Empfehlungen anzubieten, was so neu gar nicht mehr ist.

Im Rahmen der yourFirstmedicus-Recherche werden pro Region etwa ein Viertel der Ärzte persönlich befragt und gebeten, ihre Empfehlungen für andere Ärzte zu geben.

Daraus entstehen mehrere tausend Arzt-Arzt-Empfehlungen für eine Region, die darüber hinaus eine gedruckte Buchausgabe bekommt.

KZV

Spendenaufruf für die Tsunami-Opfer in Japan

Bundeszahnärztekammer und Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte erbitten Hilfe

Der Nordosten Japans wurde vor wenigen Wochen vom schwersten Erdbeben seiner Geschichte erschüttert. Eine gewaltige Flutwelle überrollte anschließend die Küstenstädte. Durch Erdbeben und Tsunami wurden mehrere tausend Menschen getötet oder verletzt, über 9000 Menschen gelten derzeit noch als vermisst. Hunderttausende wurden obdachlos. Die von der Katastrophe betroffene japanische Bevölkerung benötigt jetzt Hilfe.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wendet sich mit diesem Appell an alle Zahnärzte, die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) mit Spenden zu unterstützen.

HDZ und BZÄK bitten um Ihre schnelle Hilfe für Japan:

Spendenkonto Nr.: 000 4444 000
Bankleitzahl: 250 906 08
Deutsche Apotheke und Ärztebank, Hannover
Stichwort: Japan

Zur Steuerbegünstigung bis 200 Euro kann als vereinfachter Zuwendungsnachweis nach § 50 Abs. 2 EStDV der Kontoauszug vorgelegt werden.

Die Bundeszahnärztekammer ist Schirmherrin der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte, der größten zahnärztlichen Hilfsorganisation. Das weltweit agierende Hilfswerk engagiert sich seit über 24 Jahren und erhält regelmäßig das begehrte Spendensiegel vom Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI).

Kontakt Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte:

Dr. Klaus Winter
 Vorsteher der Stiftung HDZ, Am Paradies 87, 37431 Bad Lauterberg
www.hilfswerk-z.de

Gründung des DGZMK-Arbeitskreises Ethno- und Paläo-Zahnmedizin (AKEPZ)

Ziele sind Austausch von Fachwissen und Anregung zu Forschungen

Unsere Gegenwart ist einerseits durch zunehmende Globalisierung und Migration, andererseits durch wachsenden Tourismus in alle Teile der Welt gekennzeichnet. Dies führt unweigerlich dazu, dass man mit mundgesundheitsbezogenen Phänomenen und Praktiken konfrontiert wird, die hierzulande weitgehend unüblich und/oder unbekannt sind. Alle orofazialen Strukturen können von solchen Veränderungen und Eingriffen betroffen sein:

- die Zähne (z. B. anatomisch-morphologische Variationen; Zahnfeilungen und nicht medizinisch indizierte Extraktionen; Verfärbung von Zähnen, z. B. durch den Verzehr von Kolanüssen, Betelnüssen oder Oraltabak; exzessive Abrasionen aufgrund der Verwendung von Zahnputzhölzern),
- die Mundschleimhaut (natürliche oder künstliche Gingiva-Pigmentierungen; Präkanzerosen und Tumoren aufgrund kulturbedingter Nahrungsgewohnheiten; Durchbohrung von Zungen- und Wangenmukosa durch rituelle Praktiken und ihre Folgen),
- die Kiefer und Schädel (z. B. durch Deformierungen).

Darüber hinaus kamen und kommen in anderen Kulturkreisen zum Zwecke der Zahn- und Mundhygiene und zur Behandlung zahnmedizinisch relevanter Erkrankungen lokaltypische, altüberlieferte Hilfsmittel und Methoden zum Einsatz, die teilweise weit von dem in unseren Breiten Üblichen abweichen (z. B. Verwendung von Zahnputzhölzern, Heilpflanzen und Drogen; Wirkung ritueller Techniken), die möglicherweise auch Potential für die westliche Zahnmedizin besitzen. Ähnlich ungewöhnliche, aber zahnmedizinisch höchst interessante Beobachtungen offenbaren sich, wenn man das Fenster in die Vergangenheit öffnet und die Zahngesundheit unserer Vorfahren studiert.

