



# dens

6  
**2011**  
6. Juni

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

---



## ZahnRat 65

Die zehrende Lücke - Zahnkräften oder ersetzen?

### Zahnerhalt oder Implantat?



**Ein zehrender Patient** ist ein Patient, der sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheidet. Dies ist die erste Entscheidung, die ein Patient treffen muss. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat ist eine komplexe Angelegenheit, die von verschiedenen Faktoren abhängt. Ein zehrender Patient sollte sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheiden, wenn dies möglich ist. Ein Implantat ist eine gute Alternative, wenn der Zahnerhalt nicht möglich ist.

Patenschaftung der Zahnärzte  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung

## ZahnRat 66

Immobil Patient - Zahnlücke - Fortschrittlicher Patient - Fortschrittlicher Patient

### Der immobile mundgesunde Patient



**Der immobile mundgesunde Patient** ist ein Patient, der sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheidet. Dies ist die erste Entscheidung, die ein Patient treffen muss. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat ist eine komplexe Angelegenheit, die von verschiedenen Faktoren abhängt. Ein zehrender Patient sollte sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheiden, wenn dies möglich ist. Ein Implantat ist eine gute Alternative, wenn der Zahnerhalt nicht möglich ist.

Patenschaftung der Zahnärzte  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung

## ZahnRat 67

Implantate: Wann? Wie? Wo? Wer?

### Implantate: Wann? Wie? Wo? Wer?



**Implantate: Wann? Wie? Wo? Wer?** ist ein Patient, der sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheidet. Dies ist die erste Entscheidung, die ein Patient treffen muss. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat ist eine komplexe Angelegenheit, die von verschiedenen Faktoren abhängt. Ein zehrender Patient sollte sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheiden, wenn dies möglich ist. Ein Implantat ist eine gute Alternative, wenn der Zahnerhalt nicht möglich ist.

Patenschaftung der Zahnärzte  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung

## ZahnRat 68

Was wichtig ist für die Zähne zwischen 12 und 19

### Teeth & Teens: Zähne in den Zehnern



**Teeth & Teens: Zähne in den Zehnern** ist ein Patient, der sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheidet. Dies ist die erste Entscheidung, die ein Patient treffen muss. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat ist eine komplexe Angelegenheit, die von verschiedenen Faktoren abhängt. Ein zehrender Patient sollte sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheiden, wenn dies möglich ist. Ein Implantat ist eine gute Alternative, wenn der Zahnerhalt nicht möglich ist.

Patenschaftung der Zahnärzte  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung

## ZahnRat 69

Bei Risiken und Nebenwirkungen ... Fragen Sie Ihren Zahnarzt!

### Bei Risiken und Nebenwirkungen ... Fragen Sie Ihren Zahnarzt!



**Bei Risiken und Nebenwirkungen ... Fragen Sie Ihren Zahnarzt!** ist ein Patient, der sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheidet. Dies ist die erste Entscheidung, die ein Patient treffen muss. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat ist eine komplexe Angelegenheit, die von verschiedenen Faktoren abhängt. Ein zehrender Patient sollte sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheiden, wenn dies möglich ist. Ein Implantat ist eine gute Alternative, wenn der Zahnerhalt nicht möglich ist.

Patenschaftung der Zahnärzte  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung

## ZahnRat 70

Fälligkeit - Heilbarkeit - Aufwand - Anbahnung - Vertragsfreiheit - Kosten

### „Wenn der Zahn aber nu en Loch hat? Lieber Heinrich, lieber Heinrich! Stopf es zu, liebe, liebe Liese; liebe Liese, stopf es zu!“



**„Wenn der Zahn aber nu en Loch hat? Lieber Heinrich, lieber Heinrich! Stopf es zu, liebe, liebe Liese; liebe Liese, stopf es zu!“** ist ein Patient, der sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheidet. Dies ist die erste Entscheidung, die ein Patient treffen muss. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat ist eine komplexe Angelegenheit, die von verschiedenen Faktoren abhängt. Ein zehrender Patient sollte sich für den Erhalt seiner natürlichen Zähne entscheiden, wenn dies möglich ist. Ein Implantat ist eine gute Alternative, wenn der Zahnerhalt nicht möglich ist.

Patenschaftung der Zahnärzte  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung  
Kommunikation, Weiterbildung, Fortbildung



## Versandkosten (zuzüglich 7% MwSt.)

Menge	Preis/Bestellung Versand	
10 Exemplare	2,60€	2,40€
Gesamt		5,00€
20 Exemplare	5,20€	2,80€
Gesamt		8,00€
30 Exemplare	7,80€	4,70€
Gesamt		12,50€
40 Exemplare	10,40€	5,00€
Gesamt		15,40€
50 Exemplare	13,00€	5,20€
Gesamt		18,20€

# FAX - Bestellformular 0 35 25 - 71 86 12

Satztechnik Meißen GmbH · Am Sand 1 c · 01665 Diera-Zehren OT Nieschütz

Stück

65 Zahnerhalt oder Implantat?

66 Der immobile mundgesunde Patient

67 Implantate: Wann? Wie? Wo? Wer?

68 Teeth & Teens: Zähne in den Zehnern

69 Bei Risiken und Nebenwirkungen ... Fragen Sie Ihren Zahnarzt!

70 „Wenn der Zahn aber nu en Loch hat?“ ...“

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.



# Macht Wettbewerb hier wirklich Sinn?

## Marktwirtschaftliche Prinzipien kontra reglementiertem Gesundheitswesen?

Berichte über drohende Insolvenzen gesetzlicher Krankenkassen häufen sich. Konnte man in der Vergangenheit Schließungen von Krankenkassen durch Fusionen noch abwenden, so ist die Pleite bei der CityBKK beschlossene Sache. Eine Entwicklung, die mit der Einführung des Gesundheitsfonds begann und mit der Ankündigung für angeblich mehr Wettbewerb im System langfristig darauf ausgelegt ist, die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen zu reduzieren. Schon in der Vergangenheit war es schwer verständlich, wie Wettbewerb in einem System, welches stringent Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherung regelt, funktionieren soll. Nun ist offensichtlich der Schlüssel zur Reduktion der Anzahl der Krankenkassen gefunden worden. Gegenstand dieses ruinösen Wettbewerbes ist ausschließlich der junge und gesunde Versicherte. Die Patienten mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind dabei leider oft die Verlierer. So war es einer der ersten Aufgaben des neuen Gesundheitsministers Daniel Bahr, die Krankenkassen auf die gesetzlich fixierte Aufnahmepflicht von Versicherten der CityBKK aufmerksam zu machen. Die Einhaltung dieser Verpflichtung wolle er in den kommenden Wochen genauestens prüfen. Darüber hinaus erklärte er, dass er weitere Insolvenzen nicht ausschließen könne.

Eine Task Force der Krankenkassenverbände sicherte die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zu, alle betroffenen Versicherten aufzunehmen. Die Bilder von Warteschlangen Versicherter vor Filialen der gesetzlichen Krankenkassen machte das Ausmaß dieses von Beobachtern so bezeichneten „Supergaus“ deutlich. Man stelle sich nur



*Dr. Dietmar Oesterreich*

vor, dies wäre vor Krankenhäusern, Arzt- oder Zahnarztpraxen passiert. Nicht auszumalen, welches Füllhorn

an Unverständnis und Kritik öffentlich über diese Gesundheitseinrichtungen ausgeschüttet worden wäre. Jetzt sind es aber Krankenkassen, die sich angeblich stets um das Wohl ihrer Versicherten kümmern, denen es aber offensichtlich nur um Versicherte mit einem geringen Kostenrisiko geht. Kranke Patienten werden nur als effizienzstörender Faktor und aus betriebswirtschaftlicher Sicht als ungünstig empfunden.

Sicher ist es zu einfach, den Finger allein auf die verantwortlichen Krankenkassen zu richten. Vielmehr liegt hier offensichtlich ein Fehler im System vor. Bisher vermisse ich aber die Diskussion über diese Fehler im gesundheitspolitischen Raum. Keiner der verantwortlichen Politiker bzw. Parteien meldete sich bisher zu Wort. Man rechnet also weiter mit Insolvenzen und schafft größere Monopole der gesetzlichen Krankenkassen. Welche Auswirkungen dies unter den Bedingungen möglicher Selektivverträge besitzt, ist ohne viel Phantasie vorstellbar.

Vorher stellt sich aber noch die Frage, welchen Sinn Wettbewerb in dieser Form in einem besonders wichtigen Bereich der Gesellschaft, dem Gesundheitswesen, überhaupt macht. Ausschließlich marktwirtschaftliche Prinzipien passen nicht zum reglementierten Gesundheitswesen und gehen nur zu Lasten der Schwächsten. Auch die Ärzte und Zahnärzte stufen die Patienten nicht nach dem Geldbeutel und ihrer Krankenversicherung ein. Ich meine, es ist an der Zeit, vor diesen Hintergründen über das Thema Wettbewerb im Gesundheitswesen erneut nachzudenken.

**Dr. Dietmar Oesterreich**

## Fortbildung – kollegiale Gespräche – Erholung

### 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

#### Themen

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

#### Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

#### Leitung Organisation und Professionspolitik:

Dr. Dietmar Oesterreich, Reuterstadt Stavenhagen

### 19. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen und  
Zahnmedizinische Fachangestellte

### 3. September 2011

im Technologiepark  
Rostock-Warnemünde

### Abendveranstaltung am 3. September um 20 Uhr

in der Kunsthalle Rostock mit Midnight Duo – handgemachte Musik, die ins Ohr geht

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:** Antje Künzel, Burgsee Schwerin

**Aus dem Inhalt:**

**M-V / Deutschland**

Wechselrekord in private Krankenversicherungen	1
Parodontitis und Karies – Hauptgründe für Zahnverlust	7
Keine Faltenunterspritzung durch Zahnärzte	9
Regelungen zur Arbeitnehmerfreizügigkeit	10
Referentenentwurf zur GOZ	10
Provision PKV	10
Höhere Ausgaben für Gesundheitsprävention gefordert	10
Informationen zum Thema Impfschutz	13
Freie Allianz der Länder-KVs	18
Gruppenprophylaxe der DAJ online	19
Gewinnen mit „Farbe“	19
Im Osten mehr Tote durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	24
Bücher	26
KZBV-Jahrbuch	27
Glückwünsche / Anzeigen	32

**Zahnärztekammer**

20. Zahnärztetag in Warnemünde	2, 16-18
Einblick in die Arbeit der Zahnärztekammer	4
Klausurtagung des Kammervorstands	4
Frauenkongress	7
Praxisunterricht bei Fortbildung wichtig	8
Landespräventionstag in der Landeshauptstadt	8
Kammerversammlung am 2. Juli	9
Beschluss SPD-Präsidium: Bürgerversicherung	11

**Kassenzahnärztliche Vereinigung**

Gestandener Vorstand mit neuen Aufgaben	5-7
Daniel Bahr neuer Gesundheitsminister	11
Chirurgen: Infektionen senken	11
dens im Web mit großer Akzeptanz	12
Was, wenn eine Krankenkasse pleite ist	12-13
Häufige Fragen zur eGK	14
Fortbildungsangebote der KZV	15
Das Einschleifen des natürlichen Gebisses	20
Service der KZV	23
Zahnärzte bislang nicht abrufbar	27

**Hochschulen / Wissenschaft / Praxis**

**Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk**

Endodontie im Milchgebiss	20-23
Kardiopulmonale Reanimation – Hauptsache heftige Herzmassage	24-25
Anforderungen an eine elektronische Dokumentation	28

Impressum	3
Herstellerinformationen	31

## Einblick in die Arbeit der Zahnärztekammer

Berufspolitische Informationsveranstaltung in der Geschäftsstelle in Schwerin



*Der Vorstand der Zahnärztekammer hatte insbesondere die neu gewählten Kammerdelegierten zu einer berufspolitischen Informationsveranstaltung am 29. April in die Geschäftsstelle nach Schwerin eingeladen. Die Anwesenden erhielten einen Überblick über den Aufbau und die Funktionen der einzelnen Referate und Ausschüsse sowie die standespolitischen Aufgaben der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Unter Leitung von Präsident Dr. Dietmar Oesterreich wurde in lockerer Runde zur Stellung des Berufsstandes und der zahnärztlichen Selbstverwaltung zwischen Freiheit und Pflicht diskutiert. Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle beleuchtete die rechtlichen Aspekte der Tätigkeit der Zahnärztekammer. Von den Teilnehmern wurde die kleine Veranstaltung als sehr informativ und aufschlussreich eingeschätzt.*

## Klausurtagung des Kammervorstands

(Neu-)Bestimmung der Referatsarbeit und zukünftige Handlungsschwerpunkte



*Zur diesjährigen Klausurtagung traf sich der Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am 7. Mai im Schlosshotel Basthorst. Im Mittelpunkt der Beratungen stand die (Neu-)Bestimmung der Referatsarbeit unter besonderer Berücksichtigung politischer, demografischer und wirtschaftlicher Entwicklungen in der Gesellschaft und dem Berufsstand. Neben der kritischen Analyse der eigenen Tätigkeit wurden die zukünftigen Handlungsschwerpunkte und die dazu notwendigen Ressourcen aus Sicht der einzelnen Referate der Zahnärztekammer diskutiert.*

**Konrad Curth**

# „Gestandener Vorstand mit neuen Aufgaben“

KZV-Spitze: Neue Legislaturperiode mit bewährter Führungsmannschaft



Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln  
Vorsitzender des Vorstands

Alter: 51

Wohnort: Pinnow

bei der KZV seit: 1991

**zuständig für die Bereiche:**

Unternehmenspolitik  
Finanzen / BWL / Vertrag  
Mitgliederwesen / EDV / Recht  
Organisation / Personal

*Wie sind Sie zu Ihrer Tätigkeit für eine Kassenzahnärztliche Vereinigung gekommen?*

*Wolfgang Abeln:* Zum Aufbau der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern wurden geeignete Personen gesucht, die be-

*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. Die Geschäfte der Körperschaft leitet aber ein zweiköpfiger hauptamtlicher Vorstand – in Mecklenburg-Vorpommern in der Idealbesetzung eines Betriebswirts als Vorsitzendem und einem Zahnarzt als Stellvertreter. Organisation, Weitblick, Kostendenken und fachliches Augenmerk sind hierbei gleichermaßen miteinander verbunden. Dass sich die Arbeit des Vorstandes in den vergangenen sechs Jahren bewährt hat, ist kein Geheimnis. Dass sich auch das Arbeitsleben steter Veränderung stellen muss, ist wichtig. Neue Ideen und andere Blickwinkel geben hier Impulse, aber auch das Tagesgeschäft, welches sich oft genug mit Reformvorhaben und gesetzlichen Neuregelungen auseinandersetzen muss. **dens** stellt den Vorstand vor, fragt nach und möchte so die Arbeit des Vorstands in den Fokus rücken und transparenter machen. Denn Selbstverwaltung heißt auch, selbst dabei sein, Ansprechpartner nutzen, Ideen einbringen.*

reits über ausreichende Vorkenntnisse hinsichtlich der Geschäftsführung einer KZV verfügten. Durch meine Tätigkeit in der Revisionsabteilung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung war dies gegeben. Insofern verwunderte es nicht, dass Albrecht



Dr. Manfred Krohn  
stellvertretender Vorsitzender

Alter: 57

Wohnort: Rostock

bei der KZV seit: 2001

**zuständig für die Bereiche:**

Abrechnung  
Öffentlichkeitsarbeit  
Qualitätssicherung

Pöhl im Auftrag des amtierenden Vorstands der KZV M-V e. V. mich zum Jahreswechsel 1990/91 nach meiner Bereitschaft fragte.

*Herr Abeln, Sie sind seit nunmehr zwanzig Jahren für die Zahnärzte in*

Anzeige

*Mecklenburg-Vorpommern in leitender KZV-Funktion tätig. Wie viel Spaß macht Ihnen dieser Job und welche Veränderung sehen Sie von damals bis heute?*

*Wolfgang Abeln:* Zum damaligen Zeitpunkt ging es vorrangig um den Aufbau der Strukturen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, somit um die Festigung der betriebswirtschaftlichen Seite in den Zahnarztpraxen durch Sicherung der Zahlungsflüsse von den Krankenkassen zur Kassenzahnärztlichen Vereinigung und in der Folge zum Leistungserbringer. Parallel begleiteten uns seit 1993 kontinuierlich restriktive Gesundheitsreformen, deren Auswirkungen auf die Vertragszahnärzte es zu mildern galt. Wobei sich in den Gründungsjahren die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen mehr an der Praktikabilität orientierte als zum heutigen Zeitpunkt. Die Bretter, die es zu bohren galt und gilt, werden vor allem durch die politisch gewollten Veränderungen in der Kassenlandschaft immer dicker. Das methodische Ziel, die Einengung der Selbstverwaltung, hat mit den letzten Gesundheitsreformen seinen bisherigen Höhepunkt erreicht.

*Herr Dr. Krohn, bereits im ehrenamtlichen Vorstand der KZV von 2001 bis 2004 tätig, sind Sie seit 2005 stellvertretender Vorsitzender eines hauptamtlichen Vorstands. Ein Spagat zwischen Praxis und Patienten einerseits und KZV-Organisation und Reformvorhaben andererseits. Wie ist das zu schaffen?*

*Manfred Krohn:* Voraussetzung ist neben einem verlässlichen Team sowohl in der Praxis als auch in der KZV-Verwaltung eine gute Organisationsstruktur/Zeitmanagement, der Umgang auf Augenhöhe mit allen Teammitgliedern. Das Vertrauen darauf, dass grundsätzlich jeder sein Bestes gibt, auch im Wissen und der Akzeptanz, dass das individuelle Leistungsvermögen unterschiedlich sein wird. Täglich darauf bedacht sein, dass man denen, auf die man in diesen Teams angewiesen ist, glaubwürdig vermittelt, selbst in jeder Hinsicht verlässlich zu sein.

*Nach sechs Jahren erfolgreicher Vorstandsarbeit hat die Vertreterversammlung Sie im Januar mit großer Mehrheit wiedergewählt. Eine Bestätigung, die bewährte Arbeit fortzuführen oder gibt es ganz neue Ideen?*

*Beide:* Eine Bestätigung, unsere Arbeit fortzuführen! Aber vor allem das bereits in der ersten Legislaturperiode

von uns vertretene Konzept – gute Rahmenbedingungen für eine gute zahnärztliche Versorgung mit den einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung zur Verfügung stehenden Mitteln zu erhalten und zu verbessern – stärker nach außen zu tragen und die Glaubwürdigkeit in die hohe Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung in unserem Land gegenüber unseren Vertragspartnern zu erhöhen.

*Welche Themen haben für Sie in den nächsten Jahren Priorität?*

*Beide:* Wir haben uns bereits in der ersten Legislatur sehr stark für die Ost-West-Angleichung stark gemacht. Trotz erzielter Teilerfolge gilt es nach wie vor, hier nicht nachzulassen. Daneben:

- Rahmenbedingungen der guten medizinischen Versorgung,
- Kontakt zu politischen Mandatsträgern sowohl auf Bundesebene, als auch in Mecklenburg-Vorpommern,
- Senkung des bürokratischen Aufwands in den Praxen, als auch in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durch die effizientere Nutzung der elektronischen Medien.

*Wie sehen Sie die KZV M-V jetzt? ... und in fünf Jahren?*

*Beide:* Das was jedem Vertragszahnarzt an einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung wichtig ist – regelmäßiger, verlässlicher Geldfluss – wird mit Hilfe der neuen Technologien in den Abrechnungswegen immer mehr optimiert und vereinfacht werden, sodass es gilt hier frei gesetzte Kapazitäten optimal einzusetzen. Der politisch gewollte Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird unser Handeln maßgeblich beeinflussen. Innerhalb der KZV ist es daher wichtig, die jeweils vorhandenen Fachlichkeiten im Wirken mit unseren Vertragspartnern optimal einzusetzen.

*Was tun Sie angesichts des demografischen Wandels?*

*Beide:* Wenn Sie den demografischen Wandel in der Zahnärzteschaft meinen, dann gilt es, rechtzeitig geeignete Nachfolger zu finden, um die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten, einem Generationswechsel im Vorstand unserer Kassenzahnärztlichen Vereinigung nicht im Wege zu stehen und deshalb junge Kollegen für eine ehrenamtliche oder hauptamtliche Tätigkeit zu gewinnen, um somit die Kontinuität gegenüber den Patienten, der Zahn-

ärzteschaft, den Krankenkassen und der Politik zu gewährleisten.

*Ihr Hauptcharakterzug?*

*Beide:* Fleiß, Verlässlichkeit, Beständigkeit, nicht käuflich zu sein

*Ihr Lieblingschriftsteller?*

*Manfred Krohn:* Walter Kempowski, z. Zt. Fritz Reuter  
*Wolfgang Abeln:* Can Akkaya

*Ihr Motto?*

*Beide:* Sich selbst und seinen Überzeugungen treu bleiben, auch wenn es un bequem wird. Sich täglich beim Rasieren in die Augen schauen zu können.

*Ihr Abschlusskommentar?*

*Beide:* Völlig unabhängig davon, welche Einflussnahme wir uns auch künftig von dritter Seite ausgesetzt sehen, werden wir uns nicht davon abhalten lassen, berechnete Forderungen für die vertragszahnärztliche Versorgung in unserem Land zu verfolgen. Darüber hinaus dürfen wir den Generationswechsel nicht aus den Augen verlieren.

*Die Fragen stellte Kerstin Abeln.*

## Frauenkongress Zukunft der Zahnmedizin

Unter der Überschrift „Frauen – die Zukunft der Zahnmedizin“ trafen sich am 13. und 14. Mai 2011 Kolleginnen unterschiedlichen Alters zum dritten Zahnärztinnenkongress in Frankfurt am Main.

Der Kongress wurde organisiert vom Bundeszahnärztekammerausschuss für die Belange der Zahnärztinnen und der Fortbildungsakademie der Landeszahnärztekammer Hessen.

Neben hochinteressanten Fachvorträgen ging es u. a. um Management, Praxisgestaltung, Finanzierungen und verschiedene Niederlassungsformen.

Vor allem für junge Kolleginnen mit Familie wurden Wege aufgezeigt, die die Vereinbarkeit von Berufsausübung und privaten Verpflichtungen machbar gestalten.

Kompetente Informationen und Anregungen über die Berufsgestaltung in allen Lebensphasen zeichneten diese Veranstaltung aus.

In der Juliausgabe von *dens* folgt ein ausführlicher Bericht zum dritten Zahnärztinnenkongress.

**Dr. Ingrid Buchholz**



# Zufrieden mit der Behandlung im EU-Ausland

## Die Menschen in Deutschland sind mobil – auch in Sachen Gesundheit

Fast jeder dritte Patient, der sich im vergangenen Jahr im EU-Ausland behandeln ließ, hat gezielt jenseits der heimischen Grenze Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen – ob eine Kur in Tschechien, Zahnersatz in Polen oder eine Arztbehandlung in Italien. Entscheidende Gründe waren die geringeren Kosten gegenüber einer Behandlung im Inland (50 Prozent) und die Kombination mit einem Urlaub (49 Prozent). Das zeigt eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) der Techniker Krankenkasse (TK), für die 40 000 TK-Versicherte mit mindestens einer Auslandsbehandlung im Jahr 2010 befragt wurden.

Die Patienten stellten den Ärzten, Kliniken und Therapeuten ein gutes Zeugnis aus: Mehr als 95 Prozent der

Patienten waren beispielsweise mit der Sauberkeit, der Mitarbeiterqualifikation, der Ablauforganisation, der technischen Ausstattung, der Mitarbeiterkapazität, den Wartezeiten und dem Behandlungsergebnis sehr zufrieden bis eher zufrieden. Auch die Verständigung klappte. Neun von zehn Patienten konnten mit dem Auslandsarzt deutsch sprechen. Deutlich unzufriedener waren die Versicherten mit den Kosten. Mit der Höhe der Summen, die sie selbst übernehmen mussten, waren rund 57 Prozent der Befragten eher unzufrieden beziehungsweise sehr unzufrieden. 66 Prozent der Versicherten mussten bis zu 500 Euro aus eigener Tasche bezahlen. 20 Prozent trugen zwischen 500 und 1000 Euro selbst. Dennoch würden fast 90 Prozent der Befragten wieder geplant im EU-Ausland zum Arzt oder in eine Klinik ge-

hen. Bei TK-Versicherten, die bislang keine Erfahrungen mit grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen haben, sind dagegen nur 30 Prozent bereit, sich jenseits der heimischen Grenzen behandeln zu lassen. Die wichtigsten Gründe für sie wären die Behandlung bei einem europäischen Spezialisten und ein besonderes Vertrauensverhältnis zu einem Arzt im europäischen Ausland. Ausschlaggebend wäre auch, dass eine TK-Vertragsklinik im Rahmen des Europaservice der TK oder eine TK-Vertragskureinrichtung genutzt werden können. Vor der Auslandsbehandlung würden sich die TK-Versicherten vorrangig über die medizinische Qualität im jeweiligen EU-Staat und die Qualifikation des behandelnden Arztes sowie die Kostenübernahme durch die Krankenkasse und Abrechnungsmodalitäten informieren. „Die Studienergebnisse zeigen, dass unsere Versicherten ein hohes Informationsbedürfnis zur Qualität von Behandlungen im EU-Ausland, aber auch zu den damit verbundenen Kosten und Abrechnungen haben“, sagt Dr. Jens Baas, Mitglied des Vorstandes der TK. Die aktuellen Daten sollen genutzt werden, das Service- und Beratungsangebot der TK entsprechend weiterzuentwickeln.

## Parodontitis und Karies – Hauptgründe für Zahnverlust

### Zahnerhalt im höheren Lebensalter ist Herausforderung

Trotz der enormen Präventionserfolge der letzten zwei Jahrzehnte bleiben Karies und Parodontitis die Hauptgründe für den Verlust von Zähnen bei Erwachsenen. Das ist das Ergebnis einer Stichprobenuntersuchung auf Basis von 12 000 Beobachtungsfällen bei 600 Zahnärzten, die das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Kooperation mit der Zahnklinik Jena veröffentlicht hat.

Die Zahl der jährlichen Extraktionen ist deutlich zurückgegangen: von über 16 Millionen Anfang der neunziger Jahre auf zirka 13,4 Millionen im Jahr 2009 in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch bleiben Karies bei 29,7 Prozent und Parodontitis bei 28,5 Prozent aller Fälle ursächlich für die Extraktion. Ab Mitte 40 nehmen die Zahnverluste deutlich zu und erreichen bei den 66- bis 70-Jährigen einen Höhepunkt. Mit zunehmendem Lebensalter ist Parodontitis der Hauptgrund für Zahnverlust.

Der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, schlussfolgert aus der Studie: „Die Zahnverluste häufen sich im höheren

Lebensalter und haben besondere, altersassoziierte Ursachen. Das zeigt, dass wir im Zuge der demografischen Veränderungen mehr Augenmerk auf die Alterszahnmedizin und die Versorgung älterer Menschen legen müssen. Unser Ziel ist, bei der Mehrheit der Patienten die eigenen Zähne möglichst vollständig bis ans Lebensende zu erhalten.“

Auch der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich, sieht Handlungsbedarf: „Wir brauchen mehr Prävention und besondere Versorgungsansätze für ältere Patienten, insbesondere für jene, die zur persönlichen Mundhygiene oder zum Gang in die Zahnarztpraxis nicht mehr in der Lage sind. Gleichzeitig muss stärker über Ursachen und Folgen von Parodontalerkrankungen aufgeklärt werden, um Zahnverluste als auch die Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit zukünftig noch besser verhindern zu können.“

Die aktuelle IDZ-Studie „Ursachen des Zahnverlustes in Deutschland“ steht unter [www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de) zum Download bereit.

KZBV/BZÄK

### Zum Hintergrund

Das Wissenschaftliche Institut für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen der Techniker Krankenkasse (WINEG) hat für seine aktuelle Studie „Die TK in Europa“ per Zufallsstichprobe 40 000 der etwa 90 000 TK-Versicherten angeschrieben, die 2010 mindestens einmal im EU-Ausland behandelt wurden. Gefragt wurde nach ihren Erfahrungen mit den Behandlungen im EU-Ausland.

13 287 TK-Versicherte füllten den Fragebogen aus. Die Rücklaufquote betrug damit 33,2 Prozent, was den hohen Stellenwert dieses Themas bei TK-Versicherten verdeutlicht. Zeitgleich wurden 10 000 per Zufallsstichprobe ausgewählte TK-Versicherte ohne Erfahrung mit EU-Auslandsbehandlungen angeschrieben. Gefragt wurde nach Einstellung, Kenntnissen und Nutzungsbereitschaft in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland. Die Rücklaufquote betrug 27,4 Prozent (2 736 Rückläufer).

TK

## Praxisunterricht bei Fortbildung wichtig

Vom 30. Oktober 2010 bis 7. Mai 2011 fand in Schwerin der 16. Kurs für Mitarbeiterinnen in Zahnarztpraxen im Bereich Prophylaxe statt. Zur umfangreichen Ausbildung gehören 58 Unterrichtsstunden praktischer Unterweisung am Patienten. Diese werden in ausgewählten Zahnarztpraxen durchgeführt. Auch Mario Schreen, Referent im Vorstand der ZÄK, stellt sich und seine Praxis in Gadebusch zur Verfügung. Seine Kursteilnehmerinnen, Katja Meyer, Doreen Jakobeit, Peggy Schönfeldt, Susann Kempcke und Katrin Schukay fühlten sich in der Obhut ihres Referenten sehr wohl und absolvierten ihre Prüfung mit Bravour.

Annette Krause, Referat ZAH/ZFA



## Landespräventionstag in der Landeshauptstadt



Am 3. Landespräventionstag „Ernährung, Bewegung, Entspannung“ am 14. Mai in Schwerin nahm die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern an der begleitenden Ausstellung teil. Betreut wurden der Kariestunnel und ein Zahnputzbrunnen vor dem Hauptgebäude der Industrie- und Handelskammer im Zentrum der Landeshauptstadt von den Partnerzahnarztpraxen Jörn Kobrow aus Schwerin (li) und Dr. Oliver Voß aus Ludwigslust (re). Den Praxisteams wird für die Unterstützung herzlich gedankt.

ZÄK

Anzeige

# Kammerversammlung am 2. Juli 2011

Hotel „Radisson Blu“, Lange Straße 40, 18055 Rostock

Beginn: 9 Uhr

## Tagesordnung

- |     |  |  |
|-----|--|--|
| 1.  | Eröffnung der Kammerversammlung durch den Präsidenten  |  |
| 2.  | Feststellen der Beschlussfähigkeit   |  |
| 3.  | Grußworte der Gäste  |  |
| 4.  | Bericht des Präsidenten<br>- Diskussion  | Dr. Dietmar Oesterreich  |
| 5.  | Beschluss der Fortbildungsprüfungsregelung<br>fortgebildete ZFA/ZAH im Bereich Kieferorthopädie  | Zahnarzt Mario Schreen   |
| 6.  | Anpassung der Empfehlungen zu den Ausbildungsvergütungen   | Zahnarzt Mario Schreen   |
| 7.  | Nachwahl der Arbeitnehmervertreter des<br>Schlichtungsausschusses nach 111 Abs. 2 ArbGG  | Zahnarzt Mario Schreen   |
| 8.  | Bericht aus der Geschäftsstelle – Anfechtung der Kammerwahl  | Peter Ihle   |
| 9.  | Änderung der Wahlordnung mit Beschlussfassung  |  |
| 10. | Bericht aus den Kreisstellen   |  |
| 11. | Versorgungswerk<br>- Bericht des Vorsitzenden des Versorgungsausschusses der<br>Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern<br>- Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes für<br>2010 und Entlastung des Versorgungsausschusses der ZÄK und<br>des Geschäftsführers des Versorgungswerks<br>(gem. § 3 Abs. 1 c und 1 d des Versorgungsstatuts)<br>- Festsetzung der Bemessungsgrundlage und Anpassung der<br>laufenden Versorgungsleistungen für 2011<br>- Bestellung des Abschlussprüfers für 2011 | Dipl.-Stom. Holger Donath<br>Dr. Peter Schletter<br>Dr. Horst-Günther Zimmermann<br>Dipl.-Stom. Holger Donath<br>Dipl.-Stom. Holger Donath |
| 12. | Kurzfristige Anträge   |  |
| 13. | Verschiedenes<br>- Termin der nächsten Kammerversammlung   |  |

Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident

## Keine Faltenunterspritzung durch Zahnärzte

### Zahnärztliche Approbation reicht für Gesichts- und Halsbereichsanwendung nicht aus

Das Verwaltungsgericht Münster hat mit Urteil vom 19. April (Az: 7 K 338/09) entschieden, dass Zahnärzte keine Faltenbehandlungen im Gesichts- oder Halsbereich durchführen dürfen. Das Unterspritzen solcher Falten sei von der zahnärztlichen Approbation nicht gedeckt. Die Klägerin des Verfahrens, eine Zahnärztin, hatte sich an die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe gewandt. Diese sollte ihr bestätigen, dass es ihr nicht verwehrt sei, u. a. Hyaluronsäure bzw. Botulinumtoxin im Gesichts- und Halsbereich ihrer Patienten zu injizieren. Die Kammer konnte im Hinblick auf die Reichweite von § 1 Zahnheilkundengesetz nicht entsprechen.

Deshalb wurde das Verwaltungsgericht zur Entscheidung aufgefordert. Das Gericht betont, dass es sich bei der Faltenunterspritzung um erlaubnispflichtige Heilkunde handele, die nicht durch Zahnärzte erbracht wer-

den dürfe. Eine zahnärztliche Approbation reiche hierfür nicht aus. Sie berechne nach § 1 Abs. 3 Zahnheilkundengesetz zur Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Damit werde der dem Zahnarzt eröffnete Behandlungsbereich räumlich abgegrenzt. Die Lippe stelle die äußere Grenze des Mundbereichs dar.

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer hatte in seiner Sitzung am 13. April einstimmig folgende Stellungnahme verabschiedet: „Bei der Augmentation der Lippen und/oder perioraler Falten handelt es sich um kosmetische Eingriffe, die ärztliches, diagnostisches Fachwissen erfordern, um einer Gesundheitsgefährdung durch den Eingriff vorzubeugen. Die Eingriffe sind daher als Heilkunde anzusehen.

Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige auf zahnärztlich-wis-

senschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Der von der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde umfasste Bereich erfasst das zum Mund gehörende Gewebe, d. h. den Mundinnenraum, begrenzt durch das Lippenrot.

Die Lippenunterspritzung ist deshalb vom Begriff der Zahnheilkunde umfasst und darf von Zahnärzten ausgeführt werden. Die Behandlung der Gesichtsoberfläche, insbesondere der perioralen Falten oder der Naso-Labial-Falten gehört dagegen grundsätzlich nicht zu den der Zahnheilkunde zugewiesenen Körperbereichen.“

Das Urteil des Verwaltungsgerichts Münster bestätigt den Vorstand der Bundeszahnärztekammer in seiner Entscheidungsfindung.

BZÄK-Klartext 04/11

## Arbeitnehmer Regelungen Freizügigkeit

Seit 1. Mai sind in Deutschland die letzten bestehenden Beschränkungen der europäischen Regelungen zur Arbeitnehmerfreizügigkeit weggefallen. Bürger aus acht der 2004 der EU beigetretenen Staaten Mittel- und Osteuropas können sich nun auch auf dem deutschen Arbeitsmarkt frei bewegen und bedürfen keiner gesonderten Arbeitserlaubnis. Für das Gesundheitswesen überwiegt jedoch die Einschätzung, dass qualifizierte Arbeitskräfte, z. B. in der Pflege, Deutschland auch wegen bestehender Sprachbarrieren eher meiden werden.

Die Europäische Kommission rechnet für Deutschland mit einem Zuzug von jährlich bis zu 100 000 Arbeitnehmern aus den ost- und mitteleuropäischen EU-Staaten. Erfahrungen anderer EU-Staaten zeigen, dass es durch Zuwanderung zu keiner Verdrängung einheimischer Arbeitnehmer gekommen ist. Vielmehr trugen die überwiegend hochqualifizierten Zuwanderer dazu bei, die Wirtschaft zu beleben.

BZÄK-Klartext 04/11

## Referentenentwurf zur GOZ Koordinierungskonferenz der GOZ-Referenten der (Landes-)Zahnärztekammern

Am 29. April trafen sich die GOZ-Referenten der (Landes-)Zahnärztekammern sowie die Mitglieder des Senates für privates Leistungs- und Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer zur Koordinierungskonferenz in Berlin, um sich über den aktuellen Sachstand der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu informieren, den vorliegenden Entwurf zu bewerten und zu diskutieren.

Im Ergebnis waren sich die Teilnehmer der Koordinierungskonferenz darin einig, alle Möglichkeiten zu nutzen, die noch für eine punktuelle Nachbesserung bestehen. Hierzu zählt insbesondere eine Veränderung des Punktwertes – mindestens die Anpassung an den Punktwert der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – und die Verankerung einer Pflicht zur regelmäßigen Anpassung im Verordnungstext.

Dass der Ordnungsgeber auf die Einführung einer Öffnungsklausel in der GOZ verzichtet – darin waren sich alle einig –, sei unbedingt positiv zu beurteilen.

Da die GOZ als Rechtsverordnung der Bundesregierung nur mit Zustimmung des Bundesrates erlassen werden kann, sei es unerlässlich, die Diskussion um die Ausgestaltung der neuen Gebührenordnung auch auf die Länder auszudehnen.

Im Hinblick auf die Anhörung im Bundesgesundheitsministerium am 9. Mai hat die Bundeszahnärztekammer nunmehr die avisierte Stellungnahme zum GOZ-Referentenentwurf fertig gestellt.

Diese wird in Kürze auf [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de) bereitgestellt.

BZÄK-Klartext 04/11

## SPD und Grüne fordern: Höhere Ausgaben für Gesundheitsprävention

Eine Ausweitung der Prävention in der Gesundheitsversorgung verlangen SPD und Grüne. Die SPD-Bundestagsfraktion beantragte, Kassen sollen mehr Geld für Prävention aufwenden, dazu solle pro Versichertem ein Mindestausgabenrichtwert von zehn Euro festgelegt werden. Die Abgeordneten fordern die Bundesregierung in einem Antrag auf, eine umfassende Präventionsstrategie für den Bund zu entwickeln.

Daneben soll ein Präventionsgesetz die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen regeln. Laut Antrag soll mit dem Gesetz zudem eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung als gemeinsame Organisationseinheit der Sozialversicherung, des Bundes und der Länder errichtet und finanziell unterstützt werden.

Die Grünen regen ein „Nationales Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung“ in

Sachen Prävention an. Sie wollen in einem Bund-Länder-Arbeitskreis einen ordnungspolitischen Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung schaffen. Die Aufgaben sollten in den Sozialgesetzbüchern verankert werden, alle Sozialversicherungsträger und die private Kranken- und Pflegeversicherung finanziell aufkommen. Die Fraktion veranschlagt für Primärprävention 500 Millionen Euro pro Jahr - bei einer jährlichen Steigerungsrate der Mittel von zehn Prozent. Ein „Nationales Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung für nicht-medizinische Prävention und Gesundheitsförderung“ soll installiert werden.

Kurzfristig wollen die Grünen den Paragraphen 20 Sozialgesetzbuch V abändern. Festgeschrieben werden soll, dass die Hälfte der Präventionsmittel in lebensweltbezogene Programme fließt.

BZÄK-Klartext 04/11

## Bahr neuer Gesundheitsminister Staatssekretär übernimmt mit 34 Jahren den Chefposten

Am Ende hat Rainer Brüderle doch Platz gemacht als Bundeswirtschaftsminister und dem neuen FDP-Parteichef, Philipp Rösler den Vorrang gegeben. Wie froh genau dieser war, den schwierigen Posten des Bundesgesundheitsministers abzugeben, ist nicht bekannt. An diesem darf sich jetzt Daniel Bahr versuchen, seit 1 ½ Jahren Staatssekretär unter Rösler und ein Hoffnungsträger der FDP. Kein leichter Job. Vor allem keiner, mit dem es sich glänzen lässt. Als Gesundheitsminister ist man nicht beliebt, denn in Deutschland ist immer Gesundheitsreform. Der breiten Masse ist Bahr durch seine „Wildsau-Attacke“ gegen die CSU bekannt geworden.

Zahnärzteschaft, Ärzte und Krankenkassen schätzten ihn bisher wegen seiner Dialogbereitschaft und Fachkompetenz. Seit 2002, dem Einzug in den Bundestag kümmert er sich um gesundheitspolitische Themen. Er weiß also, wovon er redet.

Seine Biografie weist einen geradlinigen Weg nach oben auf. Nach einer Banklehre, für die es ihn kurzzeitig ins mecklenburgische Schwerin gezogen hat, dann aber weiter nach Hamburg und einem Studium der Volkswirtschaftslehre schlug er den Weg in Richtung Gesundheitswesen ein. Er machte seinen Master of Business Administration, Schwer-



*Bundesgesundheitsminister  
Daniel Bahr*

punkt: International Health Care und Hospital Management in Münster. 2005 wurde er gesundheitspolitischer Sprecher der FDP und attackierte die damalige Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, öffentlich und druckvoll. Das machte ihn zum Kandidaten für das Amt des parlamentarischen Staatssekretärs im Gesundheitsministerium. Seit Herbst 2009 übt er dieses Amt neben Stefan Kapferer und Annette Widmann-Mauz aus.

Nun ist er Bundesgesundheitsminister geworden.

KZV

## SPD-Präsidium Beschluss: Bürgerversicherung

Am 11. April fasste das SPD-Präsidium einen „Grundlagenbeschluss“ zur Einführung einer Bürgerversicherung. Nach SPD-Vorstellungen sollen gesetzlich Krankenversicherte automatisch Mitglied einer Bürgerversicherung werden. Privatversicherte sollen innerhalb einer Frist wählen können, ob sie in die Bürgerversicherung unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen im Umfang des Basisarbeitsvertrags wechseln wollen. Die von der SPD geplante Bürgerversicherung soll sich aus drei Finanzierungssäulen zusammensetzen: einem einheitlich festgelegten „Bürgerbeitrag“ (prozentual bemessen am Einkommen, ohne Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, mit kassenindividuellen Anpassungsmöglichkeiten ohne Zusatz- und Sonderbeiträge) sowie einem paritätischen Arbeitgeberbeitrag auf die gesamte Lohnsumme ohne Beitragsbemessungsgrenze. Hinzukommen soll ein dynamisierter Steuerbeitrag, der aus einer Anhebung der Zinsabgeltungssteuer finanziert werden soll. BZÄK-Präsident Dr. Engel gibt zu bedenken, dass dieser Vorschlag möglicherweise geeignet sei, einzelnen Bürgern zugute zu kommen, keineswegs jedoch den Arbeitgebern, da deren Finanzierungsbeitrag anhand des vollen Lohns bzw. des vollen Gehalts bemessen werden solle.

BZÄK-Klartext 04/11

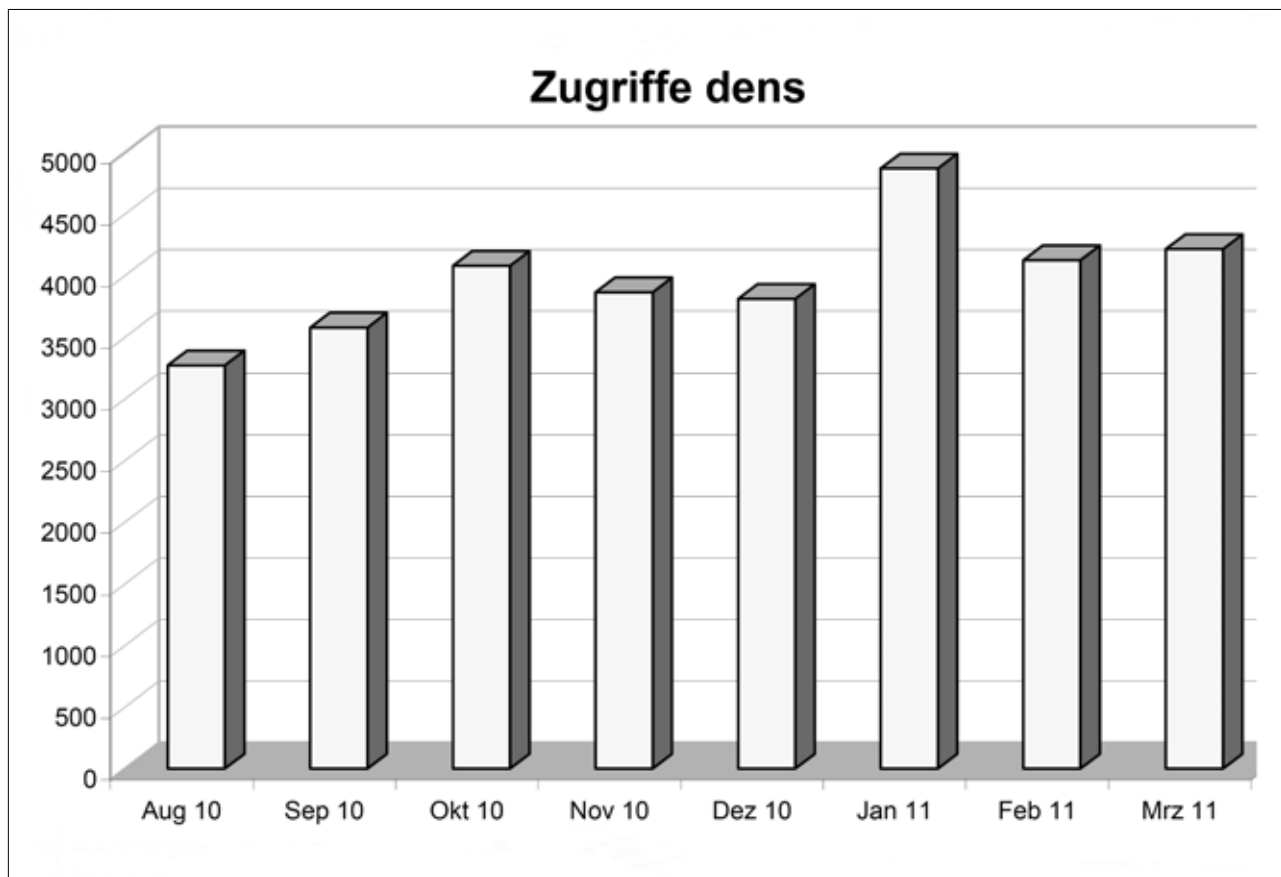
## Gewerbsteuer

Mit einem Reformpaket will Baden-Württembergs künftige grünrote Koalition für stabilere Finanzen der Kommunen sorgen. So soll unter anderem die Gewerbesteuer ausgeweitet werden. Grüne und SPD erklärten nach Koalitionsgesprächen Mitte April, die Gewerbesteuer solle als Haupteinnahmequelle der Städte und Gemeinden auf Freiberufler und Selbstständige ausgedehnt werden. Dies betreffe auch Ärzte und Zahnärzte. Dafür soll es eine entsprechende Initiative im Bundesrat geben.

Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) moniert seit Jahren, dass Freiberufler keine Gewerbetreibende seien.

BZÄK-Klartext 04/11

## *dens* im Web mit großer Akzeptanz



*Grau in grau präsentiert sich die Webseite der Mitgliederzeitschrift nur in Anlehnung an das bewährte schwarz-weiß-Layout. Tatsächlich bietet sie Interessierten alle Inhalte der Printausgabe. Unter [www.dens-mv.de](http://www.dens-mv.de) kann gesucht und im Archiv gestöbert werden. Es finden sich alle Ausgaben ab Jahresbeginn 2003 bis heute zur Ansicht. Dass dies immer mehr Nutzer tun, zeigt die aktuelle Grafik.*

KZV

## Was, wenn eine Krankenkasse pleite ist?

### Fusionen und Schließungen – Gesundheitsfonds mit geahnten Auswirkungen

„Gib mir in dieser schweren Zeit irgendwas, das bleibt“, singt eine deutsche Popband im Radio und bringt damit ihre Sehnsucht nach Beständigkeit und Verlässlichkeit zum Ausdruck. Die Melodie ist eingängig, aber der Titel auch deshalb erfolgreich, weil die Musiker ansprechen, was im täglichen Leben manchmal fehlt. Veränderung ist gut und wegweisend. Im Stakkato allerdings auch anstrengend. So wie im Gesundheitswesen seit Jahrzehnten praktiziert. Eine Reform jagt die nächste. Regierungen versuchen mit kleinen Schönheitskorrekturen oder totalen Systemänderungen Jahr um Jahr die Ausgaben im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Oft mit brutalen Auswirkungen auf Beteiligte, die zweifelhaft

anmuten für den Betrachter, politisch aber durchaus gewollt sein können. Letztes Beispiel: die Insolvenz einer Betriebskrankenkasse, deren Schließungsbescheid vom Bundesversicherungsamt erlassen wurde. Zum 1. Juli gibt es die City BKK nicht mehr.

Experten rechnen mit weiteren Pleiten und Fusionen. Der vor mehr als zwei Jahren eingeführte Gesundheitsfonds trennt damit die Spreu vom Weizen. Ganz bewusst. Er zwingt zu Zusatzbeiträgen und provoziert Kassenschließungen. Dabei war er unter dem Slogan mehr Gerechtigkeit gestartet. Diese Bedingung erfüllt er hingegen gerade nicht. Zwar unterscheidet er Versicherte nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheiten, dennoch stellt er trotz eines

Risikoausgleichs untereinander keine Chancengleichheit her. Denn: Ein Aus droht nicht den Krankenkassen, die unwirtschaftlich arbeiten, sondern denen mit den falschen Versicherten in schwierigen Regionen.

Die Zuweisungen erfolgen pauschal und gleichheitlich. Es werden keine regionalen Besonderheiten berücksichtigt, keine Arztdichte, keine territorialen Krankenhausstrukturen. Hört sich gerecht an, ist es aber nicht. Die Ärztestruktur und –konzentration und günstige Versichertenverteilung – die ideale Krankenkasse hat viele gesunde Versicherte und Kranke, die möglichst nicht in Ballungsgebieten wohnen und eine per Gesundheitsfonds definierte Krankheit aufweisen – führen dazu, dass in manchen

Regionen, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds locker ausreichen und sogar nach der Gesundheitsversorgung der Versicherten Gelder übrig bleiben. Im Umkehrschluss reichen Gelder nicht. Die Erhebung von Zusatzbeiträgen muss sich eine Krankenkasse gut überlegen. Denn die Mehreinnahmen, die von den Kassen selbst eingefordert werden müssen, können sich schnell als Luftnummer erweisen. Tendenziell verlassen die gesunden Versicherten bei der Ankündigung von zusätzlichen Beiträgen schnell ihre Krankenkasse und wechseln in eine Versicherung ohne Zusatzbeitrag. Die einzige Rettung für angeschlagene Krankenkassen vor der Schließung stellen Fusionen dar. „Gute“ und „schlechte“ Versicherungen werden dann gemischt.

### Vorgehen für Zahnärzte und Patienten klar geregelt

Für Zahnärzte ist bei der Insolvenz einer gesetzlichen Krankenkasse der Vergütungsanspruch sichergestellt. Gesetzlich vorgeschriebene Haf-

tungsverbände der jeweiligen Kassenart oder aller übrigen gesetzlichen Krankenkassen sichern bestehende Ansprüche. So muss beispielsweise ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz nicht neu gestellt werden, wenn er von der schließenden Krankenkasse vorab schon bewilligt wurde. Die Planungen werden grundsätzlich von der neuen Krankenkasse akzeptiert. Noch nicht bewilligte Heil- und Kostenpläne müssen hingegen von der neuen Kasse genehmigt werden.

Erscheint im Zusammenhang mit einer Kasseninsolvenz ein Patient ohne Krankenversicherungskarte, da er innerhalb der 2-Wochen-Frist noch keine neue Krankenkasse gewählt hat, dann kann eine zahnärztliche Behandlung ausnahmsweise auch ohne Krankenversicherungskarte erfolgen. Ausschließlich in diesen Fällen ist der Arzt berechtigt, eine private Rechnung auszustellen, die jedoch zurückzuzahlen ist, wenn der Patient bis zum Ende des Kalendervierteljahrs eine gültige KV-Karte vorlegt.

KZV

## Impfschutz überprüfen lassen

### Vor Ausbildungsbeginn Kostenübernahme klären

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern darf ein Arbeitgeber nach § 3 Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz die Kosten für Arbeitsschutzmaßnahmen nicht auferlegen. Zu diesen Arbeitsschutzmaßnahmen gehören Impfungen, die auf der Grundlage der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) den Beschäftigten anzubieten sind (z. B. bei Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung). In der allgemeinen Zahnarztpraxis betrifft dies insbesondere die Hepatitis-B-Impfung.

Inwieweit eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für Schutzimpfungen (Voraussetzungen, Art und Umfang) besteht, hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Basis der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) in einer Schutzimpfungs-Richtlinie festzulegen ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)). So wird ab Vollendung des 18. Lebensjahres im Gegensatz zur Diphtherie- und Tetanus-Impfung die Hepatitis-B-Impfung in der Regel nicht von den gesetzlichen Kassen übernommen. Nach der ArbMedVV besteht hier

ein spezieller Anspruch gegen den Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos (Tätigkeiten von Mitarbeitern, bei denen es regelmäßig zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten kommen kann - Aerosolbildung).

Dagegen sind bei Jugendlichen bis 17 Jahre die Impfungen, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit in der Zahnarztpraxis von Bedeutung sind (siehe beigefügten Auszug aus der RKI-Empfehlung „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde - Anforderungen an die Hygiene“), bei allen gesetzlichen Krankenkassen Pflichtleistungen. Vor Ausbildungsbeginn (d.h. vor Unterzeichnung des Berufsausbildungsvertrages) ist daher zu empfehlen, dass die Jugendlichen fehlende Impfungen über den Hausarzt komplettieren lassen.

Empfohlen wird auch, zu klären, ob die Krankenkasse einer (zukünftigen) Mitarbeiterin in ihren Satzungsleistungen die Kostenübernahme weiterer Schutzimpfungen vorsieht, die nicht Bestandteil der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind.

Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung

## Impfschutz

*In der RKI-Empfehlung „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde - Anforderungen an die Hygiene“ heißt es:*

„Zur Minimierung eines spezifischen Infektionsrisikos sind Schutzimpfungen die wirksamste präventive Maßnahme.“

Der Arbeitgeber hat für das Personal vor Aufnahme der Tätigkeit eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung gegenüber Hepatitis-B- und -C-Virus zu veranlassen und dabei die Impfung gegenüber Hepatitis B anzubieten, es sei denn, es besteht bei dem Beschäftigten bereits eine schützende Immunität (Kat IV - Biostoffverordnung). Außerdem sollten alle Beschäftigten gegen Diphtherie und Tetanus geschützt sein.

Bei regelmäßiger Behandlung von Kindern sind auch Vorsorgeuntersuchungen gegenüber Bordetella pertussis, Masernvirus, Mumpsvirus, Rötelnvirus und Varizella-Zoster-Virus zu veranlassen, und bei nicht ausreichendem Immunschutz ist die Impfung anzubieten. Diese genannten Untersuchungen sind Voraussetzung für die Tätigkeit (Kat. IV).

Auch bei anderen tätigkeits-spezifischen Infektionsgefährdungen, z.B. durch Influenza, sind ggf. eine Impfung anzuraten und zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen.

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) werden regelmäßig (zur Jahresmitte) im Epidemiologischen Bulletin [83] veröffentlicht. Sie enthalten alle relevanten Informationen zur Durchführung von Schutzimpfungen. Der vollständige Text kann auch über das Internet unter [www.rki.de](http://www.rki.de) in der Rubrik „Infektionsschutz“ beim Stichwort „Impfen“ eingesehen werden.“

Ausschuss  
Zahnärztliche Berufsausübung

# Häufige Fragen zur eGK

## Praxen in Mecklenburg-Vorpommern gut vorbereitet

Die Vorgehensweise zur Ausstattung der Praxen für die Verarbeitung der elektronischen Gesundheitskarte ist klar. Die KZV Mecklenburg-Vorpommern informiert seit Anfang 2011 regelmäßig in Rundbriefen und in dens und beantwortet die häufigsten Fragen. Dennoch bleiben ein bisschen Unsicherheit und offene Fragen. Deshalb hat die KZV eigens eine Hotlinetelefonnummer eingerichtet. Unter 0385-5 49 23 00 oder unter der E-Mail-Adresse [egk@kzvmv.de](mailto:egk@kzvmv.de) werden alle Fragen rund um die Einführung der Karte beantwortet.

Darüber hinaus sind allen Praxen Ende März persönliche Briefe zugesandt worden, in denen die Modalitäten zur Einführung gut beschrieben wurden. Hier war auch das Rückmeldeformular beigelegt, mit dem die Anschaffung und Installation des eGK-fähigen eHealth-BCS-Kartenterminals vom Praxisinhaber bestätigt werden muss. Die Rücksendung dieses Formulars ist die Voraussetzung für die Erstattung der Finanzierungspauschalen über die Quartalsabrechnung.

### Die häufigsten Fragen im Überblick:

*Wie muss das Einlesen der eGK erfolgen?* Elektronische Gesundheitskarten sind ab 1. Oktober zugelassen. Präsentiert ein Versicherter in der Praxis schon vor dem 1. Oktober eine eGK, muss er gebeten werden, seine bisherige Krankenversichertenkarte (KVK) vorzulegen. Das Einlesen erfolgt analog zum bisherigen Einlesen der KVK einmal im Quartal für alle Abrechnungsarten, auch für Kieferorthopädie. Die Patienten müssen noch keine PIN eingeben. Entsprechende Anwendungen, die dies erfordern, werden erst zu einem späteren Zeitpunkt realisiert.

*Werden die Patientendaten direkt online abgeglichen? Muss das Praxisnetz ans Internet angeschlossen sein?*

Die Patientendaten werden noch nicht mit den Krankenkassen abgeglichen. Dies geschieht zu einem späteren Zeitpunkt (Onlineanbindung). Die KZV geht bisher davon aus, dass ein Zeitraum ab 2015 zu vermuten ist. Das heißt, das Praxisnetz muss nicht an das Internet angeschlossen werden.

*Erstattet die KZV auch anfallende laufende Kosten?* Laufende Kosten

werden von den Krankenkassen nicht erstattet. Mit einer zwingenden Onlineanbindung ist eine Vergütung für jeden Abgleich der Versichertendaten geplant. Die Höhe steht bislang nicht fest.

*Zuschüsse für Kartenlesegeräte werden bis 30. September gewährt. Was bedeutet diese Frist genau?* Für den Anspruch auf die Finanzierungspauschalen gilt das Datum der Bestellung. Es muss vor dem 1. Oktober liegen. Eine Erstattung gibt es bei nachgewiesener Installation. Diese ist auf dem Rückmeldeformular zu vermerken.

*Kann die KZV die Anschaffung eines bestimmten Kartenterminals empfehlen?* Nein. Zum einen darf die KZV aus wettbewerbsrechtlichen Gründen keine Präferenzen aussprechen, zum anderen muss das Terminal mit dem jeweiligen Praxisverwaltungssystem kompatibel sein. Dazu kann nur der Hersteller des Praxisverwaltungssystems Auskunft geben. Eine aktuelle Liste der zugelassenen Terminals steht unter [www.gematik.de](http://www.gematik.de).

*Woran erkenne ich die eGK?* Die eGK unterscheidet sich optisch von der Krankenversichertenkarte. Rechts oben befindet sich die Aufschrift „Gesundheitskarte“. Die eGK trägt ein Foto des Versicherten, wenn dieser über 15 Jahre alt ist. Es kann in seltenen Ausnahmefällen fehlen, wenn dem Versicherten eine Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich war. Für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr wird die eGK im Regelfall nur mit Lichtbild einen gültigen Versicherungsnachweis darstellen.

*Ab wann wird die heutige Krankenversichertenkarte nicht mehr gültig sein?* Auch nach Abschluss des Basis-Rollout bleibt die bisherige Krankenversichertenkarte bis auf Weiteres gültiger Versicherungsnachweis. Der Stichtag, ab dem sie ihre Gültigkeit verliert, wird zu gegebener Zeit auf Bundesebene festgelegt. Die Krankenversichertenkarte kann erst dann für ungültig erklärt werden, wenn sichergestellt ist, dass alle Versicherten eine eGK erhalten haben. Dieser Zeitpunkt ist heute noch nicht absehbar.

KZV



# 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

## Einrichtung einer Praxishomepage

**Inhalt:** Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; Freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); Freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten

**Wann:** 7. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Tabellenkalkulation mit Excel 2007

**Inhalt:** Daten eingeben und bearbeiten; Formeln und Funktionen einfügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten mit Diagrammen

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

## Textverarbeitung mit Word 2007

**Inhalt:** Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief

**Wann:** 12. Oktober, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

**Inhalt:** Gesetzliche und vertragliche Grundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung; Stellung der KZV innerhalb der GKV; neue Prüfvereinbarung in M-V; Ablauf der Verfahren mit Darstellung der verschiedenen Prüfungsarten; Hilfestellung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren betroffen sind, z. B. Vorbereitung auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch professionelle Dokumentation oder Wirtschaftlichkeitsprüfung 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:

- Einrichtung einer Praxishomepage am 7. September, 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, 15 bis 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2007 am 12. Oktober, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

## Patiententourismus mal anders

Wenn in den Medien von Patiententourismus die Rede ist, denkt fast jeder zunächst an die Kur in Tschechien oder die Schönheits-OP am Plattensee. Es gibt aber auch Patienten aus den skandinavischen Ländern, die zur Behandlung nach Schleswig-Holstein kommen. Laut einer Umfrage der ansässigen ZÄK sind dabei:

- für weit mehr als die Hälfte der Praxen dänische Patienten wichtig.
- fast 90 Prozent der Zahnärztinnen und Zahnärzte in den nördlichen Landesteilen sicher, dass die preisgünstigere Behandlung in Deutschland die entscheidende Motivation der dänischen Patienten ist, eine deutsche Zahnarzt-Praxis aufzusuchen.

• Vorteile für dänische Patienten bei einer Behandlung in Deutschland so groß, dass auch Sprachbarrieren ignoriert werden.

• besondere Werbemaßnahmen für den Patienten-Zustrom nicht notwendig.

„Bei aller Freude über die hohe Akzeptanz der deutschen Zahnheilkunde ist die Quintessenz bitter“, so Dr. K. Ulrich Rubehn, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein. „Auch in der privaten Zahnheilkunde ist Deutschland offenbar ein „Billiglohndland“. Das gilt hier im Norden genauso wie beispielsweise im Süden zu Schweiz und Österreich.“

PM ZÄK S-H

# 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



## 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, Greifswald

## 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 wurden den Praxen in Mecklenburg-Vorpommern Ende 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 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 Abendveranstaltung in der Kunsthalle Rostock

**Sonntag, 4. September 2011**

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

# 19. Fortbildungstagung

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

Anzeige

## Freie Allianz der Länder-KVs

### FALK für mehr regionalen Einfluss

Aus einer Initiative von vier Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Freie Allianz der Länder-KVs – kurz: FALK – entstanden.

Die Gründungsmitglieder sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Ba-

der Länder-KVs auf Bundesebene. Im Fokus steht dabei aktuell die Diskussion zum geplanten Versorgungsgesetz, insbesondere im Hinblick auf die Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Ländern.



den-Württemberg (KVBW), Bayerns, (KVB), Hessen (KVH) und Mecklenburg-Vorpommern (KVMV). Ziel des Zusammenschlusses ist eine länderübergreifende Kooperation hinsichtlich wichtiger gesundheits- und versorgungspolitischer Themen sowie eine effektive Vertretung der Interessen

„Man wolle endlich wieder politische Entscheidungen mit gestalten, anstatt sie nur in den Regionen umzusetzen“, so die vier KV-Chefs. Dazu werde FALK unter anderem ein Büro in Berlin einrichten. FALK sei offen für neue Bündnispartner.

KV M-V

# Gruppenprophylaxe der DAJ online

Neue Webseite [www.daj.de](http://www.daj.de) ab sofort im Netz erreichbar

Mehr Service für die Fachöffentlichkeit und die Mitgliedsorganisationen, aktuelle Nachrichten rund um die (Mund-)Gesundheit und übersichtliche Hintergrundinformationen – das bietet [www.daj.de](http://www.daj.de), die neue Webseite der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ). Seit 13. April darf gesurft, recherchiert und heruntergeladen werden, was das neue Portal zu bieten hat.

Als gemeinnütziger, bundesweit tätiger Verein setzt sich die DAJ für die Erhaltung und Förderung der Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen ein. Entsprechend richtet sich die neue Webseite der DAJ in erster Linie an die Fachöffentlichkeit, doch auch Eltern und junge Leute finden Informationen zur Gesunderhaltung der Zähne.

„Wir haben unseren Internet-Auftritt ganz neu gestaltet, um den vielen Akteuren und Multiplikatoren, die sich im ganzen Bundesgebiet um die Gruppenprophylaxe verdient machen, stets aktuelle Anregungen, Vernetzungschancen und Projektideen präsentieren zu können“, erläutert Dr. Oesterreich, derzeit alternierender Vorsitzender der DAJ seitens der Bundeszahnärztekammer. In 378 regionalen Arbeitskreisen für Jugendzahnpflege engagieren sich bundes-

weit rund 15 000 Zahnärztinnen und -ärzte sowie Prophylaxefachkräfte in der Gruppenprophylaxe. Für sie bietet [www.daj.de](http://www.daj.de) beispielsweise in der bereitgestellten Mediendatenbank wertvolle Anregungen für die eigene Arbeit. Im „Markt der Möglichkeiten“, einer Projektdatenbank, können die in der Prophylaxe Tätigen ab sofort auf eigene Projekte aufmerksam machen und sich durch das Tun der Kollegen anderenorts inspirieren lassen. Gestartet wird zunächst mit Projekten zur frühkindlichen Karies, später kommen andere Themenfelder hinzu.

„Gleichzeitig möchten wir mit der neuen Seite auch unseren 40 Mitgliedsorganisationen einen Mehrwert bieten, indem wir in der Rubrik ‚Aktuelles‘ über ein Redaktionssystem regelmäßig kurze Nachrichten und Berichte über das Präventionsgeschehen, Angebote der Mitgliedsorganisationen und die Arbeit der DAJ publizieren“, ergänzt der alternierende Vorsitzende seitens des GKV-Spitzenverbandes Dr. Michael Kleinbrinker. Die vollständig neu gestaltete Seite solle somit die Transparenz für die Fachwelt erhöhen und zum Erfahrungsaustausch in der Gruppenprophylaxe beitragen. Darüber hinaus sei es Ziel der DAJ, mit Hilfe

der Seite auch die aktuellen Bezüge zu den Entwicklungen in anderen Handlungsfeldern zu verstärken, mit denen die Gruppenprophylaxe eng verknüpft ist – das Bildungswesen, die Kinder- und Jugendhilfe sowie andere Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Doch nicht nur der Fachöffentlichkeit, auch Eltern und Jugendlichen hat die Seite etwas zu bieten: beispielsweise Antworten auf häufig gestellte Elternfragen oder ein Glossar, das Fachbegriffe aus der Welt der zahnmedizinischen Prophylaxe erklärt.

Ab sofort hofft die DAJ nicht nur auf einen virtuellen Besucher-Ansturm, sondern auch auf redaktionelle Hinweise zur Ergänzung der Medien- und Projektdatenbanken sowie Anregungen zur Weiterentwicklung des Portals, das – wie es sich für die neuen Medien gehört – natürlich stets dynamisch bleiben wird.

## Kontakt:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)  
Bettina Berg, Geschäftsführerin  
Bornheimer Str. 35 a, 53111 Bonn  
Tel.: 02 28-8 54 06 36-0  
Fax: 02 28-8 54 06 36-4  
[info@daj.de](mailto:info@daj.de)  
[www.daj.de](http://www.daj.de)

## Gewinnen mit „Farbe“

Fotowettbewerb zum Deutschen Zahnärztetag 2011 / Einsendeschluss 15. Oktober

Farbe beeinflusst das Leben wie kaum ein anderer Sinneseindruck. Farben sprechen emotional an, das dunkle Blau des Himmels im Gebirge ebenso wie das Rot des Sonnenunter-



gangs. Manche Farben regen an, andere beruhigen. Farben werden verwendet, das Aussehen zu verbessern und das Verhalten zu beeinflussen.

Für den Zahnarzt ist es eine Herausforderung, die richtige Farbe seiner Restaurationen zu finden. Farbe steht daher im Mittelpunkt des diesjährigen Fotowettbewerbs der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

(DGZMK). Teilnehmen kann jeder. Eingereicht werden sollten eine bis maximal drei Abbildungen im Format 30 x 40 cm, zusätzlich die Bilddatei in einer Größe von ca. 1024 x 768 Pixeln. Ausdruck und Datei können an das Büro der DGZMK in Düsseldorf gesandt werden ([dgzmk@dgzmk.de](mailto:dgzmk@dgzmk.de); Liesegangstraße 17a, 40211 Düsseldorf).

Wie auch in den Vorjahren stehen wertvolle Sachpreise zur Verfügung. Eine Jury wird die Siegerbilder ermitteln. Einsendeschluss ist der 15. Oktober 2011.

Der diesjährige Fotowettbewerb steht unter dem Thema „Farbe“, wobei der Bildinhalt natürlich nicht auf die Zahnfarbe begrenzt ist. **DGZMK**

# Das Einschleifen des natürlichen Gebisses

## Abrechnungen nach BEMA-Nr. 108; Bewertungszahl: 6

### Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kau- ebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung

#### BEMA-Bestimmungen:

Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.

Die BEMA-Nr. 108 – *Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kau-  
ebenenausgleich und zur Entlastung* – ist Bestandteil des BEMA Teil 4 und dadurch im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung über den PAR-Plan berechenbar.

Dennoch besteht im KZV-Bereich Mecklenburg-Vorpommern die Möglichkeit, das Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kau-ebenenausgleich und zur Entlastung in Ausnahmefällen als *alleinige konservierende Leistung* über den BEMA Teil 1 abzurechnen.

Deshalb wird in diesem Beitrag nicht die Abrechnung der BEMA-Nr. 108 im Rahmen der PAR-Therapie erläutert, sondern die anwendbare Berechnung in KCH.

Die Möglichkeit zur Berechnung der Nr. 108 außerhalb der PAR-Behandlung festigte der Vorstand der KZV M-V am 21. August 1996 mit einem Beschluss, der sich insbesondere auch mit der Einführung des KCH-Datenträgeraustauschs ab dem 1. Januar 1997 als notwendig erwies. Dieser Beschluss wurde am 14. März

2001 noch einmal vom Vorstand manifestiert, unter anderem auch aus dem Grund, dass die KZV M-V von der KZBV im Januar 2001 die Information erhielt, dass die Arbeitsgemeinschaft gem. § 22 VdAK/AEV-Vertrag in ihrer im Januar 2001 stattfindenden Sitzung, auf der u. a. Auslegungen zu Zweifelsfragen des BEMA besprochen wurden, einem Beratungsergebnis zugestimmt hat, dass die BEMA-Nr. 108 auch außerhalb einer systematischen PAR-Behandlung berechnet werden kann, z. B. zur Beseitigung einer traumatischen Okklusion, die keine systematische PAR-Behandlung erfordert und dass diese Leistung dann auf dem konservierenden Abrechnungsschein abgerechnet werden kann.

Aus diesen vorgenannten Gründen hat der Vorstandsbeschluss vom 26. August 1996 weiterhin Bestandskraft.

Entsprechend dieses Beschlusses kann somit die BEMA-Nr. 108 als alleinige Leistung zum Einschleifen des natürlichen Gebisses abgerechnet werden, wenn Erkrankungen der Mundschleimhaut und Okklusionsstörungen als Vorstufe zur Parodontitis vorliegen und keine systematische Parodontalbehandlung durchgeführt wird.

Der Kau-ebenenausgleich erfolgt durch Einschleifen an den okkludierenden bzw. artikulierenden Flächen der Zähne mittels geeigneter Schleifwerkzeuge.

Das Auffinden der zu entfernenden Stellen ist in der Regel schwierig. Nach BEMA-Nr. 108 geschieht dies auf Basis visueller und/oder taktiler

klinischer Kontrolle direkt im Mund.

Durch diese vorbeugenden Einschleifmaßnahmen wird verhindert, dass eine sich entwickelnde Parodontitis weiter voranschreiten kann.

Wird jedoch zu Behandlungsbeginn eine entsprechende Modellanalyse durchgeführt, auf deren Grundlage ein systematisches Einschleifprogramm entwickelt wird, so handelt es sich um eine funktionsanalytische bzw. -therapeutische Maßnahme, die nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern eine Privatleistung ist.

Des Weiteren ist die BEMA-Nr. 108 nicht abrechnungsfähig:

- je Zahn
- mehrmals je Sitzung
- im Zusammenhang mit konservierenden Leistungen
- im Zusammenhang mit prothetischen Leistungen
- im Zusammenhang mit chirurgischen Leistungen
- für das Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss – Kfo-Nr. 124
- für das Einschleifen von Aufbissbehelfen – KBR-Nr. K8

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 108 als *alleinige konservierende Leistung* erfolgt auf dem Erfassungsschein, der Diskette oder für EDV-Abrechner, die papierlos abrechnen, entsprechend den Vereinbarungen mit der KZV M-V. Das Datum der Sitzung und die Leistung sind anzugeben. **Elke Köhn**

## Endodontie im Milchgebiss

### Wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)

#### Präambel

Die vorliegende wissenschaftliche Mitteilung zielt auf die Beschreibung der Indikationen, Kontraindikationen und relevanten klinischen Arbeitsschritte endodontischer Behandlungsverfahren am Milchzahn ab. Das Spektrum umfasst Maßnahmen, die dem Schutz der vitalen Pulpa dienen (Caries-profunda-Therapie), die Vitalität der exponierten Pulpa

sicherstellen (direkte Überkappung, Pulpotomie) oder auf eine Wurzelkanalbehandlung abzielen (Pulpektomie mit nachfolgender Wurzelkanalfüllung).

#### Indikationen und Kontraindikationen

Milchfrontzähne und -molaren sichern eine normale Gebissentwicklung, die Kaufunktion, die Phonetik

und ein ästhetisch ansprechendes Erscheinungsbild des Kindes, sodass ihr Erhalt bis zur physiologischen Exfoliation als Therapieziel anzustreben ist. Dieses Ziel steht im Kontext mit

- der allgemeinmedizinischen Anamnese,
- dem Alter des Kindes,
- der Kooperations- und Behandlungsfähigkeit des Kindes und der

- damit assoziierten Behandlungsstrategie (Lokalanästhesie, Sedierung, Allgemeinanästhesie),
- dem Umfang der Gebisszerstörung und dem Behandlungsaufwand,
  - der Wertigkeit des behandlungsbedürftigen Zahnes in Bezug zur Gebissentwicklung,
  - der Restaurierbarkeit des Zahnes,
  - der Umsetzung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen im häuslichen Umfeld,
  - der Wahrnehmung von Recallterminen und
  - den Interessen bzw. Wünschen der Eltern.

Bei allgemein-medizinisch gesunden Patienten wird die Indikationsstellung durch die klinische und ggf. ergänzende röntgenologische Untersuchung bestimmt. Grundsätzlich sind alle endodontischen Maßnahmen nur indiziert, wenn der Zahn in Form und Funktion restaurierbar und sein Erhalt bis zur physiologischen Exfoliation möglich ist. Die endodontische Behandlung sollte nach Möglichkeit unter Kofferdam erfolgen (AAPD 2009). Eine adäquate Schmerzausschaltung ist unumgänglich. Die Indikation für alle endodontischen Maßnahmen setzt immer eine sorgfältige präoperative Diagnostik voraus. Dabei stehen die anamnestische Befragung der Eltern und des Kindes sowie die klinische Untersuchung (Detektion von perkussions- und druckempfindlichen Milchzähnen, Fisteln, Schwellungen etc.) im Vordergrund. Da die Aussagekraft von Sensibilitätestests im Kleinkindalter Limitationen unterliegt, gewinnt dieser Befund erst mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Bei Kleinkindern ist ebenso deren Kooperationsfähigkeit zur Durchführung der Röntgendiagnostik zu berücksichtigen.

Aufgrund des abnehmenden Reparaturspotenzials der Milchzahnpulpa mit fortschreitender physiologischer Wurzelresorption scheinen Maßnahmen zur Zahnerhaltung bei Resorptionen in der Regel von mehr als einem Drittel der Wurzellänge nicht mehr indiziert. Radiologisch nachweisbare apikale, interradikuläre, externe und interne Resorptionen stellen eine Indikation zur Extraktion des Milchzahnes dar.

Unabhängig von therapeutischen Entscheidungen für den Einzelzahn ist bei Patienten mit einer umfangreichen Gebissdestruktion die Indikation für aufwändige, endodontische Behandlungsmaßnahmen kritisch zu

prüfen. Dies betrifft insbesondere Patienten mit multiplen, tief kariös zerstörten Milchzähnen, bei denen trotz intensivprophylaktischer Betreuung das Kariesrisiko nicht gesenkt werden konnte.

Patienten mit unterschiedlichen Allgemeinerkrankungen unterliegen spezifischen Risiken, die bei der Indikation endodontischer Behandlungsmaßnahmen zu berücksichtigen sind. Die Indikationsstellung ist kritisch abzuwägen, wenn diese nur in Sedierung bzw. Allgemeinanästhesie durchgeführt werden können. Eine solche Therapie sollte mindestens für ein Jahr eine erneute Behandlung in Sedierung bzw. Allgemeinanästhesie ausschließen (Dougherty 2009). Dies betrifft insbesondere Patienten mit einem erhöhten Endokarditisrisiko, mit einem erhöhten Infektionsrisiko in Phasen der Immunsuppression, mit Blutgerinnungsstörungen und mit Schwer- bzw. Schwerstbehinderungen, da ein Misserfolg mit einem erhöhten Infektionsrisiko bzw. allgemeinmedizinischen Behandlungsaufwand einhergeht (Messieha 2009).

### Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa (Caries-profunda-Therapie)

Maßnahmen zum Schutz und zur Vitalerhaltung der Milchzahnpulpa sind indiziert, wenn das pulpanah Dentin infolge einer Karies oder eines Traumas exponiert wurde. Ziel der konservativen Behandlung des Dentin-Pulpa-Komplexes ist die Förderung der Reparationsleistung (Reparations- oder Tertiärdentinbildung) der vitalen, symptomlosen Milchzahnpulpa, um sich gegen den kariösen Prozess abzugrenzen (Coll 2008, Fuks 2008). Prognostisch relevante Aspekte, die nach dem gegenwärtigen Wissensstand diskutiert werden, sind:

**1. Kariesexkavation.** Während in den vergangenen Jahrzehnten die vollständige Kariesexkavation (harter, unverfärbter Kavitätenboden, Sondenklirren) unstrittig war, wird jüngst ein zurückhaltendes Vorgehen diskutiert, um eine Exposition der Pulpa zu vermeiden (Bjørndal 2008a, Kidd 2004, Ricketts et al. 2008). Bei Sicherstellung eines dichten Kavitätenverschlusses kann kariös-erweichtes Dentin in pulpanahen Arealen belassen werden (AAPD 2009, Büyükgüral und Cehreli 2008, Bjørndal 2008b, Coll 2008, Duque et al. 2009, Lula et al. 2009, Orhan et al. 2008). Da es ge-

genwärtig keinen (inter)nationalen Konsens zum Endpunkt der Kariesexkavation gibt, wird empfohlen, diesen unter Berücksichtigung der Läsionsaktivität zu definieren. Bei aktiven Dentinläsionen (feuchtes, erweichtes, gering verfärbtes Dentin) wird eine ledrige Dentinkonsistenz als Endpunkt der Kariesexkavation akzeptiert. Bei Vorliegen einer chronischen Karies (braun bis schwarz verfärbtes Dentin) ist es ausreichend, die Karies bis zum harten, dunkel verfärbten Kavitätenboden zu exkavieren. Der einzeitigen Kariesexkavation wird heute gegenüber dem zweizeitigen Vorgehen mit der Wiedereröffnung der Kavität und Entfernung der Restkaries aus mikrobiologischer, pulpahistologischer und klinisch-praktischer Sicht der Vorzug eingeräumt (Gruythuysen et al. 2010, AAPD 2009, Duque et al. 2009, Lula et al. 2009, Orhan et al. 2008, Büyükgüral und Cehreli 2008, Bjørndal 2008b, Coll 2008, Rodd et al. 2006). Die Kavitätenränder müssen unabhängig von der Wahl des definitiven Füllungs-materials im kariesfreien Schmelz bzw. Dentin liegen.

**2. Restdentinstärke** am Kavitätenboden. Die Restdentinstärke des Kavitätenbodens ist ein Indikator für den Behandlungserfolg. Eine geschätzte Dentindicke von 0,5 bis 1,0 mm ist prognostisch günstig, während eine geringere Restdentinstärke („schimmernde“ Pulpa) ungünstig bewertet wird (Heinrich et al. 1991, Murray et al. 2003). In diesen Fällen ist die Pulpotomie indiziert.

**3. Pulpaschutz** = dichter Kavitätenverschluss. Die Applikation eines Kalziumhydroxid-Präparates am Kavitätenboden zielt auf die Neutralisation mikrobieller Säuren, antibakterielle Wirkung und Stimulation der Tertiärdentinbildung ab (Duque et al. 2009, Lula et al. 2009, Büyükgüral und Cehreli 2008, Orhan et al. 2008, Pinto et al. 2006, Kidd 2004, Heinrich et al. 1991). Jüngste klinisch-kontrollierte Studien relativieren jedoch die Notwendigkeit eines Pulpaschutzes auf Kalziumhydroxidbasis und verweisen auf die prioritäre Bedeutung des dichten Kavitätenverschlusses (Casagrande et al. 2010 und 2009, AAPD 2009, Duque et al. 2009, Gruythuysen et al. 2010, Büyükgüral und Cehreli 2008, Marchi et al. 2006). Daher sollte der Zahn bevorzugt mit

einer direkten (adhäsiven) Füllung versorgt werden (Rodd et al. 2006, AAPD 2009). Im Fall von ausgedehnten Hartschubstanzdefekten kann der Zahn mit einer konfektionierten Krone restauriert werden.

Die klinisch-röntgenologische Erfolgsrate für die indirekte Pulpaüberkappung (Cariesprofunda-Therapie) wird mit > 90 Prozent nach mehrjähriger Beobachtungszeit (24 bis 50 Monate) angegeben (Gruythuysen et al. 2010, Coll 2008).

### Direkte Überkappung

Die Indikation zur direkten Überkappung ist im Milchgebiss auf die punktförmige Freilegung der klinisch symptomlosen Pulpa im kariessfreien Dentin begrenzt. Dabei wird die nicht blutende Eröffnungsstelle mit MTA [Mineral Trioxide Aggregate] (Parirokh und Torabinejad 2010a, 2010b, Torabinejad und Parirokh 2010, AAPD 2009, Steffen und van Waes 2009, Rodd et al. 2006) oder einer wässrigen Kalziumhydroxid-Suspension (AAPD 2009, Kopel 1997) überkappt und anschließend der Zahnhartschubstanzdefekt wie oben beschrieben restauriert.

### Pulpotomie (Vitalamputation)

Die Pulpotomie (Vitalamputation) ist bei der Exposition der klinisch symptomlosen Pulpa im kariösen Dentin indiziert. Sie zielt auf die Vitalerhaltung der radikulären Pulpa unter Ausbildung einer Hartgewebsbrücke zwischen Pulpa und Wundverband ab. Zum Ausschluss periradikulärer Entzündungen und pathologischer Resorptionen wird die Anfertigung einer diagnostischen Röntgenaufnahme (Zahnfilm) empfohlen. Der klinische Behandlungsablauf gliedert sich in nachfolgende Arbeitsschritte:

1. Im Anschluss an die Kariesexkavation und Präparation der Zugangskavität erfolgt die Entfernung der koronalen Milchzahnpulpa. Zur Amputation wird die Verwendung rotierender Instrumente unter Wasserkühlung oder scharfer Exkavatoren empfohlen (Rodd et al. 2006, AAPD 2009).
2. Um eine Blutstillung zu erreichen und die Ausbildung eines Blutkoagulum an der Amputationswunde zu verhindern, hat sich die Applikation von Eisen(III)sulfat für etwa 30 Sekunden klinisch bewährt (Papagiannoulis 2002, Fuks 2008). Im Fall einer nicht stillbaren Blutung ist der Extraktion oder Pulpektomie

- der Vorzug zu geben.
3. Zur Induktion einer hartgewebigen Reparatur (Bridging) wird die Applikation eines MTA-Zementes (Peng et al. 2006, Parirokh und Torabinejad 2010a, 2010b, Torabinejad und Parirokh 2010, Simancas-Pallares et al. 2010, Steffen und van Waes 2009) oder einer wässrigen Kalziumhydroxid-Suspension (Kopel 1997, Waterhouse et al. 2000a) als Wundverband empfohlen. Die Anwendung formokresol-, formaldehyd- oder glutaraldehydhaltiger Präparate zur Pulpotomie ist aufgrund der nachgewiesenen Mutagenität, Kanzerogenität und Toxizität sowie aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes kontraindiziert (IARC 2006, Patchett et al. 2006).

4. Nach Applikation des biokompatiblen Wundverbandes und einer adäquaten Unterfüllung wird der Zahn in Abhängigkeit von der Ausdehnung des Zahnhartschubstanzdefektes direkt restauriert oder mit einer konfektionierten Krone versorgt. Ein dichter Kavitätenverschluss ist für den Behandlungserfolg prioritär (Waterhouse et al. 2000b).

Die klinisch-röntgenologischen Erfolgsraten für die Vitalamputation werden mit etwa 80 bis 90 Prozent nach einer Beobachtungszeit von zwei Jahren angegeben (Huth et al. 2005, Fuks und Papagiannoulis 2006, Nadin et al. 2008).

### Wurzelkanalbehandlung am Milchzahn

Die Wurzelkanalbehandlung am Milchzahn ist bei einer irreversiblen Pulpitis und seltener bei einer nekrotischen Pulpa bzw. einem infizierten Kanalsystem indiziert. Das Verfahren setzt einerseits ein abgeschlossenes Wurzelwachstum voraus; andererseits stellen neben apikalen und interradikulären Entzündungen physiologische Resorptionen mit Eröffnung des radikulären Pulpakavums Kontraindikationen dar (Rodd et al. 2006). Die Indikation setzt daher eine präoperative Röntgendiagnostik voraus. Die Wurzelkanalbehandlung ist an einwurzeligen Milchschneide- und Milcheckzähnen aufgrund der regulären Wurzelkanalanatomie im Vergleich zu Milchmolaren prognostisch günstiger einzuschätzen.

Die akzeptierten endodontischen Standards für den bleibenden Zahn sind aufgrund der anatomischen Be-

sonderheiten im Milch- und Wechselgebiss (enge Nachbarschaft zwischen Milchzahnwurzel und bleibendem Zahnkeim, stark gekrümmte und grazile Wurzeln der Milchmolaren, geringes Wurzelkanallumen etc.) nur modifiziert auf den Milchzahn übertragbar. Der klinische Behandlungsablauf umfasst nachfolgende Arbeitsschritte:

1. An die Pulpaexstirpation schließt sich die endometrische und/oder röntgenologische Bestimmung der endodontischen Arbeitslänge an, um eine Überinstrumentierung zu vermeiden (Ghaemmaghami et al. 2008). Die Arbeitslänge sollte 1 bis 2 mm vor dem röntgenologischen Apex enden (Rodd et al. 2006).

2. Zur Reinigung und Desinfektion des Wurzelkanalsystems wird aufgrund der gewebsauflösenden und antibakteriellen Eigenschaften Natriumhypochlorit empfohlen. Der Zutritt der desinfizierenden Spülflüssigkeit muss bis in den apikalen Wurzelkanalabschnitt sichergestellt sein. Aufgrund der geringen Wurzelkanalwandstärken besonders im apikalen Wurzelbereich kommt der mechanischen Kanalreinigung eine nachgeordnete Bedeutung zu.

3. Zur Wurzelkanalfüllung muss – außer bei Aplasie des nachfolgenden permanenten Zahnes – immer ein resorbierbares Wurzelkanalfüllmaterial verwendet werden. Dazu eignen sich Kalziumhydroxid-Jodoform-Pasten (Jod-Allergien sind vorher auszuschließen), wässrige Kalziumhydroxid-Suspensionen und Sealer auf Kalziumsalicylat-Basis (Rodd et al. 2006).

4. Nach der Wurzelkanalfüllung ist eine röntgenologische Kontrollaufnahme indiziert.

5. In Abhängigkeit vom Umfang des Zahnhartschubstanzdefektes wird der Zahn mit einer direkten Füllung oder konfektionierten Krone versorgt (Rodd et al. 2006, AAPD 2009).

Die klinisch-röntgenologischen Erfolgsraten der Wurzelkanalbehandlung werden mit 31 bis 96 Prozent angegeben (Ng et al. 2007). Der umfangreiche und sensitive klinische Arbeitsablauf sowie die oftmals mangelnde Kooperationsfähigkeit kindlicher Patienten schränken die Indikation und Prognose des Verfahrens ein (Ng et al. 2008).



## Notfallsituationen

Der kindliche Patient mit symptomatischen apikalen Parodontitiden oder Abszedierungen ist aufgrund der meist reduzierten Kooperationsbereitschaft eine Herausforderung für den Zahnarzt. Die Kausaltherapie besteht in der Exaktion des betreffenden Milchzahnes. Ist diese im Rahmen der Notfallbehandlung nicht möglich, stellen die Trepanation des schuldigen Zahnes, die antibiotische Abschirmung und/oder analgetische Maßnahmen symptombezogene Therapiemaßnahmen dar. Eine Inzision ist indiziert, wenn eine umgehende Zahnextraktion bei fluktuierenden Entzündungsprozessen bzw. Logenabszessen nicht vorgenommen werden kann. Diese Maßnahmen der Notfallbehandlung stellen temporäre Kompromisslösungen dar, da sie ausschließlich auf die Chronifizierung akut entzündlicher Prozesse und die Beschwerdefreiheit des Kindes abzielen.

Die kausale Therapie (Exaktion) muss sich anschließen, sobald die klinischen Bedingungen dies erlauben. Bei odontogenen Infektionen und Abszessen folgt die Wahl des oralen Antibiotikums den aktuellen Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (Lode et al. 2006, Scholz et al. 2002). Antibiotikum der ersten Wahl ist bei Kindern <6 Jahren ein Phenoxymethylpenicillin (Scholz et al. 2002). Bei Schulkindern und Jugendlichen wird bei odontogenen Abszessen die Kombination eines Aminopenicillins und eines Beta-Laktamase-Inhibitors (Clavulansäure) empfohlen (Lode et al. 2006, Al-Nawas 2002). Bei Kindern mit progredienten Entzündungsverläufen, Phlegmonen, Logenabszessen und/oder einem reduzierten Allgemeinzustand (Fieber etc.) sind die systemische Antibiose und stationäre Aufnahme i. d. R. das Vorgehen der Wahl.

## Exaktion nicht erhaltungsfähiger Milchzähne

Avitale, fistelnde oder mit einer apikalen Parodontitis assoziierte ebenso wie nicht restaurationsfähige Milchzähne sind zu extrahieren, um Exazerbationen, rezidivierende Abszedierungen und die Entstehung von Strukturanomalien (Turnerzähnen) an den Zahnkeimen der Permanenten zu vermeiden. Für die differenzierte Beurteilung der Notwendigkeit eines Lückenhalters im Fall eines vorzeitigen Milchzahn-

verlustes wird auf die wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK zu dieser Thematik verwiesen (Harzer et al. 2004).

### Literatur kann abgefordert werden.

Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder-

zahnheilkunde (DGK): PD Dr. Jan Kühnisch, Ludwig-Maximilians-Universität München; Prof. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien, Universitätsklinikum Jena

Für die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ): Prof. Dr. Edgar Schäfer, Universitätsklinikum Münster

# Service der KZV

## Nachfolger gesucht

Gesucht wird ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis in Plau am See** im Planungsbereich Ludwigslust.

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](mailto: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 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 Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes), Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang), Verzicht auf die Zulassung

Interessenten erfahren Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. (Telefon 0385-54 92-130 oder unter: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de)).

## Zulassung

Dr. med. dent. Antje Neesen, Zahnärztin, Knieperdamm 47, 18435 Stralsund

Kathrin Latendorf, Zahnärztin, Lesingstraße 4, 17235 Neustrelitz

## Ende der Niederlassung

Martina Wittdorf-Roloff, niedergelassen als Kieferorthopädin seit dem 1. April 1991 in 19053 Schwerin, Bleicherufer 13, beendet am 30. Juni ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

KZV

## Hartmut Kilger neuer ABV-Vorsitzender

Rechtsanwalt Hartmut Kilger (Tübingen) wurde von der 33. Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) in Berlin zum neuen Vorsitzenden des Vorstandes gewählt.

Der bisherige Vorsitzende, RA Dr. Ulrich Kirchhoff (Celle), war am 12. März aus gesundheitlichen Gründen von seinem Amt zurückgetreten. Stellvertretende Vorsitzende der ABV, die die Interessen von 89 berufsständischen Versorgungswerken für die Angehörigen der verkammerten Freien Berufe (Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater bzw. Steuerbevollmächtigte, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer, Zahnärzte sowie Ingenieure und Psychotherapeuten) vertritt, bleiben der Apotheker Karl-August Beck (Fürth) und der Zahnarzt Dr. Helke Stoll (Eilenburg). ABV

# Kardiopulmonale Reanimation – Hauptsache heftige Herzmassage

## Die neuen Leitlinien des European Resuscitation Council

Die neuen Leitlinien des European Resuscitation Council empfehlen, die Eindringtiefe und die Frequenz der Herzmassage zu erhöhen. Zudem sollten Medikamente ausschließlich intravenös oder intraossär verabreicht werden.

Am 18. Oktober veröffentlichte das European Resuscitation Council (ERC) die aktualisierten Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation (CPR). Sie basieren auf den Empfehlungen eines weltweiten Expertengremiums (International Liaison Committee on Resuscitation, ILCOR), das kontinuierlich alle wissenschaftlichen Studien zur CPR diskutiert und bewertet. Diese Empfehlungen werden dann vom ERC unter Berücksichtigung der regionalen, das heißt europäischen Gegebenheiten in konkrete Leitlinien umgesetzt.

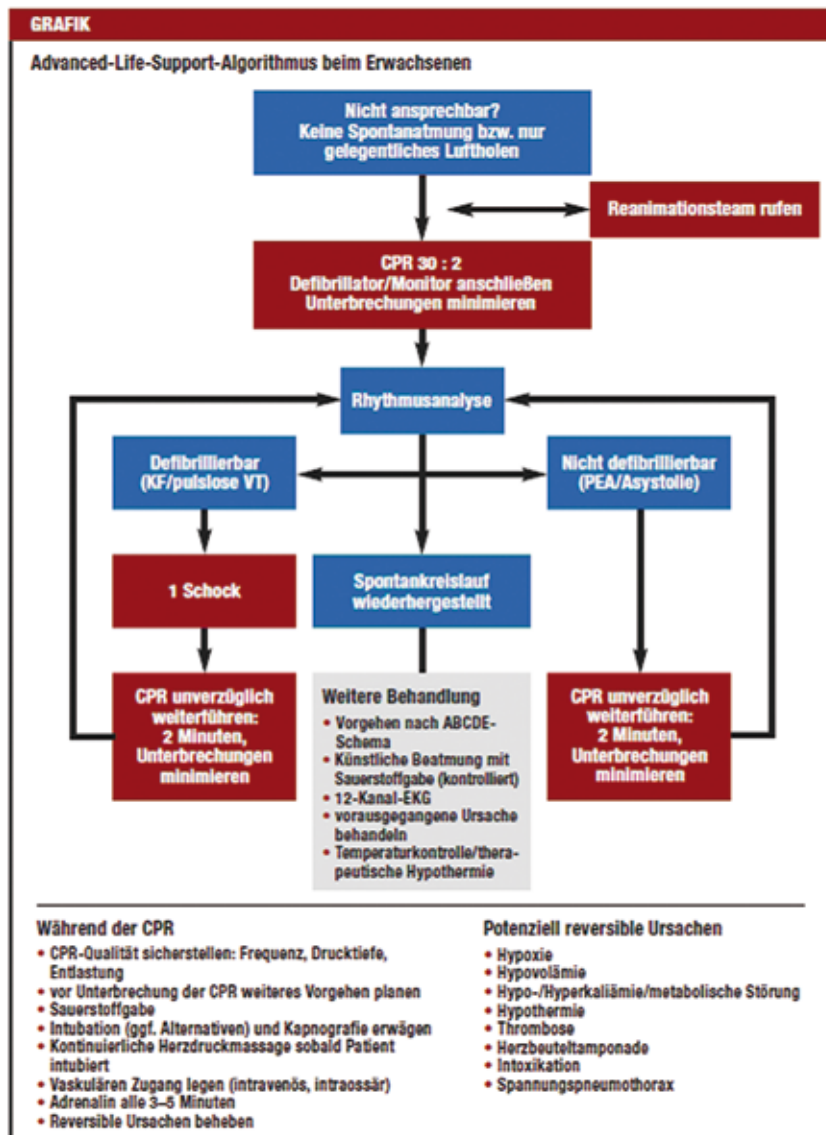
Die neuen Leitlinien folgen in vielen Punkten dem Duktus der vorherigen Version aus dem Jahr 2005, im Detail gibt es jedoch einige Unterschiede. 2005 lautete das Fazit der damaligen CPR-Leitlinien „Hauptsache Herzmassage“ (Dtsch. Ärztebl. 2006; 103(26): A1796–8). Nur durch kontinuierliche und effektive Thoraxkompressionen („push hard and fast“) lässt sich eine ausreichende zerebrale und myokardiale Durchblutung erreichen, ohne die an eine erfolgreiche Wiederbelebung des Patienten nicht zu denken ist (Abbildung). Alle anderen therapeutischen Maßnahmen stehen hinter den Thoraxkompressionen zurück.

Die neuen Leitlinien bestätigen diesen Grundsatz nun erneut. „Push hard“ fordert nun – das ist neu – eine Eindringtiefe von fünf bis sechs cm (2005: vier bis fünf cm), „push fast“

eine Frequenz von 100 bis 120 pro Minute (2005: 100 pro Minute). Unverändert im Vergleich zu 2005 liegt das Kompressions-zu-Ventilations-Verhältnis beim nichtintubierten Patienten bei 30:2.

Die Autoren der Leitlinien legen großen Wert darauf, dass Unterbrechungen der Thoraxkompressionen auf ein Minimum zu beschränken sind, so etwa beim elektrischen Defibrillationsversuch jetzt nur noch während der Schockabgabe, keinesfalls aber während des Aufladens des Defibrillators. Alle zwei Minuten sollte die Person ausgewechselt werden, die die Thoraxkompressionen durchführt. Dadurch kann einer Abnahme der Kompressionsqualität infolge körperlicher Erschöpfung vorgebeugt werden.

Im Gegensatz zur Version aus 2005 verlangen die neuen Leitlinien



CPR = Cardiopulmonare Reanimation; KF = Kammerflimmern, VT = ventrikuläre Tachykardie; PEA = pulslose elektrische Aktivität, ABCDE-Schema = Atemwege, (Be-)Atmung, Circulation (Kreislauf), Drug (Neurologie), Exploration

vor dem ersten Defibrillationsversuch keine Thoraxkompressionen über eine definierte Zeitdauer. Auch bei unbeobachtetem Herz-Kreislauf-Stillstand wird die elektrische Defibrillation frühestmöglich versucht, sobald das Vorliegen eines defibrillierbaren Rhythmus (Kammerflimmern, ventrikuläre Tachykardie) verifiziert wurde. Selbstverständlich muss der Patient entsprechend der Basismaßnahmen reanimiert werden, bis der Defibrillator verfügbar ist. Anders als 2005 wird in den neuen Leitlinien die Medikamentengabe über den Endotrachealtubus nicht mehr empfohlen. Medikamente sollten ausschließlich intravenös oder intraossär verabreicht werden, da die Resorption über das Bronchialsystem zu unzuverlässig ist. Ebenfalls nicht mehr empfohlen wird der Einsatz

von Atropin bei der Asystolie oder pulslosen elektrischen Aktivität. Die verfügbare Evidenz zu dessen Wirksamkeit ist wenig belastbar, nur bei der symptomatischen Bradykardie behält Atropin seinen Stellenwert.

Unverändert ist die Empfehlung zur Thrombolyse während der CPR, wenn eine Lungenarterienembolie vermutet wird.

Neu ist eine differenzierte Betrachtung der Sauerstoffapplikation. Während der eigentlichen CPR soll der Patient mit 100 Prozent Sauerstoff beatmet werden. Nach Wiederherstellung eines Spontankreislaufs ist jedoch eine Reduktion der inspiratorischen Sauerstofffraktion anzustreben, Ziel ist eine Sauerstoffsättigung des arteriellen Bluts von 94 bis 98 Prozent. Eine Hyperoxämie führt

über die vermehrte Radikalbelastung möglicherweise zu einer Verschlechterung des Outcomes.

Ebenfalls überarbeitet wurden die Empfehlungen zur Blutzuckertherapie nach Herz-Kreislauf-Stillstand. Eine zu enge Einstellung durch intensivierete Insulintherapie wird nun abgelehnt, da das Risiko für eine weitere zerebrale Schädigung durch unerkannte Phasen der Hypoglykämie zu hoch ist. Lediglich Blutglukosewerte über 180 mg/dl sollten gesenkt werden.

Bestätigt wurde die Empfehlung zur therapeutischen Hypothermie in praktisch allen Fällen, wenn der Patient unmittelbar nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand komatös ist. Zwar existieren nur für erwachsene Patienten mit außerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand und defibrillierbaren Rhythmen im initialen EKG große randomisierte klinische Studien (Number needed to treat = 6). Es erscheint jedoch plausibel, dass auch Patienten nach innerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand, Patienten mit initial nichtdefibrillierbaren Rhythmen und auch Kinder von der therapeutischen Hypothermie profitieren. Neu aufgenommen in die Leitlinien wurde die Empfehlung zum Einsatz der Hypothermie beim Neugeborenen nach peripartaler Asphyxie.

### Fazit:

Nach fünf Jahren hat das ERC seine Leitlinien zur Reanimation am 18. Oktober 2010 erneut aktualisiert. Die konsequente Umsetzung der Vorgängerversion führte in Studien zu einer messbaren Verbesserung des Überlebens nach Herz-Kreislauf-Stillstand. Dieser Weg wird weiter beschritten, und er wird bestätigt durch die nun gültigen Leitlinien, deren Tenor noch verstärkt wurde: Hauptsache heftige Herzmassage.

Andreas Schneider  
Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger  
Klinik für Anästhesiologie und Operative  
Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Köln  
E-Mail: andreas.schneider\_@uk-koeln.de

Wir danken für die freundliche Nachdruckgenehmigung. Quelle: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 42 | 22. Oktober 2010

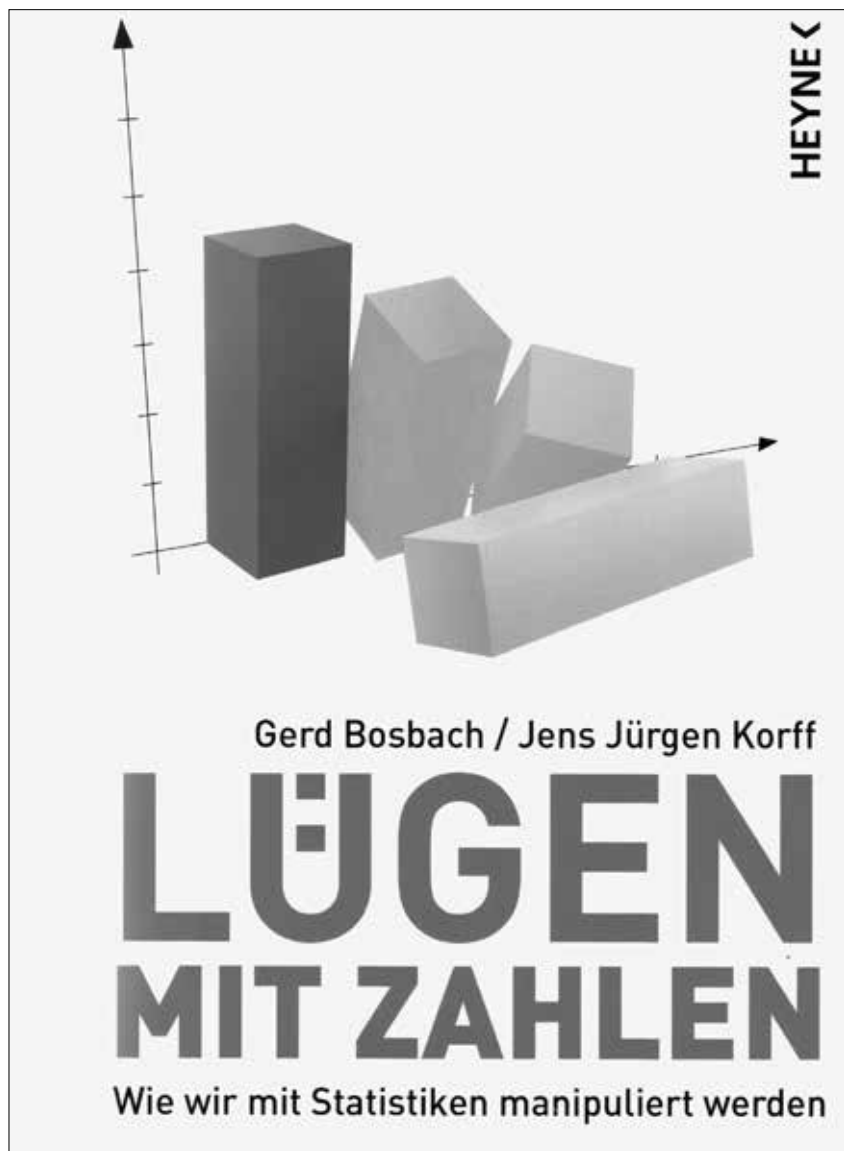
Literatur  
European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.  
www.erc.edu

# Lügen mit Zahlen:

Wie wir mit Statistiken manipuliert werden / Von Gerd Bosbach, Jens Jürgen Korff

Wie kommen die glatten Trends in den Wahlprognosen zustande? Gibt es wirklich eine Kostenexplosion

im Gesundheitswesen und was ist von den blumigen Versprechen der privaten Altersvorsorge zu halten?



Originalausgabe, Paperback, Klappenbroschur, 320 Seiten mit Grafiken, ISBN: 978-3-453-17391-0, Preis: 18,99 Euro, Heyne Verlag

Anzeige

Der Statistik-Professor von der Fachhochschule Koblenz, Gerd Bosbach, ist zusammen mit Jens Jürgen Korff diesen und anderen Fragen nachgegangen und hat ein Buch veröffentlicht, das gut verständlich und witzig geschrieben ist. Aus seiner Zeit beim Statistischen Bundesamt und mehrjähriger Arbeit für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung weiß er, wovon er spricht. Zahlen und Statistiken sind was Genaues. So klingt es gut, wenn ein Politiker verkündet, 1000 neue Lehrer einzustellen. Gleichzeitig verschweigt er aber, dass 2000 bisherige Lehrer entlassen oder vorzeitig in Rente geschickt werden. Grafiken und Statistiken können alles und jederzeit das Gegenteil davon beweisen.

Es geht darum, denjenigen nicht auf den Leim zu gehen, die mit Zahlen absichtlich tricksen.

Ein Beispiel: die angebliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Die Ausgaben für Gesundheit sind in den letzten zwanzig Jahren nicht stärker gestiegen als die Konsumausgaben der Deutschen. Wildwuchs des Sozialstaates? Fehl-anzeige. Die Einnahmen der Krankenkassen sind im gleichen Zeitraum zurückgegangen, weil Löhne und Gehälter schwächer gestiegen sind als das Bruttoinlandsprodukt und der Anteil der Arbeitslosen und Hartz-IV-Empfänger immer größer wurde. „Das Finanzierungsproblem der Krankenkassen liegt also auf der Einnahmenseite“, stellt Bosbach im Buch fest. Sein Fazit: Die Zahlen der Politik genau prüfen. „Wenn die Krankenkassenbeiträge von 14,9 auf 15,5 Prozent steigen, dann sind das zwar nur 0,6 Prozentpunkte mehr. Die Steigerungsrate beträgt aber vier Prozent.“

Und laut Statistik ist die gefährlichste Region der Welt die Vatikanstadt. Ein Besuch ist hier nur mit Bodyguard anzuraten. Im Jahr 2009 kamen hier auf 490 Einwohner 446 Strafverfahren, umgerechnet 910 Strafverfahren auf 1000 Einwohner. Die Wahrscheinlichkeit, Opfer einer Straftat zu werden, liegt also bei nahezu 100 Prozent.

Kerstin Abeln

## Zahnärzte bislang nicht abrufbar

30 Millionen Versicherten der AOK und der BARMER GEK wird seit Anfang Mai von ihren Krankenkassen ein neues Angebot gemacht. Der so genannte Arztnavigator, ein Arztbewertungsportal der AOK, Barmer GEK, und der Weissen Liste, einem Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen ist im Netz installiert worden.

Alle niedergelassenen Ärzte sind hier verzeichnet. Die Ergebnisse werden immer dann veröffentlicht, wenn mindestens zehn Beurteilungen pro Arzt vorliegen. Ab Anfang 2012 können sich alle anderen Krankenkassen und deren Versicherte an dem Projekt beteiligen.

Zahnärzte und Psychotherapeuten sind bislang nicht in die Befragung eingeschlossen. Für sie sollen separate Befragungsinstrumente entwickelt werden.

Die Initiatoren legen Wert auf die Feststellung, dass die Befragungsergebnisse in ein nicht-kommerzielles Internetportal einfließen. Das kann aber bei der Beteiligung der mächtigen Bertelsmann Stiftung mindestens bezweifelt werden.

Kerstin Abeln

## KZBV Jahrbuch 2010

### Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung

Wie haben sich die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt? Welche zahnärztlichen Leistungen werden wie häufig mit den Krankenkassen abgerechnet? Wie entwickeln sich Praxisstruktur und Zahnarztdichte in Deutschland?

Das Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gibt Antworten auf diese und andere Fragen und liefert statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dazu zählen die Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die zahnärztlichen Abrechnungsfälle, die betriebswirtschaftliche Entwicklung der Zahnarztpraxen und die Entwicklung der Zahnärztezahlen.

Interessenten können es telefonisch unter der Nummer 0221-4001-215, -216, oder -117, per Fax unter 0221-4001-180 oder über die Webseite der Kassenzahnärztlichen Bundesvereini-

gung online bestellen. Der Versand erfolgt mit Rechnung zum Selbstkostenpreis von acht Euro zuzüglich Porto.

KZBV



## Informationen zur Veranstaltung

### Fachkurs:

„English for Medical Purposes“  
“Englisch für Ärzte und medizinisches Fachpersonal“  
(80 Unterrichtseinheiten)

Punkte: 20

Kurse finden am Montag und Mittwoch, abhängig von Vorkenntnissen sowie an zwei Samstagvormittagen statt.

Vor dem Start ist ein Informationssprachgespräch im Berlitz Sprachcenter oder telefonisch ratsam.

### Termine:

Lev. 2

Mi 17.8.11 – 18.1.12, 16.15 Uhr und  
Sa 10.9.11 + Sa. 19.11.11  
von 8 – 13.10 Uhr

Lev. 3

Mo 15.8.11 – 30.1.12, 17 Uhr und  
Sa 10.9.11 + Sa. 19.11.11  
von 8 – 13.10 Uhr

Lev. 5

Mi 17.8.11 – 18.1.12, 16.15 Uhr und  
Sa 10.9.11 + Sa. 19.11.11  
von 8 – 13.10 Uhr

Das Berlitz ITP Sprachcenter Rostock gewährt den Mitgliedern der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern einen Rabatt von 10 Prozent auf die Unterrichtsgebühren.

Ort: Berlitz Sprachcenter, Kröpelin-Strasse 48, 18055 Rostock

Gebühr: 761,- Euro

(inkl. Lehrmaterialien, Einschreibgebühr und Rabattierung)

Leitung: Elisabeth Glöde

Anmeldung:

Berlitz Sprachcenter Rostock,

Rezeption: Frau Oesau/Frau Bauer  
Tel: 0381 4900780  
Fax: 0381 4900781  
E-Mail: [berlitz.rostock@t-online.de](mailto:berlitz.rostock@t-online.de)  
[www.berlitz.de](http://www.berlitz.de)

### Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Mitgliederwesen

Zahnarzttausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des Zahnarzttausweises Nr. 521 der Zahnärztin

Dipl.-Stom. Bärbel Hamm, Rostock, bekannt gegeben.

Dieser Zahnarzttausweis wird hiermit für **ungültig** erklärt.

# Anforderungen an eine elektronische Dokumentation

## Kein Unterschied zur Papierdokumentation

Regelmäßig werden an dieser Stelle Beiträge über die Anforderungen an die Behandlungsdokumentation des Zahnarztes veröffentlicht. Dennoch gibt es immer wieder neue Gerichtsurteile zu diesem Thema. Das kürzlich veröffentlichte Urteil des LG Köln vom 11.05.2010, AZ 3 O 477/08 stellt klar, dass die elektronische Behandlungsdokumentation die gleichen Anforderungen zu erfüllen hat, wie die Dokumentation auf Papier.

In dem entschiedenen Fall hatte ein Patient von seinem Zahnarzt die Behandlungsunterlagen herausverlangt. Auf das Herausgabeverlangen übergab der Zahnarzt lediglich einen vierseitigen Ausdruck der elektronischen Behandlungsdokumentation sowie zwei OPG-Aufnahmen und behauptete,

über keine weiteren Behandlungsunterlagen zu verfügen. Der Zahnarzt begründete diese Behauptung damit, dass das von ihm verwendete Praxisprogramm keine weiteren Eintragungen zugelassen habe.

Das Gericht urteilte, der Patient habe (gegen Kostenersatz) Anspruch auf Herausgabe aller Aufzeichnungen, soweit diese objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmethoden wie Medikation, Operation und ähnliches betreffen. Zur Erfüllung dieses Anspruchs sei die Herausgabe von zwei OPG-Aufnahmen und eines vierseitigen Computerausdrucks nicht ausreichend. Denn in Letzterem kann keine ordnungsgemäße Patientenkartei gesehen werden. Zur Führung einer solchen ist der Zahnarzt

jedoch verpflichtet. Letztlich ging im entschiedenen Fall der Informationsgehalt des Computerausdrucks nicht über den Inhalt der dem Patienten erstellten Liquidation hinaus. Es liegt damit die Vermutung nahe, dass es eine anderweitige – möglicherweise handschriftliche – Dokumentation gibt oder gegeben hat. Denn die spärlichen Aufzeichnungen würden bedeuten, dass der beklagte Zahnarzt sämtliche Patienten anhand seiner Erinnerungen behandelt hätte. Dies hielt das Gericht für wenig glaubhaft.

Festzustellen ist, dass der Zahnarzt sowohl gemäß der geltenden Berufsordnung als auch gem. § 295 SGB V verpflichtet ist, die erbrachten Leistungen einschließlich des Tags der Behandlung mit Zahnbezug und Befunden aufzuzeichnen. Wie er die ordnungsgemäße Dokumentation im Einzelnen sicherstellt, bleibt dem Behandler überlassen. Sofern er also ein Programm verwendet, welches keine zusätzlichen Eintragungen zulässt, hat er eine ergänzende Dokumentation zu führen. Mit einem möglicherweise untauglichen Praxisprogramm kann sich der Zahnarzt damit nicht entschuldigen.

Dies gilt selbstredend nicht nur im Verhältnis zum zur Herausgabe auffordernden Patienten, sondern auch im Verhältnis zur KZV, welche die Behandlungsdokumentation zur Abrechnungsprüfung anfordern kann.

Ein Herausgabeanspruch hinsichtlich der Behandlungsunterlagen entfällt lediglich für den Fall der objektiven Unmöglichkeit, wenn also der Behandler tatsächlich über keine Dokumentation verfügt. Allerdings ist der Zahnarzt für die Darlegung der Unmöglichkeit darlegungs- und beweispflichtig.

In einem Verfahren zur rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigung bei der KZV dürfte sich der Zahnarzt mit dem Hinweis auf die objektive Unmöglichkeit der Übersendung von Behandlungsdokumentationen nur in seltenen und nachweisbaren Einzelfällen, wie z. B. einem Praxisbrand exkulpieren können.

Ass. Claudia Mundt

Anzeige

## Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Juni und Juli  
vollenden

### das 85. Lebensjahr

Dr. Ernst Klinghammer (Schwerin)  
am 9. Juni,

### das 80. Lebensjahr

Dr. Ruth Sedlacek (Ahrenshagen)  
am 3. Juli,

### das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Margitta Hintze (Plau)  
am 11. Juni,  
Dr. Uwe Menzel (Parchim)  
am 17. Juni,  
Zahnarzt Hans-Peter Steppeling  
(Plau)  
am 4. Juli,  
Dr. Klaus Drawe (Malchow)  
am 7. Juli,

### das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Doris Pietschke  
(Gielow) am 14. Juni,  
Dr. Marianne Hempel  
(Sievershagen)  
am 26. Juni,

### das 60. Lebensjahr

Zahnarzt Volker Kretzschmar  
(Waren) am 10. Juni,  
Dr. Barbara Francke (Rostock)  
am 3. Juli,  
Dr. Heinz-Dieter Wingerath  
(Stralsund) am 8. Juli,

### das 50. Lebensjahr

Dr. Birgit Fitsch (Grimmen)  
am 14. Juni,  
Dr. Olaf Pichotka (Boizenburg)  
am 18. Juni,  
Dr. Astrid Gerhold (Malchin)  
am 27. Juni,  
Zahnarzt Peter Korthase MSC  
(Anklam) am 28. Juni,  
Dr. Thorsten Köpnick MSC  
(Rostock) am 30. Juni und  
Dr. Andreas Voigt  
(Neubrandenburg) am 5. Juli

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

Anzeigen

Wir trauern um

**Dr. Claus Thoma**  
Schwerin

Facharzt für MKG-Chirurgie

geb. 16.10.1948  
gest. 1.5.2011

Wir werden ihm ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern

# Kleinanzeigen in dens

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

Diesen Anzeigen-Coupon bitten wir vollständig und gut lesbar auszufüllen, an den gestrichelten Linien zu falzen und in einen Fensterbriefumschlag an folgende Adresse zu schicken:

**Satztechnik Meißen GmbH**  
Frau Sabine Sperling  
Am Sand 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: \_\_\_\_\_