Es ist wenig bekannt, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse rund um das Thema Zahn auch jenseits der Zahnmedizin gewonnen werden, vor allem in der Ethnologie und der

biologischen Anthropologie. Die Dentalanthropologie kann auf zahlreiche Studien verweisen, die sowohl evolutive als auch kulturelle Aspekte der Menschwerdung berücksichtigen. Die Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit und Verhalten im orofazialen Kontext aus der Perspektive der Ethno- und der Paläozahnmedizin bietet neue Sichtweisen auf die Prävention und



*Zahnfeilung einer 25-Jährigen von der Ethnie der Bench (Äthiopien)
Foto: Dr. Garve*



*Untersuchung der sterblichen Überreste einer historischen Bestattung aus dem Magdeburger Dom
Foto: Prof. Dr. Alt*

Behandlung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, die den Menschen als Teil der Natur UND der Kultur begreifbar machen.

Diese Gegebenheiten systematisch und interdisziplinär zu erforschen, zu dokumentieren und zu bewerten ist die Aufgabe einer Ethno-Paläo-Zahnmedizin. Kürzlich fand die konstituierende Sitzung eines Arbeitskreises Ethno- und Paläo-Zahnmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) statt. Ein solcher Arbeitskreis ist weltweit bislang einmalig.

Allgemeine Ziele des Arbeitskreises werden sein

- das Fördern von Interesse an ethno- bzw. paläo-zahnmedizinischen Fragestellungen unter Zahnärzten, Studierenden und anderen interessierten Personenkreisen;

- der intra- und interdisziplinäre (Anatomie; Ethnologie/Kulturanthropologie bzw. Ethnomedizin; Anthropologie u.a.) internationale Austausch von Fachwissen auf dem Gebiet der Ethno- und Paläo-Zahnmedizin;

- die Anregung interdisziplinärer Forschungsvorhaben, einschließlich der Vermittlung und Förderung von Master- und Dissertationsthemen aus dem Gebiet der Ethno- und Paläo-Zahnmedizin.

Interessenten melden sich bitte bei Professor Dr. Kurt W. Alt (altkw@uni-mainz.de).

Gründungsmitglieder:

Prof. Dr. med. dent. Kurt W. Alt, Mainz; Dr. med. dent. Ralf Bechly, Lüneburg; Dr. med. dent. Wolfgang Bengel, Heiligenberg; Prof. Dr. med. dent. Jochen Fanghänel, Greifswald; Dr. med. dent. Roland Garve, Lüneburg; Prof. Dr. med. habil. Thomas Hoffmann, Dresden; Prof. Dr. med. Thomas Koppe, Greifswald; Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald; Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. Heinz Spranger, Dersum; Prof. Dr. med. dent. Jens C. Türp, Basel

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im April und Mai vollenden

das 85. Lebensjahr

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

das 80. Lebensjahr

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

das 75. Lebensjahr

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

das 70. Lebensjahr

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

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Sigrun Dümchen
(Zinnowitz) am 10. April,

Dr. Karin Bollow (Rostock)
am 2. Mai,

am 2. Mai,
Zahnärztin Inge-Maria Knopf
(Dorf Mecklenburg)
am 6. Mai,
Zahnärztin Regina Schröder
(Zarrentin)
am 7. Mai,

das 50. Lebensjahr

Zahnärztin
Birgit Kloß (Wismar) am 12.
April,
Dr. Roswitha Lißon (Rostock)
am 19. April,
Dr. Kerstin Busch (Rostock) am
23. April und
Zahnärztin Annette Lucius
(Neubrandenburg)
am 30. April

Wir gratulieren herzlich und
wünschen Gesundheit und
Schaffenskraft.

Wir trauern um

SR Dr. Käte von Wedelstädt,
Zingst

geb. 26. April 1918
gest. 7. März 2011

Wir werden ihr ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern