



dens

7-8
2008
18. Juli

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern





Steuerberatung mit System, Kompetenz und Service für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Pflegeeinrichtungen...

Wir sind ADVISION-Systemanwender und bieten im Rahmen unserer Steuerberater-Leistungen unter anderem solche Tätigkeitsschwerpunkte an, wie:

- Existenzgründungsberatung
- Betriebsvergleich
- Geschäftsübersichten
- Analysen zur finanziellen Lebensplanung
- Betriebswirtschaftliche Auswertungen
- Bruttoverdienstberechnung
- Analysen zur Steuerersparnis, -vorsorge, -optimierung



ADVITAX
Niederlassung Rostock
August-Bebel-Straße 11
18055 Rostock
phone: (0381) 4 61 37-0
fax: (0381) 4 61 37-29
advitax-rostock@etl.de
www.etl.de/advitax-rostock

Ansprechpartnerin: R. Niemann, Steuerberaterin



ADVITAX
Niederlassung Waren
Richterstraße 18a
17192 Waren (Müritz)
phone: (03991) 61 31-22
fax: (03991) 61 31-62
advitax-waren@etl.de
www.etl.de/advitax-waren

Ansprechpartnerin: H. Rottmann, Steuerberaterin



ADMEDIO
Niederlassung Parchim
Buchholzallee 45a
19370 Parchim
phone: (03871) 62 86-26
fax: (03871) 62 86-25
admedio-parchim@etl.de
www.etl.de/admedio-parchim

Ansprechpartner: W. Reiserer, Steuerberater



ADVISITAX
Niederlassung Schwerin
Wismarsche Straße 184
19053 Schwerin
phone: (0385) 5 93 71 40
fax: (0385) 5 93 71 11
advisitax-schwerin@etl.de
www.etl.de/advisitax-schwerin

Ansprechpartnerin: K. Winkler, Steuerberaterin



ADVITAX Niederlassung
Neubrandenburg
Ihlenfelder Straße 5
17034 Neubrandenburg
phone: (0395) 4 23 99-0
fax: (0395) 4 23 99-12
advitax-neubrandenburg@etl.de
www.etl.de/advitax-neubrandenburg

Ansprechpartnerin: A. Bruhn, Steuerberaterin



ADMEDIO Niederlassung
Stavenhagen
Malchiner Straße 31
17153 Stavenhagen
phone: (039954) 2 84-0
fax: (039954) 2 84-24
admedio-stavenhagen@etl.de
www.etl.de/admedio-stavenhagen

Ansprechpartner: K. Bernert, Steuerberaterin



ADVITAX
Niederlassung Greifswald
Anklamer Straße 8/9
17489 Greifswald
phone: (03834) 57 78-20
fax (03834) 57 78-26
advitax-greifswald@etl.de
www.etl.de/advitax-greifswald

Ansprechpartnerin: M. Matz, Steuerberaterin



Mitglieder in der European Tax & Law
www.etl.de



Verschiebepark Gesundheitsfonds?

KZV wird sich dafür einsetzen, dass Budgets nicht verringert werden

Die von der überwiegenden Mehrheit sehnlich erwartete Sommerpause steht vor der Tür. Die Sonnenstunden der vergangenen Wochen haben sicherlich schon eine wunderbare Einstimmung bewirkt, sodass der Erholungsphase nichts im Wege stehen dürfte. Sollte das Wetter gleichwohl einmal nicht so mitspielen, so sollte *dens* griffbereit in der Nähe liegen, denn in dieser Doppelausgabe werden zwar nicht immer abschließend, aber doch viele interessante Themen behandelt. Fangen wir mit der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) an. Nachzulesen ist in dieser Ausgabe die ablehnende Haltung der Vertreter der Vertragszahnärzte zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte oder die längst überfällige Forderung eines Inflationsausgleichs bei Honoraren für Zahnersatz.

Wieso eigentlich nur für diesen Leistungsbereich? So könnte ihre Frage lauten. Zur Beantwortung verweisen wir nur auf die höchststrichterliche Sprechpraxis mit einer nicht immer nachvollziehbaren Ausrichtung zur Stützung des Gesetzgebers. Vor allem dann, wenn dieser immer häufiger Gesetze mit handwerklichen Fehlern verabschiedet. Aber dies hatte die Vertreterversammlung im Rahmen ihrer Beschlussfassung durch die Ausrichtung auf die „fiktiven“ Einsparungen im ZE-Bereich schon berücksichtigt.

Unabhängig davon bleibt die Frage im Raum: Wohin verschieben die Krankenkassen die nicht benötigten Sonder-Beitragseinnahmen Zahnersatz?

Einen zweckentfremdeten Finanzmitteleinsatz werden wir auch beim Verschiebepark Gesundheitsfonds wiederfinden. Für uns steht eindeutig fest, dass in Zukunft höllisch darauf geachtet werden muss, dass die Höhe, der nach Aussage des Staatssekretärs Dr. Schröder im zahnärztlichen Bereich nach wie vor existenten Budgets, sich durch das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten insbesondere in 2008 nicht verringert. Seitens der Krankenkassen wird jedenfalls keine Bereitschaft vorliegen, ohne jede Kenntnis über die Höhe der ab 2009 zufließenden Versichertenbeiträge



„Wohin verschieben die Krankenkassen die nicht benötigten Sonder-Beitragseinnahmen Zahnersatz?“, fragt sich Wolfgang Abeln.

und der sonstigen Probleme bei der Umsetzung des Gesundheitsfonds Gesamtvergütungsverträge mit angemessenen Steigerungen abzuschließen. Die Vertreter des VdAK/AEV fordern seit 2006 bundesweit eine regionale Angleichung der Vergütungshöhe d. h. es ist egal ob ein AOK-Versicherter oder ein TK-Versicherter behandelt wird, es soll regional immer die gleiche Vergütungshöhe gezahlt werden. Die nicht benötigten Finanzmittel werden dann sicherlich zur Stützung der historisch gewachsenen höheren Vergütung in anderen Bundesländern genutzt werden müssen. Einige der mit der Einführung des Gesundheitsfonds zusammenhängenden Probleme hat die FDP-Bundestagsfraktion in einem Block mit insgesamt 77 Fragen formuliert und als kleine Anfrage an die Bundesregierung weitergeleitet. Die Antworten wurden für Ende Juli angekündigt. Mit der Frage Nr. 62 fühlen wir uns in unserem Bemühen bestätigt, dass eine Punktwertangleichung im zahnärztlichen Bereich thematisiert werden muss und mit der Frage Nr. 64 zur Forderung der KZBV auf Beseitigung der durch Zeitablauf eingetretenden Verwerfung innerhalb der Budgets eingegangen wird. Insgesamt betrachtet bleibt somit nur eine vage

Hoffnung, dass die Kanzlerin und die Bundesgesundheitsministerin doch noch überzeugt werden, dass der Gesundheitsfonds nicht zum 1. Januar 2009 Gültigkeit erlangt.

Allerdings, und dies dürfen wir nicht aus den Augen verlieren, ist es der Wille der Bundesregierung die gesetzliche Krankenversicherung – und die Leistungsträger sind nun mal Teil dieser – stärker wettbewerbsfähig auszurichten. Dies zeigen die ganzen Gesetzesreformen der Vergangenheit.

Auch dürfen wir nicht die bisher schon existenten Selektivverträge in der Republik übersehen. Beispielfähig sei der Hausarztvertrag in Baden-Württemberg oder der „Par-Vertrag“ in Westfalen-Lippe genannt. Letzterer konnte durch die KZV Westfalen-Lippe so gestaltet werden, dass alle Mitglieder der KZV diesem beitreten können und somit eine Ausgrenzung einzelner Mitglieder vermieden wird.

Die Krankenkassen haben auf jeden Fall ihre Hausaufgaben zum Teil gemacht und den Gesundheitsfonds im Hinblick auf ihre „Marktstellung“ (Kundenbindung) analysiert.

Am Beispiel der Techniker Krankenkasse nachfolgender Ansatz: Gesundheitsfonds bedeutet Einheitsbeitrag. Dieser ist deutlich höher als der aktuelle Beitragssatz bei fast vollständigem Ausgabenausgleich und damit Reduktion von Wettbewerb über den Morbi-Risikostrukturausgleich. Wie geht die TK mit diesen Feststellungen um? Durch folgende Formulierung ihres zu anderen Krankenkassen abgrenzenden Versorgungskonzeptes: „Entwicklung von attraktiven Wahlтарifen sowie anderer Angebote – mit der Untergliederung, da wo es sinnvoll und wichtig ist, alles aus einer Hand und in den Segmenten, wo es sich anbietet, mit Einbezug des Kooperationspartners z. B. private Krankenversicherung, um auch attraktive Zusatztarife weiterzuentwickeln.“

Nun wir werden sehen, wie die Versicherten darauf reagieren. Gleichwohl wird nicht alles sofort zu realisieren sein, sodass gewiss die Zeit für die wohlverdiente Sommerpause vorhanden ist und genutzt werden sollte.

Dipl.-Betrw. Wolfgang Abeln

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

Einladung

zum

9. Neubrandenburger Fortbildungsabend

am 19. November 2008

von 18 bis 21 Uhr

im Hörsaal der Bethesdaklinik am Dietrich Bonhoeffer Klinikum

Neubrandenburg, Dr.-Salvador-Allende-Straße 30

Thema: Konservierende Zahnheilkunde

Referenten:

1. PD Dr. D. Pahnke, Rostock „Nichtkariöse Hartsubstanzdefekte“
2. OA Dr. U. Blunk, Berlin „Dentinadhäsive“

Für Mitglieder der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist die Teilnahme frei. Für Nichtmitglieder muss ein Unkostenbeitrag von 25 Euro zu Beginn der Veranstaltung erhoben werden.

Anmeldungen bitte telefonisch unter der Nummer 03 96 03-2 04 38.

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vergibt für die Teilnahme an dieser Fortbildungsveranstaltung 4 Fortbildungspunkte.

Die Veranstaltung wird unterstützt von der Firma MIP.

Burg Stargard, den 20.05.2008



Dr. Hans-Jürgen Koch

dens

17. Jahrgang

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

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

Redaktion:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Redaktionshinweise:

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

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

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

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

Titelbild:

KZV M-V

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

Karlsruhe prüft Reform	12
Landesversammlung des Freien Verbandes	13
SHIP-Studie	14
Kooperationsvereinbarung unterzeichnet	15
Deutscher Zahnärztetag	16
Implantate – Fortschritt beim Ersatz fehlender Zähne	16
Mindermann wieder BDK-Vorsitzende	17
Tag der Zahngesundheit	19
Dentalmarkt im November	25
Paracetamol dosisabhängig	25
Fluoridiertes Speisesalz	34
Dentalbereich stark ausgebaut	34
Glückwünsche/Anzeigen	40

Zahnärztekammer

Kammerversammlung tagte in Rostock	4-7
Länderübergreifende Redaktionsklausur	9
Toll-Collect?	10
Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen	10
Für 100 Kakaobohnen einen männlichen Sklaven	11-12
GOZ-Konferenz in Quickborn	12
Ausbildungsjahr vorbereitet	21
Sicherheit in den Praxen	21
Berechnung von Implantat-Bohrschablonen	25
Senioren-Ausflüge	26
Fortbildung	27

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Gemeinsame Tagung der KZV-Gutachter in Linstow	8-9
Mit 68 Jahren, da fängt das Leben an...	14
Was darf Krankenkassenwerbung kosten?	14
KZBV fordert Aussetzung des Gesundheitsfonds	15
Unentdeckte Möglichkeiten des Internets	20
Wichtige Änderungen durch die Pflegereform 2008	20
McZahn ohne Mitbegründer	21
AEV-Auflösung beschlossen	21
Impressionen vom Zahnärzteball	22-23
BEMA-Abrechnungshinweis	28
Service / Fortbildungsangebote	34-35

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern

Grenzsituationen und Risiken in der Implantologie	18-19
Wirkungsstätte nie ganz den Rücken gekehrt	24
Abrasionsgebiss (2)	29-33
Geplatztter Behandlungstermin – Ausfallhonorar?	36-37
Weiter von der Gewerbesteuer befreit	37
Rückforderung der PKV unter Geltung des neuen VVG	38
Impressum	3
Herstellerinformationen	39

Heilberufsgesetz, Qualitätsmanagement, Struktur der Kreisstellen

Kammerversammlung tagte in Rostock



Blick in den Tagungssaal

Fotos: Diana Gronow

Der Trend ist unübersehbar, die sich ständig ändernde Gesetzgebung aus Bund und Land zwingen den zahnärztlichen Berufsstand immer wieder zu schnellen Reaktionen. Aufgabe der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist es, die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten und mit konkreten Hilfsangeboten deren Arbeit zu unterstützen.

Mit diesen thematischen Schwerpunkten tagte am 5. Juli die Kammerversammlung gemeinsam mit den Vorsitzenden der Kreisstellen der Zahnärztekammer in Rostock.

Diskussion zur GOZ

Wegen der bevorstehenden Novellierung der GOZ habe es inzwischen 21 Treffen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) gegeben, zweimal seien die Verhandlungen ausgesetzt worden, so der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und Vizepräsident der BZÄK Dr. Dietmar Oesterreich. Mit der HOZ habe die BZÄK einen Alternativvorschlag unterbreitet und damit den politischen Leitfaden für den Berufsstand skizziert.

„Die BZÄK hat sich dabei als fachlicher Ansprechpartner der Politik die öffentliche Arena zurückerobert.“ Da die GOZ eine Rechtsverordnung sei und die Regelung somit direkt von der Bundesregierung erlassen wer-

den könne, habe der Berufsstand eigentlich kein Mitspracherecht. Man habe aber zeigen können, dass die Zahnärzte „keine Dummesel“ seien, die alles widerspruchslos hinnähmen. Die neue Gebührenregelung müsse im Wesentlichen drei Kriterien erfüllen, meinte Dr. Oesterreich weiter: sie müsse dem wissenschaftlichen Standard entsprechen, Leistungsanreize



Präsident Dr. Dietmar Oesterreich während seines Berichtes zur aktuellen Gesundheitspolitik

für präventionsorientierte Zahnheilkunde geben und eine angemessene Vergütung garantieren.

Die Tendenzen zur Kostenminimierung und zur Bematisierung der GOZ seien unübersehbar. Beim betriebswirtschaftlich errechneten Sollumsatz der Praxen liegen BZÄK und BMG gar nicht so weit auseinander. Während das von der BZÄK beauftragte unabhängige Prognos-Institut 202,75 Euro pro Stunde (3,38 Euro/min) errechnete, habe das BMG 194,00 Euro pro Stunde (3,23 Euro/min) zu Grunde gelegt. Knackpunkt sei die benötigte Behandlungszeit, die dem Zahnarzt für die Erbringung der Leistungen zugestanden werde. Für eine Zahnsteinentfernung und Politur pro Zahn kalkuliere die anerkannte Zeitmessstudie BAZ II 66 Sekunden bei einem mehrwurzeligen Zahn bzw. 54 Sekunden bei einem einwurzeligen Zahn. Das BMG gebe dagegen im vorliegenden GOZ-Arbeitspapier 27,6 Sekunden pro Zahn vor. Nach der dem BEMA zugrundeliegenden Berechnung betrage dieser Wert 12 Sekunden pro Zahn.

„Die derzeitige Strategie ist es, nicht primär übers Geld, sondern über die für die Behandlung zur Verfügung stehende Zeit zu sprechen“, erläuterte der Präsident in seinem Bericht zur aktuellen Gesundheitspolitik. Wichtig sei, dass der gesamte Berufsstand mit einer Stimme nach außen auftritt.

In diesem Sommer sei mit dem Referentenentwurf der neuen GOZ zu rechnen. Dann erfolge die fachliche und politische Bewertung. Mit einem Inkrafttreten der neuen GOZ sei voraussichtlich im ersten Halbjahr 2009 zu rechnen, wobei ein früher Termin zum 1. Januar 2009 eher unwahrscheinlich sei.

Heilberufsgesetz

Am 17. März ist das zweite Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern in Kraft getreten. „Damit kommt eine ganze Menge Arbeit auf uns als Kammer zu. Aber die geänderte Gesetzgebung bietet uns auch die Chance, selbstbestimmt die zahnheilkundliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern mitzugestalten“, schätzte Dr. Oesterreich ein. „Im Vergleich zu anderen Bundesländern sind wir gut aufgestellt.“ Der Präsident stellte nochmals die wesentlichen Neuerungen dar, die bereits ausführlich in *dens* 5, Seite 7, beschrieben wurden. Dr. Oesterreich konstatierte, dass im Ergebnis des novellierten Heilberufsgesetzes demnächst insbesondere die Satzung, die Weiterbildungsordnung, die Wahlordnung der Kammer und die Satzung des Versorgungswerks überarbeitet werden müssen.

Megatrends im Gesundheitswesen

Zu aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen gab der Präsident unter anderem eine Bewertung des ab 2009 geltenden Basistarifs ab. Man müsse verhindern, dass dieser ein Wegbereiter für eine Einheitsversicherung werde, so Dr. Oesterreich.

In der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung sei derzeit ein „Wildwuchs“ zu beobachten. „Schon wie-

der wird ein neuer Spezialist geschaffen und man ist stolz darauf. Jeder hat in seiner Praxis Schwerpunkte, aber ob man da gleich einen Spezialisten daraus machen muss, ist mehr als fragwürdig“, urteilte Dr. Oesterreich. Die neue Approbationsordnung gehe – entgegen aller anderslautender Aussagen – auch weiterhin davon aus, dass der examinierte Zahnarzt berufsfertig sei. Einer Pflichtweiterbildung nach dem Studium erteilte der Präsident eine Absage. Denn das könne im Extremfall bedeuten, dass sich der Weg bis zur Berufsausübung um vier Jahre verlängere. Der so genannte Bologna-Prozess – also die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen – werde seitens der Medizin und



Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt schätzte ein, dass sich künftig die Grenzen der Fort- und Weiterbildung mischen werden und mahnte an, dass man Einfluss nehmen müsse auf die postgradualen Qualifizierungen, die die Hochschulen anbieten.

Zahnmedizin in Deutschland abgelehnt, aber europaweit „bröckelt“ diese Ablehnungsfront. Die postgraduale Masterfortbildung falle in die Kompetenz der Hochschulen. Die in der Verantwortung der Kammern liegende Weiterbildung zum Fachzahnarzt sei aber weiterhin die höchste Stufe der beruflichen Qualifizierung.

Die Gestaltung der Weiterbildung müsse fachlichen Kriterien unterliegen und nicht Verteilungskämpfen, forderte Dr. Oesterreich. Insgesamt plädierte er für eine Stärkung der Generalisten: „Die öffentliche Anerkennung eines Zahnarztes kommt durch die tägliche Leistung in der Praxis und nicht dadurch, worauf er spezialisiert ist“, so Dr. Oesterreich.

Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt schätzte ein, dass sich künftig die Grenzen der Fort- und Weiterbildung mischen werden und mahnte an, dass man Einfluss nehmen müsse auf die postgradualen Qualifizierungen, die die Hochschulen anbieten. Die Masterfortbildungen seien „hochwertig, aber theorielastig“.

Zahnarzt Nienkarken warnte ebenso vor dem um sich greifenden Spezialistentum: „Sonst werden wir künftig das Los der Hausärzte teilen und können nur noch unsere Patienten weiter verweisen“, so das Mitglied der Kammerversammlung.

Zum Abschluss seiner Ausführungen fasste Dr. Oesterreich die drei Megatrends im Gesundheitswesen zusammen: die weitere Rationalisierung der Versicherungsleistungen, die Stärkung der Patienteninteressen und die outcome-Perspektive, also die Frage, was der gesamten Gesellschaft



Das Präsidium der Kammerversammlung mit Vorstand und Hauptgeschäftsführer

für ein Nutzen entstehe. Dies alles sei verbunden mit ständigen Qualitätsdiskussionen.

Mobile Dentaleinheiten

Der Referent für präventive Zahnheilkunde, Alterszahnheilkunde und zahnärztliche Behindertenbehandlung im Vorstand der Zahnärztekammer, Dr. Holger Kraatz, berichtete über das geplante Pilotprojekt zur Alterszahnheilkunde in Schwerin. Das Sozialministerium wird zwei mobile Dentaleinheiten für den Träger von sieben Pflegeheimen in Schwerin, der Sozius gGmbH, finanzieren. Die Kammer schließt mit der Sozius gGmbH einen Kooperationsvertrag ab. Die zahnärztlichen Kollegen, die bereits in den Heimen tätig sind, können mit den mobilen Behandlungseinheiten ihr Behandlungsspektrum erweitern. „Damit werden wir die Lebensqualität insbesondere der immobilen Heimbewohner anheben.“ Das Pilotprojekt sei der Erfolg langjähriger Bemühungen und werde durch die Greifswalder Universität wissenschaftlich begleitet. Die Zahnärztekammer wird sich bemühen, weitere Projekte im gesamten Bundesland zu initiieren.

Qualitätsmanagementsystem

Der Referent im Vorstand und Vorsitzender des Ausschusses für Zahnärztliche Berufsausübung Dipl.-Stom. Holger Donath berichtete ausführlich über die Arbeit an einem Qualitätsmanagementsystem. Seit zehn Jahren beschäftige sich der Ausschuss mit diesem Thema. Fakt sei, dass ab 1. Januar 2011 die Dokumentationspflicht für jede Zahnarztpraxis gegenüber der KZV bestehen wird. Die Kollegenschaft muss dabei entscheiden – und damit auch das Gremium der Kammerversammlung – wie umfassend das Konzept aussehen soll und insbesondere, ob eine derzeit nicht gesetzlich geforderte Zertifizierung sinnvoll wäre. Dipl.-Stom. Donath stellte verschiedene QM-Modelle vor. Die Kosten der verschiedenen Modelle für die einzelne Zahnarztpraxis schwanken sehr. Der Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung präferiere das Zahnärztliche Praxismanagementsystem (Z-PMS), das ursprünglich aus Westfalen-Lippe stammt und vom Ausschuss in intensiver Arbeit weiter entwickelt wurde. „Ich bin zutiefst von der Praxistauglichkeit überzeugt“, betonte Dipl.-Stom. Donath. Angestrebt werde ein QM-System, welches sich durch leichte Handhabbarkeit mit überschaubarem Umsetzungsaufwand



Drei Kammerdelegierte aus Schwerin: Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt, Zahnärztin Christine Lehmann und Dr. Harald Möhler



Die Vertreter der Universität Rostock: PD. Dr. Dieter Pahncke und Prof. Dr. Heinrich von Schwanewede



Der Referent im Vorstand und Vorsitzender des Ausschusses für Zahnärztliche Berufsausübung Dipl.-Stom. Holger Donath berichtete ausführlich über die Arbeit an einem Qualitätsmanagementsystem.

bei möglichst geringem finanziellen Aufwand ausgezeichnet. Die Erstellung einer QM-CD sei bis Ende 2008 machbar. Fortbildungsveranstaltungen könnten ab Anfang 2009 dazu durchgeführt werden. Extra-Workshops seien nicht notwendig. Die Gesamtkosten einschließlich der Kalkulation der zugehörigen Fortbildungsveranstaltungen würden sich auf ca. 96.000 Euro belaufen, davon seien ca. 25.000 Euro für die Programmierung notwendig. Das seien Kosten von 120 Euro pro Praxis, wenn man davon ausgehe,

dass 800 Praxen dieses System nutzen werden. Dipl.-Stom. Donath plädierte dafür, auf eine Zertifizierung zu verzichten. „Dies ist vom Gesetzgeber nicht gefordert und geht weit über die sachlichen Zielvorstellungen hinaus“, so der Ausschussvorsitzende. Außerdem könne man sich auch eine Zertifizierung des Z-PMS vorstellen, wenn dies in der Tat irgendwann einmal gefordert würde. Er bat darum, dass die Kammerversammlung einem Finanzrahmen von 25.000 Euro für die Programmierung zustimmt.

Nach kontroverser und teilweiser heftiger Diskussion beschloss die Kammerversammlung mehrheitlich die Freigabe der Mittel zur Programmierung einer QM-CD auf der Basis des Z-PMS (siehe auch Statement in dieser Seite 10).

Struktur der Kreisstellen

Vizepräsident Dipl.-Stom. Andreas Wegener informierte darüber, dass man sich Gedanken über eine mögliche Neustrukturierung der Kreisstellen machen müsse. Auf die derzeit in Mecklenburg-Vorpommern diskutierte Kreisgebietsreform müsse man vorbereitet sein. „Eine vernünftige Kreisstellenarbeit wäre durch derart große Kreise – wie sie die Politik plant – deutlich erschwert“, so der Vizepräsident. Er plädierte dafür, durch eine Änderung der Satzung die Kreisstellen der Zahnärztekammer von den politischen Kreisen abzukoppeln. Der Vizepräsident der Zahnärztekammer stellte den Kreisstellen drei mögliche Varianten vor: Festschreibung der derzeit existierenden Großkreise, ggfs. mit einzelnen Modifizierungen, Manifestierung der „Klein“kreise, wie sie schon vor 1994 Bestand hatten oder die Aufteilung nach der zukünftigen politischen Karte in Mecklenburg-Vorpommern. Die Umfrage unter der Kreisstellen habe kein einheitliches Bild ergeben, so Dipl.-Stom. Wegener. Der Tenor aber sei: „So wie es derzeit funktioniert, wollen wir es beibehalten.“ Dr. Oesterreich betonte, dass es ihm sehr wichtig sei, die Meinungsbildung auch bezüglich der Zusammenarbeit in den Kreisstellen von unten nach oben zu sichern. „Mir erscheint es sinnvoll, Konstruktionen zu schaffen, bei der die Kollegen sich gut aufgehoben fühlen und eine basisdemokratische Willensbildung möglich ist.“

Nach der Diskussion sprach sich die Mehrheit der Delegierten und Kreisstellenvorsitzenden in einer Abstimmung

für die Abkopplung von den politischen Grenzen in der Satzung und die Festschreibung der derzeitigen Großkreise aus, wobei sinnvolle Modifizierungen berücksichtigt werden sollten.

Versorgungswerk

Abschließend berichtete Dipl.-Stom. Donath über die Arbeit des Versorgungswerks und den Jahresabschluss 2007. Die Bruttorendite der Kapitalerträge 2007 lag bei 4,96 Prozent und damit über dem bundesweiten Durchschnittswert von 4,86 Prozent. Insgesamt habe man derzeit 1265 beitragspflichtige Mitglieder. Eine „Sättigung“ der Mitgliederzahlen sei annähernd erreicht. Der Vorsitzende des Rechnungsprüfungsausschusses, Dr. Peter Schletter, informierte über die Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes für 2007. Vorstand und Versorgungsausschuss der Zahnärztekammer wurden daraufhin einstimmig entlastet.

Fortbildung der Helferinnen

Im Anschluss erläuterte der Referent für ZFA/ZAH im Vorstand, Mario Schreen, den Vorschlag einer neuen Fortbildungsprüfungsregelung für die Durchführung der beruflichen Aufstiegsfortbildung zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin/zum Zahnmedizinischen Verwaltungsassistenten. Nachdem die Rostocker Bildungsgesellschaft nach 15 Jahren ihre

Tätigkeit beendet habe, werde das Referat künftig die Fortbildungen selbst organisieren und durchführen. Zudem sei geplant, die Fortbildung zur Zahnärztlichen Fachangestellten im Bereich Verwaltung und zur Zahnärztlichen Verwaltungsassistentin zusammenzulegen. Die Vorteile seien die sofortige bundesweite Anerkennung, Abschluss nach einem Jahr und Kostenersparnisse durch niedrigere Kursgebühren. Die Kammerversammlung beschloss daraufhin mehrheitlich, den Entwurf der neuen Fortbildungsprüfungsregelung dem Berufsbildungsausschuss zur abschließenden Beschlussfassung vorzulegen.

Im Zusammenhang mit der QM-Diskussion hatte Dr. Uwe Greese darüber informiert, dass das Greifswalder Gesundheitsamt angekündigt habe, ab sofort Begehungen zur Hygiene in den Zahnarztpraxen der Hansestadt durchzuführen. Es zeigt sich nunmehr, dass der Hygieneleitfaden, den die Zahnärztekammer 2007 herausgegeben hat, große Unterstützung bietet. Zum Ende der Kammerversammlung bat Dipl.-Stom. Donath darum, die Geschäftsstelle der Kammer schnellstmöglichst über solche Kontrollen zu informieren. „So können wir Soforthilfe innerhalb von 24 Stunden leisten“, sagte Dipl.-Stom. Donath.

ZÄK M-V



Im Zusammenhang mit der QM-Diskussion informierte Dr. Uwe Greese darüber, dass das Greifswalder Gesundheitsamt angekündigt habe, ab sofort Begehungen zur Hygiene in den Zahnarztpraxen der Hansestadt durchzuführen.

Zahnersatz, Parodontologie und Implantologie

Gemeinsame Tagung der KZV-Gutachter am 31. Mai in Linstow

Bei herrlichstem Frühsommerwetter trafen sich in diesem Jahr die KZV-Gutachter für Zahnersatz, Parodontologie und Implantologie am 31. Mai erneut im Van der Valk Resort in Linstow zur Tagung, die diesmal unter dem Hauptthema Parodontologie stand.

Zu Beginn begrüßte der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Manfred Krohn, die Gutachter und ganz besonders Prof. Dr. Thomas Kocher, den Hauptreferenten und Leiter der Abteilung Parodontologie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, sowie Dr. Holger Garling, den PAR-Referenten der KZV M-V, weiterhin die Vertreter der Zahnärztekammer M-V, die Beratungszahnärztinnen der AOK M-V und der IKK Nord sowie die Gäste vom Gesundheitsamt der Städte Rostock und Demmin.

Einführend erläuterte Dr. Krohn, dass die derzeit in verschiedenen Bedarfsplanungsbereichen durchgeführten Umfragen zu Gutachterneubestellungen aufgrund der notwendigen Nachfolge für aus Altersgründen ausscheidende Gutachter erfolgen. Er



Hauptreferent Professor, Dr. Thomas Kocher, stellte die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und sonstigen Allgemeinerkrankungen dar.

stellte klar, dass an den bestehenden und gut funktionierenden Gutachterbestellungen nichts verändert wird. Außerdem sicherte er die angekündigte Ausgabe der Software für die PAR-Gutachter zu.

Danach leitete Dr. Garling in das Hauptthema Parodontologie, im Besonderen die Verknüpfung mit der allgemeinen Medizin ein. Er fragte, ob der Grundsatz: „Ein sauberer Zahn



Parodontologie hieß das Hauptthema der KZV-Gutachter in Linstow.

wird nicht krank!“ und die rein mechanistischen Therapieauffassungen noch zeitgemäß sind. Damit verwies er auf den sich anschließenden Vortrag „Risikofaktoren und Parodontitis“ von Prof. Kocher, der ein bundesweit anerkannter Spezialist auf dem Gebiet der Parodontitis-Forschung ist.

Prof. Kocher zeigte in seinem Vortrag auf sehr anschauliche Weise aus epidemiologischer Sicht die Beziehungen zwischen Parodontitis, Zahnverlust und sonstigen Faktoren wie z. B. genetische Aspekte, Geschlecht, allgemeine Erkrankungen oder Lebensweise der Betroffenen auf.

Gerade die epidemiologischen Studien sollen helfen, die Parodontologie besser zu verstehen, und dienen der Ermittlung von Trends, neuen Risikofaktoren und damit der Möglichkeit, prognostische Aussagen zu treffen oder gar neue Therapien aufzubauen.

Er zeigte auf, dass Bakterien zu 20 bis 30 Prozent eine Parodontitis erklären lassen. Eine mikrobiologische Diagnostik ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn sich daraus eine therapeutische Konsequenz ergibt. Die

Anwendung der gegenwärtig zur Verfügung stehenden mikrobiologischen Tests allein erfasst nicht das volle Ursachenspektrum einer Parodontitis. Daher ist deren Ergebnis eher aus wissenschaftlicher Sicht bedeutend, im klinischen Alltag hingegen weniger effizient. Nach Auffassung von Prof. Kocher sind neben den Bakterien vermutlich zu 20 bis 40 Prozent genetische Faktoren und zu weiteren 20 bis 30 Prozent Umweltfaktoren für

Parodontalerkrankungen verantwortlich. Die Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Alter, Umwelteinflüssen wie Bildungsstand, Rauchen, Übergewicht, Diabetes, Sport, aber auch Stress und Ärger und der Entstehung einer Parodontitis stellte er anhand von Behandlungsfällen dar.

Zum Beispiel hat jemand, der eine halbe Packung Zigaretten am Tag raucht, ein dreifach höheres Risiko, parodontal zu erkranken, als ein Nichtraucher. Auch wenn man mit dem Rauchen aufhört, braucht es viele Jahre, bis dieses erhöhte Risiko sinkt. Deshalb sollte der Zahnarzt innerhalb der Anamnese danach fragen.

Nicht selten kommen mehrere Faktoren zusammen, wobei regelmäßige Mundhygiene und die Mitwirkung des Patienten im Rahmen der Behandlung von parodontalen Erkrankungen mit eine Rolle spielt. Abschließend stellte Prof. Kocher in seinem Vortrag anschaulich die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und sonstigen Allgemeinerkrankungen dar.

Im zweiten Teil der Tagung referierte zunächst Katja Millies, Abtei-

lungsleiterin Gutachterwesen und juristische Mitarbeiterin der KZV M-V, über die „Grundsätze bei der Erstellung von Gutachten und die Bedeutung für Folgeverfahren! Haftung der Gutachter?“. Mit dieser gewählten Thematik verdeutlichte Millies die Bedeutung der Primärgutachten und zwar nicht nur innerhalb des vertraglichen Gutachterverfahrens einschließlich der Prüfung der öffentlich-rechtlichen Schadensersatzansprüche der Krankenkassen, sondern im Rahmen späterer auch außerhalb des Sozialrechts möglicher außergerichtlicher oder gerichtlicher (z. B. zivil- oder strafrechtlicher) Verfahren.

In diesen Folgeverfahren werden Gutachten der Vertragsgutachter gelesen, gewertet und können grundsätzlich sogar Entscheidungsgrundlage sein. Umso wichtiger ist es, betonte Katja Millies, dass bei der Erstellung der Gutachten die wesentlichen Grundsätze und zwar vom korrekten Ausfüllen der Begutachtungsformulare bis hin zu den Inhalten der

Gutachten ausgerichtet an den Fragestellungen der Krankenkassen eingehalten werden müssen. Bei all dem haben die Gutachter mit der erforderlichen Sorgfalt vorzugehen.

Die Frage der Haftung der Gutachter selbst ergibt sich erst bei grob fahrlässig oder sogar vorsätzlich falschen Gutachten, z. B. Gefälligkeitsgutachten.

Abschließend erläuterte Dr. Krohn unter Bezugnahme auf den auf der Tagung ausgegebenen Gutachterrundbrief die Auffassung der KZV M-V über die gutachterliche Beurteilung von andersartigen Versorgungsmaßnahmen mit Suprakonstruktionen. Die geltende Gutachtervereinbarung gibt diesbezüglich vor, dass Krankenkassen geplante und genauso ausgeführte andersartige Versorgungsmaßnahmen im Rahmen des vertraglichen Gutachterwesens begutachten lassen können. Dabei haben sich die Vertragsgutachter an die geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für

eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen zu halten. In Bezug auf die Versorgung mit Suprakonstruktionen gibt unter anderem die Zahnersatz-Richtlinie C.11.i) vor, dass die Osseointegration der Implantate zu berücksichtigen ist. Zuletzt stellte Dr. Krohn Fälle vor, bei denen fraglich ist, ob eine dem tatsächlichen klinischen Befund entsprechende Gesamtplanung auch im Hinblick auf das Festzuschussystem erarbeitet wurde.

Die interessanten Ausführungen von Dr. Krohn wurden abschließend rege diskutiert.

Insgesamt wurde den Gutachtern bei dieser Tagung viel Interessantes und Neues vermittelt, woraus sicher jeder die eine oder andere Hilfestellung für den Behandlungs- beziehungsweise Begutachtungsalltag mitgenommen hat.

Ass. Katja Millies

Länderübergreifende Redaktionsklausur

Synergieeffekte bei der Erstellung von wissenschaftlichen Fachbeiträgen

Die sächsische Kleinstadt Trebsen gehört wohl zu jenen Orten, die nur wenige Kollegen auf Anhieb in eine topografische Karte einzeichnen könnten. Auf halbem Wege zwischen Grimma und Wurzen an der Mulde gelegen, bot das dortige Schlosshotel den baulichen Rahmen für die Redak-

tionsklausur des sächsischen Zahnärzteblattes am 16. und 17. Mai.

Als Thema wurde diesmal die Problematik von Umfragen gewählt. Da dieses Thema auch in den benachbarten Kammerbereichen auf Interesse stieß, waren der Einladung nach Trebsen auch gefolgt: Dipl.-Stom.

Gerald Flemming (Mecklenburg-Vorpommern), Dr. Gottfried Wolf (Thüringen), Dr. Dirk Wagner, Sabine Fiedler (Sachsen-Anhalt) sowie Jana Zadow (Brandenburg) und Polo Palmén (Verlagsleiter der Satztechnik Meißner GmbH).

Dr. Cornelia Lang vom Institut für Wirtschaftsforschung Halle gab einen Überblick, was beim Erarbeiten von Umfragen zu beachten ist. Anschließend konnte anhand gelungener und weniger glücklich gestalteter Beispiele das frisch erworbene Wissen praktisch getestet werden. Ziel war es, eine möglichst effektive Gestaltung von künftigen Umfragen zu erreichen, um ein realistisches Meinungsbild zu erhalten und repräsentative Verallgemeinerungen treffen zu können.

Der Samstag war dem Produktionsplan 2009 des Zahnärzteblattes Sachsen gewidmet. Bei der Auswahl der wissenschaftlichen Fachartikel sollen künftig hinsichtlich der Autorentenschaft Synergieeffekte mit der Kammer Mecklenburg-Vorpommern genutzt werden.

Dr. Hagen Schönlebe (gekürzt)



Dr. Hagen Schönlebe, Dr. Angela Grundmann, Dipl.-Stom. Gerald Flemming, Dr. Gottfried Wolf und Dr. Klaus Erler thematisieren eine geplante Umfrage zu Inhalt und Gestaltung der Zahnärzteblätter. Foto: Zahnärzteblatt Sachsen

Toll-Collect?

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gilt als eines der größten IT-Projekte der Welt. 70,8 Millionen Versicherte sollen sie erhalten, dazu werden Karten für Ärzte, Apotheker und Institutionen benötigt, des Weiteren Lesegeräte und sichere Kommunikationssysteme. Zahlreiche Probleme und Verzögerungen begleiten den Projektablauf zur Einführung. Das Bundesgesundheitsministerium wird trotzdem nicht davon abrücken, obwohl nachweislich Mängel bestehen, die regionale Einführung der eGK durchzusetzen. Als so genannte „Durchstichregion“ ist der Bereich Nordrhein vorgesehen. Das Land Sachsen hatte sich als Testregion verweigert.

Der Berg an Pleiten, Pech und Pannen wächst. Testregionen verweigern die Teilnahme am Projekt. Patienten vergessen PIN-Nummern und können den Arzt damit für den Einsatz der Chipkarte nicht autorisieren.

Derzeit sind kaum profunde Informationen seitens des BMG zum Stand des Projektes zu bekommen. Daher führten die Bundeszahnärztekammer und die KZBV für die Öffentlichkeitsarbeiter aus den Länderkammern und -KZVs einen Workshop durch, um etwas Licht ins Dunkle zu bringen. Dabei ging es selbstverständlich auch darum, eine Kommunikationsstrategie zu entwickeln, um kurzfristig und deckungsgleich Zahnärzteschaft und Patienten zu informieren.

Neben den vielfältigen sachlichen und juristischen Fragwürdigkeiten, z. B. mangelhaftes Finanzierungskonzept und datenschutzrechtliche Bedenken, macht die eGK von der angestrebten Zielsetzung speziell für Zahnarztpraxen keinen erkennbaren Sinn. Allerdings wird sie Finanzierungs-, Bürokratie- und Arbeitsaufwand in die Praxen tragen. Daher sei an dieser Stelle eindeutig darauf hinzuweisen, dass einige Herstellerfirmen das Informationsdefizit ausnutzen und schon heute versuchen, Praxen zu Neuinvestitionen im Hardwarebereich zu drängen. Unsere Bitte: Unternehmen Sie derzeit nichts. Es sind zurzeit keine Veränderungen notwendig, auch wenn durchaus der eine oder andere Urlauberpatient aus Nordrhein z. B. zur Notfallbehandlung mit einer eGK in der Praxis erscheint, die aktuellen EDV-Anlagen sind ausreichend. Dens wird sie weiterhin informieren.

Dipl.-Stom. Gerald Flemming

Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen

Angebot der zahnärztlichen Körperschaften in Arbeit

Statement der Zahnärztekammer:

Budget, Degression, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und in immer kürzerem Rhythmus erfolgende Gesundheitsreformen bestimmen den Alltag in der Zahnarztpraxis. Das Medizinproduktegesetz, die Umsetzung der Richtlinie des Robert-Koch-Instituts (RKI), die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung, Qualitätssicherung beim Röntgen, Pflichtfortbildung und sonstige „Maßnahmen der Kompetenzerhaltung“, wie z. B. die gesetzlich vorgeschriebene Erneuerung der Fachkunde im Bereich des Röntgens, binden zusätzliche finanzielle und zeitliche Ressourcen des Praxisinhabers.

Qualität und Qualitätsmanagement sind von jeher integraler Bestandteil der freiberuflichen Arbeit, unabhängig davon, ob diese selbstständig oder in angestellter Form ausgeübt wird.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Einrichtung eines praxisinternen Qualitätsmanagements hat in ausführlicher Form die Anforderungen an ein QM-System beschrieben.

Bei der Umsetzung gibt es bereits heute eine Vielzahl von Angeboten. Diese reichen von Benchmarking-Angeboten über Zertifizierung nach ISO 9000ff oder EFQM (European Foundation for Quality Management) bis zu EPA (Europäisches Praxisassessment) und dem eigenen Ansatz im Zahnärztlichen Praxismanagement System (Z-PMS). Zu Letzterem gibt es im Bundesgebiet eine Vielzahl von Ideen und Umsetzungs-CDs aus Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kammern.

Der Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beschäftigt sich seit dem Jahr 2001 systematisch und fortlaufend mit dem Thema des Qualitätsmanagements in Zahnarztpraxen.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass es nicht „das QM-System“ schlechthin für alle Zahnarztpraxen gibt. Ein

zeitaufwändiges und bürokratisches QM wird hier schnell kontraproduktiv und kann auch zur finanziellen Belastung werden.

Auf der Kammerversammlung am 5. Juli wurden die Vor- und Nachteile verschiedener Systeme dargelegt. Die Kammerversammlung hat ihrerseits die Mittel zur Fertigstellung einer Z-PMS-CD bewilligt. Damit wird es im zukünftigen und mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V gemeinsam zu führenden Entscheidungsprozess möglich sein, aus einer Vielzahl von Angeboten eine gezielte Auswahl zu treffen. Diese wird die Interessen der in der überwiegenden Zahl eher kleiner strukturierten Zahnarztpraxen im Lande berücksichtigen müssen. Ziel ist die Bereitstellung eines Systems, welches sich durch leichte Handhabbarkeit mit überschaubarem Umsetzungsaufwand bei möglichst geringem finanziellen Aufwand auszeichnet.

Eine externe Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems wird zum gegenwärtigen Stand nicht gefordert und ist aus unserer Sicht für die Mehrzahl der Kolleginnen und Kollegen auch nicht empfehlenswert.

Richtig angewandt, kann und soll die Einführung eines dokumentierten QM in unseren Praxen Arbeit erleichtern, Ressourcen heben helfen und die Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeitern und Inhabern erhöhen. Der Weg dahin ist steinig und letztendlich muss jeder Praxisinhaber selbst die Entscheidung für das für ihn passende QM-System finden.

Es verbleibt bis zum Termin der gesetzlich geforderten Umsetzung, dem 31. Dezember 2010, ausreichend Zeit, um sich mit dem Thema in der Praxis zu beschäftigen. Es kann und sollte also durchaus die Entscheidung beider Körperschaften über einen Vorschlag zur Umsetzung abgewartet werden.

Dipl.-Stom. Holger Donath,
Vorsitzender des Ausschusses
Zahnärztliche Berufsausübung
und Hygiene der ZÄK M-V

Für 100 Kakaobohnen einen männlichen Sklaven

Mitteldeutsches Medienseminar zur Zahnheilkunde in Halle

„Süßes ist auch vom Zahnarzt nicht verboten“ – dieses Motto besänftigte alle Journalisten, die zum zweiten Mitteldeutschen Medienseminar der Landes Zahnärztekammern Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen am 29. und 30. Mai nach Halle/Saale gereist waren. Die Besichtigung des Schokoladenmuseums in der Hallorenfabrik stellte den Höhepunkt dar. Schon bei den Azteken war Kakao ein Zahlungsmittel und sollte „Glück und Wohlstand“ symbolisieren. Für 100 Kakaobohnen konnte man einen männlichen Sklaven erwerben. Für den europäischen Geschmack war dieses Getränk viel zu bitter oder zu scharf, wenn es – wie in Mittelamerika üblich – mit Chili oder Ingwer verfeinert wurde. Erst spanische Mönche kamen im 16. Jahrhundert auf die Idee, dieses Produkt zu versüßen und so trat die Kakaobohne ihren Siegeszug nach Europa an.

Damit kommen auch die Zahnheilkundler ins Spiel. Dass Schokolade reichlich kariogen ist, wissen inzwischen schon viele Kinder. Und Zucker ist so verführerisch. Rund 50 Kilogramm Zucker werden jährlich pro Kopf in Deutschland verbraucht, berichtete der Direktor der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Prof. Dr. Hans-Günter Schaller. So zeigte er anhand des berühmten Mona-Lisa-Bildes – dass im 16. Jahrhundert ein Lächeln schier unmöglich war – eben wegen der Approximalkaries. Am Hofe des Ludwig des XIV. diente der Fächer den Damen als Sichtschutz vor maroden Zähnen und Mundgeruch.

Im Jahre 1851 weitete die Konditorfamilie David in Halle ihre Schokoladenproduktion aus. Das 1870 eröffnete Kaffeehaus „Cafe David“ bot 1400 Gästen Platz und war die Attraktion in der Stadt. Mit der Erfindung der Praline „Mignon“ 1890 ging ein Hallenser Produkt auf Siegeszug. Zum Ende des 19. Jahrhunderts beschäftigte das Unternehmen 2500 Mitarbeiter – heute sind es 330 Angestellte. Die jüdische Familie David konnte zwar eine Enteignung unter den Nazis verhindern, indem „arischer Ursprung“ nachgewiesen

werden konnte, dennoch wurde die Fabrik in „Mignon Schokoladenfabrik“ umbenannt. Bis kurz vor Kriegsende konnte weiter produziert werden. Bereits 1946 begann der Wiederaufbau der Familie David mit Ersatzschokolade, der Vitalade – bestehend aus Erdnüssen, Möhren, Erbsen und Zucker – und der Fliegerschoko-



Mit großer Aufmerksamkeit verfolgten die Journalisten das Seminar „Gesunde Zähne für alle Kinder“.
Fotos: Renate Heusch-Lahl

lade – die zur Hälfte aus Kaffeebohnen bestand. 1952 wurde aus vier Betrieben das Kombinat Halloren – der Name stammt übrigens aus der Gegend und beschreibt die Bruderschaft der Salzwirker. Im Museum ist neben einem Haus nur aus Schokolade die größte Hallorenkugel, in der 160 Kilo Sahne-Kakao-creme und 40 Kilo Zartbitterschokolade in sechs Monaten verarbeitet wurden, zu besichtigen.



Vortragender: Professor Dr. Hans-Günter Schaller

Auch ein Blick in eine Produktionshalle lohnt sich. Der Besucher lernt, dass eine Praline in den Mund passen sollte, einen 25-prozentigen Schokoladenanteil und eine Füllung haben muss. Prof. Schaller empfahl den Medienvertretern diesen süßen Genuss als Dessert, da dann die erhöhte Speicheltätigkeit die kariogene Wirkung

reduziere.

Im Laufe des Seminars erfuhren die Journalisten, dass die frühkindliche Karies die häufigste chronische Erkrankung sei, da mehr als 10 Prozent der Kinder darunter leiden. Immerhin würden durch Zahnprobleme mehr als 50 Millionen Schulstunden jährlich versäumt, rechnete Oberärztin Dr. Leonore Kleeberg vor. Besonders eindringlich schilderte sie das Nuckelflaschensyndrom. Die Flaschenabhängigkeit ihrer Kinder begründeten Eltern mit entwaffnender Ehrlichkeit („Ruhe zum Rauchen“), eigener Belastungssituation, emotionaler Selbsttäuschung und pseudopsychologischen Argumenten. Dr. Kleeberg wies zudem daraufhin, dass die Folgen für das Allgemeinbefinden wie Abszesse, Verdauungsprobleme und Fehlernährung, Atem- und Harnwegsinfekte, Appetitlosigkeit sowie Quengeligkeit nicht zu unterschätzen seien.

Dr. Heike Mayer aus Halle berichtete aus ihrer Arbeit in der freien Niederlassung einer Kinderzahnarztpraxis. Sie betonte, dass sie am ersten Tag, an dem das Kind in der Praxis erscheint, keine Behandlung durchführe. „Das Kind soll das Gefühl be-

kommen, hier kann es dir gut gehen“, sagte die Zahnärztin. Mit Faszinationstechniken wie dem „Zauberstab“ und den bunten Fischen, die im Behandlungszimmer gut sichtbar für die kleinen Patienten hängen, versucht sie eine behagliche Atmosphäre zu schaffen. Auch eine Sonnenbrille für die Kinder hat sie zur Hand, da die Patienten oft durch das Licht geblendet werden.

Die Pressereferenten der (Landes-) Zahnärztekammern aus Brandenburg, Dr. Eberhard Steglich, aus Sachsen, Dr. Thomas Breyer, aus Sachsen-Anhalt, Dr. Dirk Wagner, aus Thüringen, Dr. Gottfried Wolf und Mecklenburg-Vorpommern, Dipl. Stom. Gerald Flemming, standen den Journalisten, die aus den verschiedenen ostdeutschen Bundesländern angereist waren, für spezielle Fragen zur Verfügung. Nach der Premiere im vergangenen Jahr war dies das zweite Seminar für Medienvertreter, um zahnmedizinische Informationen kompakt und verständlich zu transportieren, da dies im üblichen journalistischen Arbeitsalltag zu kurz kommt.

Die interessierten Medienvertreter bekamen während des Seminars „Ge-



Dr. Eberhard Steglich und Dipl.-Stom. Gerald Flemming im Hallenser Schokoladenmuseum.

sunde Zähne für alle Kinder“ einen umfassenden Einblick in die Arbeit der Kinderzahnheilkunde, von der Entstehung der Karies, Möglichkeiten der Kariesprävention im Kindesalter, der Kariesepidemiologie, über Restaurationstechniken, Zahnverletzungen im Milch- und Wechselgebiss bis hin zu psychologischen Aspekten.

Renate Heusch-Lahl

GOZ-Konferenz in Quickborn

Arbeitsgemeinschaft Nord analysierte Leistungskatalog

Der GOZ-Senat der Bundeszahnärztekammer hat die GOZ-Arbeitsgemeinschaften Nord, Mitte und Süd gebeten, den derzeit vorliegenden GOZ-Leistungskatalog aus dem Bundesgesundheitsministerium einer fachlichen Kritik zu unterziehen.

Aus diesem Anlass hatte die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein unter Leitung des Kollegen Dr. K.-Ulrich Rubehn die GOZ-Referenten und deren Sachbearbeiterinnen zu einem Treffen der GOZ-Arbeitsgruppe Nord (Zahnärztekammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern) am 6. Juni nach Quickborn eingeladen.

Zunächst informierte Kollege Rubehn über den aktuellen Stand des GOZ Novellierungsverfahrens. Nach Aussagen des Bundesgesundheitsministerium ist mit einem Inkrafttreten der neuen GOZ voraussichtlich im I. Halbjahr 2009 zu rechnen, wobei ein früher Termin zum 1. Januar eher unwahrscheinlich ist.

Im Ergebnis der Tagung wurde dann für die Abschnitte Parodontologie, Implantologie und Prophylaxe ein entsprechender Kritik-Katalog zum Entwurf des BMG erarbeitet, dessen Ergebnis in ein gemeinsames Arbeitspapier der drei GOZ-Arbeitsgruppen und der BZÄK zum derzeitigen GOZ-Entwurf einfließen werden. Bei vielen Gebührennummern sind fachliche Nachbesserungen bei den Leistungsbeschreibungen und der vorläufigen Bewertung notwendig, gleiches gilt für eine sinnvolle Nummerierung der Leistungen und deren fachlicher Zuordnung zu bestimmten Leistungsabschnitten.

Eine abschließende Koordination aller Ergebnisse der drei GOZ-Arbeitsgruppen findet am 27. Juni in der Bundeszahnärztekammer statt, damit dem BMG rechtzeitig vor dem Referentenentwurf eine fachlich fundierte Stellungnahme übermittelt werden kann.

Dipl.-Stom. Andreas Wegener
Vizepräsident/GOZ-Referent

Landesversammlung des Freien Verbandes

GOZ-Novelle, Basistarif und E-Card standen auf dem Programm

Am 11. Juni fand die diesjährige Landesversammlung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte in Güstrow statt. Im Mittelpunkt der Landesversammlung standen die GOZ-Novelle, das Problem Basistarif und die Einführung der E-Card.

Zu Beginn der Versammlung stellte der Landesvorsitzende, Dr. Peter Bührens aus Schwerin, den Stand der GOZ-Beratungen dar. Er stellte in seinem Vortrag die Frage: Was darf der Staat?

„Für mich ist es ein klarer Rechtsbruch, wenn die Gebühren nach 20 Jahren Stillstand nicht entsprechend angepasst werden. Die Diäten der Bundestagsabgeordneten sind in dieser Zeit um 68 Prozent gestiegen. Die Gebührenordnungen für Rechtsanwälte und Tierärzte sind entsprechend erhöht worden. Warum gelten die Argumente, die die Abgeordneten in entsprechenden Sitzungen des Bundestages vorgetragen haben, nicht für unseren Berufsstand? § 15 des Zahnheilkundengesetzes schreibt vor, dass beim Erlass der Gebührenordnung die Interessen der Versicherten und der Zahnärzte gleichwertig zu berücksichtigen sind. Wer dieses ignoriert, bricht das Recht. Der zweite Rechtsbruch liegt darin, Teile des SGB V, nämlich die Mehrkostenberechnung im Füllungsbereich und in der Prothetik, gleich mit ändern zu wollen.“

Bührens sprach sich dafür aus, diesen Rechtsbruch zu thematisieren und an die Entscheidungsträger heranzutragen. Dieses sei im Wesentlichen



Die Mitglieder der Landesversammlung bei der Abstimmung. Im Präsidium Vorsitzender Dr. Peter Bührens (3.v.l.)
Foto: Gerald Flemming

der Bundesrat. Im Übrigen forderte er auch die Bundeszahnärztekammer und unsere Landeszahnärztekammer auf, diese Rechtsbrüche, wenn sie denn so kommen, nicht umzusetzen. Am Ende seines Vortrags stellte er die Frage nach einem Anpassungsmodus in der neuen GOZ. „Sollte dieser nicht in die GOZ kommen, werden wir mit einer heute schon unzureichenden Honorierung nach unserer schlechten Erfahrung wieder die nächsten 20 Jahre leben müssen.“

Auf der Landesversammlung wurde deutlich gemacht, dass der Freie Verband den Basistarif ablehnt. Die KZBV wird aufgefordert, die Verhandlungen über Basistarifbedingungen sofort abzubrechen. Die KZV

M-V wird aufgefordert, klarzustellen, dass es keine Behandlungspflicht für jeden einzelnen Zahnarzt aus dem ihr übertragenen Sicherstellungsauftrag gibt. Diese Auffassung ist inzwischen durch das Bundesverfassungsgericht betätigt worden.

Weiter lehnt der Freie Verband die Einführung der E-Card ab. „Man wird die E-Card nicht mit Anträgen verhindern können. Die einzige Möglichkeit besteht darin, die Öffentlichkeit zu mobilisieren. Dieses ist gerade im Jahr der Bundestagswahl keineswegs aussichtslos, denkt man nur an die beschlossene Diätenerhöhung und deren Rücknahme nach den vielen öffentlichen Protesten der Bevölkerung.“

FVDZ

Anzeige

Guten Tag, liebe Zahnärztinnen und Zahnärzte,

Sie wollen mehr Patienten für die Prophylaxe gewinnen? Sie wollen mehr hochwertigen Zahnersatz für Ihre Patienten? Sie wollen wieder mehr Spaß in der Praxis?

Schenken Sie mir 10 Minuten Ihrer Zeit und ich stelle Ihnen vor, wie Sie das realisieren! Ich komme kostenlos zu Ihnen in Ihre Praxis und Sie erhalten konkrete Vorschläge, wie Sie zukünftig mehr Gewinn machen!



Michael Engler,
Praxistrainer und Zahntechnikermeister
(Mitentwickler TEK-1, Erfinder der Basic-Krone)
Telefon: (03 81) 4 96 88 70 • Fax: (03 81) 4 96 88 71
Schwaaner Landstr. 176 • 18059 Rostock

Mit 68 Jahren, da fängt das Leben an . . .

Es sieht gut aus für diejenigen Vertragszahnärzte, die auch nach ihrem 68. Geburtstag weiterhin für ihre Patienten sorgen, sich nicht aufs Altenteil zurückziehen wollen. Denn: Die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion haben sich für die entsprechende Änderung im Bundessozialgesetzbuch eingesetzt. Es wurde daraufhin in der Koalition verabredet, dass die Regelung zur Aufhebung der Altersgrenze an eines der laufenden Gesetzgebungsverfahren angehängt werde.

Entscheidenden Anteil an der zustimmenden Haltung zur Abschaffung der Altersgrenze hatte der CDU-Bundestagsabgeordnete und Berufskollege Dr. Rolf Koschorrek. Der schleswig-holsteinische Zahnarzt hat einen vielversprechenden Weg gefunden, im Zuge einer geplanten Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die von jeher kritisierte Regelung aufzuheben.

Dr. Rolf Koschorrek: „Hauptintention der Altersgrenze war es, dem ärztlichen Nachwuchs angesichts der Zulassungssperren für die Errichtung neuer Praxen ausreichende Berufsaussichten in der ambulanten Versorgung zu eröffnen. Zugleich wurde damals festgelegt, dass die Zulassungsbeschränkungen aufzuheben sind, wenn die Voraussetzungen für eine Überver-

sorgung entfallen sind. Ende der 90er-Jahre gab es Verfassungsbeschwerden gegen diese 68er-Regelung. Sie wurden aber zurückgewiesen mit dem Argument, dass die Versicherten vor nachlassender Leistungsfähigkeit älterer Ärzte geschützt werden müssten. Ein Argument, das allein durch die uneingeschränkte privatärztliche Tätigkeit auch über das 68. Lebensjahr hinaus widerlegt ist und die weder durch Gesetzgebung noch Rechtsprechung in Frage gestellt wird. Auch die Entscheidung des Bundessozialgerichts (2004), dass ein Zahnarzt über das 68. Lebensjahr hinaus Vertretungen in anderen Vertragszahnarztpraxen vornehmen darf, widerspricht der Schutzthese des Bundesverfassungsgerichts. Hinzu kommt, dass mit der jüngsten Gesundheitsreform (GKV/WSG) die Zulassungsbeschränkungen im zahnärztlichen Bereich aufgehoben wurden und es insofern nur konsequent ist, die 68er-Regelung zu streichen.

Vor diesem Hintergrund hatte Koschorrek im Frühjahr des Jahres eine Initiative für die Aufhebung der Altersgrenze für die Zahnärzte eingebracht. Der Vorschlag wurde in eine Anhörung des Gesundheitsausschusses eingebracht und dort positiv bewertet.

KZV

Was darf Krankenkassenwerbung kosten?

. . . oder wie man aus viel Geld eine Gesundheitskasse macht

Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenversicherungen ist groß und die Spielregeln werden mit der Einführung des Gesundheitsfonds im nächsten Jahr noch einmal verschärft. Rund 150 Milliarden Euro geben die gesetzlichen Krankenkassen jedes Jahr für den Gesundheitsschutz ihrer Mitglieder aus. Daneben reservieren sie jährlich einen Ausgabenblock, der mit Gesundheit auf den ersten Blick nur bedingt etwas zu tun hat. Sie investieren zunehmend in Werbung. Der Versicherte muss schließlich informiert werden, welche Krankenkasse im Wettbewerb das für ihn günstigste Angebot unterbreitet. Informationen, die die Krankenkassen jedes Jahr Geld kosten, viel Geld. Zwar ist das Ausga-

benbudget für Werbekosten limitiert auf 3,73 Euro im Westen und 3,15 Euro im Osten pro Versichertem und Jahr. Dennoch kommen leicht bei mehreren Millionen Versicherten, wie sie etwa die AOKs haben, erhebliche Beträge zusammen. Da stellt sich natürlich die Frage nach der Verhältnismäßigkeit. Denn Werbeausgaben werden – wie im Wesentlichen alle Ausgaben der Krankenkassen – aus Mitgliedsbeiträgen bezahlt.

Auch wenn der Werbeaufwand im Verhältnis zu den Leistungsausgaben – 3000 Euro pro Jahr und Mitglied bei der AOK – gering erscheint, so schlägt im Detail eine ganzseitige Anzeige im „stern“ oder „spiegel“ je nach Saison mit über 50 000 Euro zu Buche. Von

Fernseh- und Rundfunkwerbung sei hier gar nicht die Rede. Und wenn man dann aus dem PR-Bereich weiß, wie lange es braucht, einen Begriff wie „die Gesundheitskasse“ in den Köpfen zu manifestieren – man spricht von fast 100 Mal hören oder sehen –, dann weiß man, dass Werbung am Ende eine teure Angelegenheit ist. Auch wenn Landesbehörden und das Sozialministerium die Höhe der Werbeausgaben im Auge behalten, stehen diese Gelder in Zeiten von Leistungsausdünnung und Beitragserhöhungen nicht für die originäre Aufgabe von Krankenkassen zur Verfügung – für die Gesundheitsleistungen ihrer Versicherten.

Kerstin Abeln

KZBV fordert Aussetzung des Gesundheitsfonds

Neunte Vertreterversammlung tagte am 18. Juni in Köln

Die Mitglieder des obersten Organs der KZBV sprachen sich einstimmig für die Aussetzung des Gesundheitsfonds aus. Kritische Stimmen gab es auch zur elektronischen Gesundheitskarte.

„Gesundheitsfonds aussetzen“

Auf der neunten Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) haben die Delegierten einen einstimmigen Beschluss zum Gesundheitsfonds gefasst. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert, „den Gesundheitsfonds auszusetzen“. Nach den vorliegenden Stellungnahmen und Gutachten namhafter Wissenschaftler gelte als sicher, „dass der Gesundheitsfonds zu höheren Kassenbeiträgen bei gleichzeitig reduzierten medizinischen Leistungen führen würde“. Statt mit dem Fonds zusätzliche Bürokratie und Zentralismus einzuführen, sollten die föderalen Strukturen im Gesundheitswesen gefördert werden.

Delegierte sehen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kritisch

In einer mit überwältigender Mehrheit getroffenen Entschließung lehnte die Vertreterversammlung „den Basis-Rollout der eGK ab, da mit diesem Projekt weder Erkenntnisgewinn noch Mehrwert erreicht werden, sondern zusätzliche Kosten entstehen, die dem System an anderer Stelle entzogen werden“. Das Gremium beauftragte den Vorstand der KZBV, darauf hinzuwirken, „dass die mit der Einführung der Karte verbundenen Aufwände und Probleme in den Zahnarztpraxen so gering wie möglich bleiben und die Praktikabilität der Abläufe so weit wie möglich gewahrt bleibt“. Ziel sei, dass für den nieder-

gelassenen Zahnarzt keine Verpflichtungen entstünden, „Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte in ihren Praxen umzusetzen, die über

sationen stark gemacht hatte, sei ein konsequenter Schritt, nachdem im Jahr 2007 bereits die Bedarfszulassung weggefallen sei.



Auch Dr. Manfred Krohn (rechts) sprach sich dafür aus, die massiven Einsparungen im ZE-Bereich nach Einführung der Festzuschüsse als Druckmittel bei Punktwertverhandlungen zu nutzen.
Foto: modusphoto

das Einlesen der Versichertenstammdaten aus der eGK hinaus gehen“.

Die Delegierten schlossen sich den Forderungen des jüngsten Deutschen Ärztetages nach der Erprobung von Alternativen zur zentralen Datenspeicherung, zur Neukonzeption von Anwendungen und zur Freiwilligkeit der Mediziner bei der Unterstützung der Anwendungen an.

Aufhebung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte begrüßt

Die Vertretung der 56 000 Vertragszahnärzte in Deutschland begrüßte einhellig die Ankündigung des Gesetzgebers, die Altersgrenze von 68 Jahren in der vertragszahnärztlichen Versorgung aufzuheben. Die Aufhebung, für die sich die KZBV zusammen mit anderen Zahnärzteorgani-

Inflationsausgleich bei Honoraren für Zahnersatz gefordert

In einem einstimmig gefassten Beschluss forderten die Zahnärzterevertreter dazu auf, die massiven Einsparungen im Zahnersatzbereich, die die Krankenkassen nach Einführung der Festzuschüsse erzielt haben, „zum Anlass zu nehmen, bei Punktwertverhandlungen in diesem (unbudgetierten) Bereich zumindest einen Inflationsausgleich einzufordern“. Der Appell erfolgte vor dem Hintergrund, dass die geltende Praxis einer Kopplung der Honorarentwicklung an die Grundlohnsumentensteigerung in den vergangenen Jahren stets zu Abschlüssen weit unterhalb des Teuerungsausgleichs geführt hatte.

KZBV

Kooperationsvereinbarung unterzeichnet

BZÄK arbeitet enger mit Zahnmedizinstudenten zusammen

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V. (BdZM) wollen enger zusammenarbeiten. Das wurde in einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung festgeschrieben. BZÄK-Präsident Dr.

Dr. Jürgen Weitkamp und der Vorsitzende des BdZM, Art Timmermeister, unterzeichneten die Vereinbarung Mitte Mai. In insgesamt sieben Paragraphen wird die Kooperation in dem Papier – etwa zum Deutschen Zahnärztag, zur IDS oder im Bereich der Weiter-

bildung – festgehalten. Im Juni hat der BdZM zudem feierlich seine Geschäftsstelle in Berlin eröffnet, um die gute Zusammenarbeit und Anbindung der Bundesfachschaft an die BZÄK perspektivisch noch weiter zu festigen.

BZÄK

Deutscher Zahnärztetag

Wissenschaft, Praxis und Standespolitik

Der Deutsche Zahnärztetag 2008 wird vom 22. bis 25. Oktober im neuen Internationalen Congress Center Stuttgart stattfinden. Er vereint traditionell Standespolitik, Praxis und Wissenschaft und damit Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassen-



zahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) unter einem Dach.

Das wissenschaftliche Programm findet unter der Thematik „Ästhetik und Laser in der Zahnheilkunde“ als Gemeinschaftstagung der DGZMK, der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde und des Zahnärztetags der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg statt.

Informationen und Anmeldung unter: www.dzaet08.de

Implantate – Fortschritt beim Ersatz fehlender Zähne

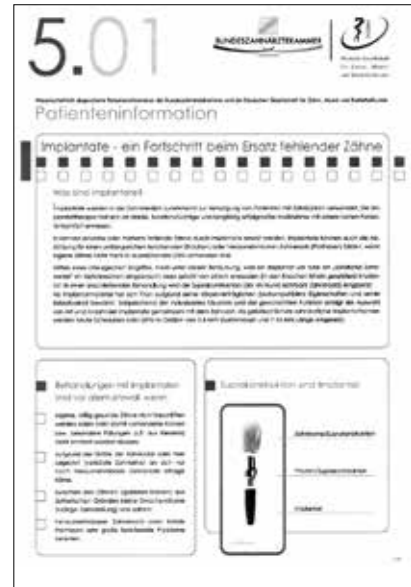
Neue Patienteninformation von BZÄK und DGZMK

Eine neu erstellte, wissenschaftlich abgesicherte Patienteninformation hat die Bundeszahnärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zum Thema Implantologie veröffentlicht.

Mit dieser und den bisher schon veröffentlichten Patienteninformationen wenden sich BZÄK und DGZMK den berechtigten Interessen der Patienten nach fachlich fundierten, wissenschaftlich abgesicherten aber verständlich formulierten Patienteninformationen zu. Gleichzeitig soll die Aufklärung und Information der Patienten durch die Zahnärzte unterstützt und erleichtert werden. Verantwortlich sind in den Vorständen Dr. Lutz Laurisch seitens der DGZMK und Dr. Dietmar Oesterreich seitens der BZÄK.

Auch die neue Patienteninformation ist wieder auf den Websites von BZÄK (www.bzaek.de) und DGZMK (www.dgzmk.de) zum kostenlosen Download bereit gestellt. Sie kann sowohl farbig, als auch schwarz-weiß ausgedruckt werden und dient so auch als Kopiervorlage zur Vervielfältigung in den Praxen. Jeder Zahnarzt und jede Zahnärztin kann sich so einfach und preiswert mit wissenschaftlich abgesicherten Patienteninformationen ausrüsten und ergänzend zum persönlichen Gespräch den Patienten an die Hand geben.

Die Patienteninformationen erhalten Sie ebenfalls auf der Webseite der Zahnärztekammer Mecklenburg-



Vorpommern unter www.zaekmv.de Menüpunkt „Patientenberatung“ - „Patienteninformationen der Bundeszahnärztekammer“. Bisher wurden folgende Themen veröffentlicht:

- Operative Entfernung von Weisheitszähnen
- Fluoridierung zur Kariesprävention
- Fissurenversiegelung
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Parodontalbehandlung
- Regenerative Therapie (Gesteuerte Geweberegeneration/GTR)
- Mikrobiologische Diagnostik und Parodontitistherapie
- Implantate – ein Fortschritt beim Ersatz fehlender Zähne

BZÄK

Anzeige

GÜSTROWER FORTBILDUNGSGESELLSCHAFT FÜR ZAHNÄRZTE

GFZa • Pfahlweg 1 • 18273 Güstrow • Tel. (0 38 43) 84 34 95 • E-Mail: info@gfza.de • web: www.gfza.de

„Klinische und instrumentelle Funktionsanalyse bei funktionsgestörten Patienten“

Ein Demonstrationskurs für Zahnärztinnen und Zahnärzte, Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden. Die vollständige manuelle und instrumentelle Funktionsanalyse als Voraussetzung für eine zielgerichtete Therapie wird am Patienten – von der Anmeldung bis zur Therapieplanung – demonstriert.

Referent: **ZA Tilman Fritz (Rheinbach)**

27./28. September 9.00 – 19.00 Uhr in Güstrow, Kurhaus am Insee
Kursgebühr: 620,- € inkl. MwSt., Punkte ZÄK: 17, Teilnehmerzahl: max. 26!

Mindermann wieder BDK-Vorsitzende

Wiederwahl für Landesverband Mecklenburg-Vorpommern kein Grund zur Freude

Die Mitgliederversammlung und Bundesvorstandswahl des Berufsverbands Deutscher Kieferorthopäden in Düsseldorf endete mit der Wiederwahl der Bundesvorsitzenden, Dr. Gundi Mindermann. Während die Pressemitteilung des BDK, die Wahl wortreich preist, gibt es auch kritische Stimmen zur Wahl an sich und zur Arbeit des BDKs. Stellvertretend die Meinung des BDK-Landesverbands Mecklenburg Vorpommern.

Die aktuellen Veröffentlichungen zur Mitgliederversammlung des Berufsverbands, sind Beweis für den Realitätsverlust des Bundesvorstands und seiner Vorsitzenden.

Es erstaunt diejenigen Kollegen, welche vor Ort waren, dass in den öffentlichen Verlautbarungen von einer großen Teilnehmerzahl berichtet wird. Tatsächlich anwesend waren nämlich nur 171 der über 2400 BDK - Mitglieder. Und mit viel mehr Teilnehmern hatte man offenbar auch nicht gerechnet, denn der Sitzungssaal war entsprechend knapp bemessen. Gewählt wurde Frau Mindermann dann von 90 Prozent der anwesenden „Minderheit“, tatsächlich also nur von sechs Prozent der BDK - Mitglieder.

Im Berufsverband existiert seit 2005 eine kritische Opposition, die Arbeitsgruppe BDK Konkret, welche durch die Landesvorsitzenden der Länder Bayerns, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen geführt wird, die rund ein Drittel der Mitglieder des BDK repräsentieren.

Diese sind nach Umfragen in ihren Landesverbänden stellvertretend für die Mitglieder nach Düsseldorf gefahren, um massive Unzufriedenheit zu bekunden. Die Landesvorsitzenden hatten das eindeutige Votum ihrer Verbände zum Verlassen der kurzfristig vorverlegten Wahl. Diese sollte ursprünglich erst im Herbst, wie sonst üblich zusammen mit der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) stattfinden. Den vielen Andersdenkenden verblieb damit keine ausreichende Zeit für Alternativen. Es sind nicht etwa zwei ehemalige Vorstandsmitglieder aus Bayern und Schleswig-Holstein, sondern die Kieferortho-

päden der genannten Länder, die mit der Politik des wiedergewählten Vorstands nicht einverstanden sind und diese Wahl boykottiert haben.



Dr. Lutz Knüpfner

Im Vorfeld der Wahl wurde leider nur allzu deutlich, dass dieser Bundesvorstand nahezu gar nichts in Bezug auf eine Mitgestaltung der neuen GOZ erreichen konnte. Im Bericht des Bundesvorstands fehlten wesentliche und für die Kollegen zukunftsentscheidende Fragen. Das Wenige, was im Bundesgesundheitsministerium für die Interessen der Kieferorthopäden erreicht wurde, war dann offenbar auch eher eine Leistung der DGKFO und ein persönlicher Verdienst der Vorsitzenden der Fachgesellschaft, Professor Dr. Bärbel Kahl-Nieke. Zum Stand der laufenden Gerichtsverfahren, etwa zur Ungerechtigkeit des BEMA 04, der nicht erfolgten Angleichung der Bewertung kieferorthopädischer Leistungen und Punktwerte an die zahnärztlichen Vergütungen und der ausgebliebenen Angleichung der Ost und Westpunktwerte gab es keine Ausführungen. Die dringend notwendige Diskussion wurde bewusst durch einen Geschäftsordnungsantrag frühzeitig abgewürgt. Insgesamt muss von einer Farce gesprochen werden.

In Mecklenburg Vorpommern sind seit der Wahl 2005 von Dr. Mindermann und Professor Dr. Scherer viele Fachzahnärzte für Kieferorthopädie aus dem Berufsverband ausgetreten. An die Spitze des Verbands haben sich somit zwei „Aussteiger“ gestellt, die

für die Bundespolitik im Bereich Gesundheit nicht zu akzeptieren waren und bis heute im Abseits stehen. Die Strategie ist nach wie vor der langfristige Ausstieg aus dem System der GKV. Den Unfrieden hat Dr. Mindermann sich selber und ihrem Handeln zuzuschreiben. Ihre Konfrontationspolitik und die mangelnde Integrationsfähigkeit sind die Ursache. Die Zensur des BDK-Info und die rücksichtslose Streichung von Beiträgen unliebsamer Landesverbände haben zu einem steten Demokratieverlust im Gesamtverband geführt. Dies wird zwangsläufig in der Spaltung des Verbands enden. Nicht zuletzt, weil sich auch ein Großteil der Kollegen in den neuen Bundesländern von diesem Bundesvorstand wenig bis gar nicht vertreten fühlt. Dieses hat den BDK zu dem gemacht, was er heute ist, politisch fast bedeutungslos.

Nicht zuletzt war es die Bundesvorsitzende, die mit dem Artikel in der DZW und ihrer Forderung „Kieferorthopädie den Kieferorthopäden“ auch noch die zahnärztlichen Kollegen verprellt hat, auf deren Solidarität Kieferorthopäden im Rahmen der GOZ-Novellierung bisher noch hoffen konnten.

Die Kollegen in Mecklenburg-Vorpommern sehen sich als Teil der Medizin im Rahmen der GKV und bekunden ihren Part in einer präventionsorientierten Zahnheilkunde, wie diese von der BZÄK vehement vertreten wird. Die Fachzahnärzte zwischen Schwerin und Ueckermünde akzeptieren ihre zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen, so diese nach den Qualitätsstandards des Fachgebiets Kieferorthopädie arbeiten.

Nur so viel: Wer durch Manipulation und geschicktes Taktieren im Amt bleibt, muss sich nicht wundern, wenn die Opposition nach der Wahl erst recht weiter an einer Umsetzung der wichtigen Ziele arbeitet und auch weitere Kolleginnen und Kollegen den Verband verlassen und auf Landesebene aktive Politik für die Fachzahnärzte für Kieferorthopädie gestalten.

Dr. Lutz Knüpfner
Landesvorsitzender des Berufsverbandes
Mecklenburg Vorpommern



Zum Fachsymposium konnte Professor Dr. Wolfgang Sümnick am 28. Juni im Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg über 180 zahnärztliche Fachkolleginnen und -kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern und anderen Bundesländern begrüßen.



Am Rande des Symposiums kam es zu vielen Fachgesprächen zwischen den Teilnehmern.

Grenzsituationen und Risiken in der Implantologie

13. Greifswalder Fachsymposium: Prof. Dr. Wolfgang Sümnick zum neuen Vorsitzenden des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der DGI gewählt

Zu dem mittlerweile traditionellen Fachsymposium unter der wissenschaftlichen und organisatorischen Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Sümnick konnten am 28. Juni im Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg über 180 zahnärztliche Fachkolleginnen und -kollegen aus dem Land Mecklenburg-Vorpommern und anderen Bundesländern begrüßt werden. Die Implantologie wird im oralchirurgischen Bereich durch weiter verfeinerte Materialien und Techniken und nicht zuletzt auch aufgrund der steigenden Nachfrage durch die Patienten immer mehr thematisiert. In seiner Eröffnungsrede erwähnte Prof. Dr. W. Sümnick das große Angebot mit derzeit über 130 dentalen Implantattypen auf dem Markt und „jeder meint, er hätte das Beste“. Dabei dürfen jedoch gelegentliche Risiken und Grenzsituationen bei der Behandlungsplanung und -durchführung nicht außer Acht gelassen werden, zu denen zehn erfahrene Wissenschaftler und Praktiker aus ganz Deutschland referierten.

Im ersten Vortrag durch den Anatom Prof. Dr. Jochen Fanghänel (Greifswald) wurde sehr verständlich auf anatomisch bedingte Grenzsituationen bei der Implantologie verwiesen. Dabei ging Fanghänel besonders auf die anatomischen Besonderheiten der möglichen Implantatlager wie unterschiedliche Knochenstruktur der Kiefer, Tendenzen der Knochenatrophie oder die individuell abweichende Position des Nasenbodens und der Sinus maxillares, ein. Besonders zu beachten sei auch die

Möglichkeit akzessorischer Nerv- und Gefäßkanäle des Canalis mandibularis, welche in zehn Prozent der Fälle vorkommen sollen.

Dr. Lutz Tischendorf (Halle) referierte anhand von Fallbeispielen über die Risiken beim Implantieren bedingt durch das Alter in Verbindung mit Polymorbidität, Blutungsneigung bei der Therapie durch Antikoagulantien, Nikotinabusus, Bruxismus und Fehlbelastung der Zähne. Die Möglichkeit, heutzutage gefäßschonend und zügiger durch schablonengeführte Implantatinsertion zu operieren, zeitnah die Überversorgung einzugliedern und nicht zuletzt die individuelle Wahl der Implantate selbst (Halsgestaltung, Oberflächenbeschaffenheit, Implantat-Abutmentverbindung) mache das Implantieren in Einzelfällen auch bei Patienten mit höherem Risiko möglich.

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake (Göttingen) hob auf der Grundlage zahlreicher wissenschaftlich belegter Studien den Diabetes mellitus, die Therapie mit Cortisonpräparaten wie bei M.Crohn und die genetisch erhöhte Interleukin-1-Aktivität und Osteoporose v.a. in Verbindung mit Nikotinabusus als besonders hohe Risikofaktoren in der Implantologie hervor. Bei der Planung zur Implantatversorgung solle sich der Behandler bei Patienten mit Osteoporose, welche auch durch Corticosteroidpräparate induziert wird, nicht allein auf das OPG, das CT oder die so genannten DEXA-Werte zur Bestimmung der Knochenbeschaffenheit

verlassen. Wichtig sei hier vor allem der klinische Befund bei der Knochenpräparation.

Als Vorgehen empfiehlt Schliephake hierbei dringend das non-ablative Verfahren durch das Osteotom. Sind Patienten länger als drei Monate mit mehr als 5mg Cortison therapiert worden, besteht hier ggf. eine Knochenstruktur, welche ungeeignet für die Implantatinsertion ist. Bei langfristig gut eingestellten Diabetikern (HbA1c-Wert zwischen 6 und 8) könne man dem erhöhten Risiko der Wundheilungsstörung durch perioperative Antibiotikasubstitution bei der Implantation begegnen.

Als weiterer Referent handelte Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf (Leipzig) das Thema Implantate im bisphosphonat-kompromittierten Kiefer ab. Aufgrund der hohen Knochenaffinität, der jahrelangen Halbwertszeit und der Wechselwirkungen mit den Knochenzellen gelten Patienten, die mit Medikamenten aus der Bisphosphonatgruppe insbesondere intravenös therapiert werden, als risikoreich. Wichtig sei, bei der Implantatinsertion das Periost so wenig wie möglich zu lösen, um die Versorgung des Knochens nicht zu unterbrechen. Jedoch, so Graf, gelten Zahnextraktionen im Gegensatz zur dentalen Implantation als riskanter, da hier regelrechte Riss-Quetsch-Wunden entstehen, welche Osteomyelitiden zur Folge haben können.

Prof. Dr. Jürgen Becker (Düsseldorf) gab anhand zahlreicher Fallbeispiele sehr praxisorientierte Informationen

in Bezug auf Periimplantitis. Auch er betonte die Notwendigkeit einer ausführlichen präoperativen Patientenanamnese zur Einschätzung des Implantatverlustrisikos durch Periimplantitis. Wichtig seien regelmäßige Recall-Termine für Implantatpatienten zur Kontrolle und Sondierung der Taschen, um der Bildung eines ausgereiften Biofilms und der Progression von Periimplantitis entgegenwirken zu können. Als Fazit betonte er, lieber frühzeitig auf die Mukogingivalchirurgie zurückzugreifen und die Implantatoberflächen außerhalb des Knochens mittels sehr langsam rotierender Fräsen zu glätten und so der Biofilmentwicklung und damit der Periimplantitis-Progression entgegenzuwirken. Die „Implantatplastik“ sei die Zukunft.

Dr. Dr. Frank Palm (Konstanz) erläuterte in seinem Vortrag anhand beeindruckender Bilder missglückte Fälle bei der dentalen Implantation. Er empfahl auch aus Sicht als Obergutachter in Baden-Württemberg, in bestimmten Risikofällen auf eine ausführliche Diagnostik (DVT-Aufnahmen, Gentest

zur Bestimmung des IL-1-Allels) und Planung (z.B. unter Einbeziehung einer Navigationsschablone) nicht zu verzichten.

Prof. Dr. Wolfgang Sümnick (Greifswald) ließ es sich nicht nehmen, aus seiner 25-jährigen Implantaterfahrung auf interessante Patientenfälle zurückzugreifen und so die enorme Entwicklung in der Implantologie von der geschlossenen transdentalen Implantation über das Leipziger Blattimplantat bis hin zu der heutigen offenen enossalen Implantatinsertion zu verdeutlichen.

Den Vortrag ergänzend stellte OA Dr. Torsten Mundt (Greifswald) die entsprechende prothetische Versorgung einzelner Patienten vor und konnte dabei auf 17 Jahre Erfahrung zurückgreifen. Besonders mit dem so genannten „Greifswalder Folienkonus“ aus einer Gold-Platin-Legierung zur Versorgung bei implantatgetragenen abnehmbarem Zahnersatz konnten gute Erfolge verzeichnet werden.

Abschließend stellte Prof. Dr. Reiner Biffar (Greifswald) Grenzsituationen zwischen Implantatversorgung und

konventionellen Therapiemöglichkeiten anhand verschiedener Planungsmodelle vor. Zu beachten bei der Planung sei die axiale Krafteinwirkung auf entsprechende Pfeilerzähne bzw. Implantate, um Dysfunktionen vorzubeugen. Dabei sollen individuell die verschiedenen Möglichkeiten der Lückenversorgung einbezogen und der Sozialstatus bzw. Bildungsstand und damit die entsprechende Compliance und auch die Erwartungen des zu behandelnden Patienten berücksichtigt werden.

Unmittelbar im Anschluss an diese erfolgreiche und gut besuchte Tagung fand die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie statt. Dem Landesverband gehören derzeit bereits 65 Mitglieder an. Zum neuen Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Sümnick ernannt. Des Weiteren wurden Dr. Uwe Herzog (Rostock), Dr. Jens Stolz (Neubrandenburg) und Dr. Torsten Mundt (Greifswald) mit in den Vorstand gewählt.

Mareike Kasper, Universität Greifswald

Für einen starken 25. September gerüstet sein Info-Pakete zum Tag der Zahngesundheit jetzt bestellen!



Ohne die Mitarbeit der Zahnarztpraxen ist der 25. September kein Tag der Zahngesundheit – soviel steht fest. Zu ihrer Unterstützung kann auch dieses Jahr wieder ein umfangreiches Info-Paket für die Patientenaufklärung angefordert werden.

Es wurde vom Aktionskreis Tag der Zahngesundheit zusammengestellt und beinhaltet u. a. Poster, Merkblätter, Broschüren, Produktproben rund um das Thema „Mundhygiene und Prophylaxe“. Das Info-Paket ist beim Verein für Zahnhygiene e.V. in Darmstadt gegen einen Beitrag von 7,50 Euro ab Anfang Juli erhältlich.

In der Zahnarztpraxis ist jeder Tag ein Tag der Zahngesundheit – die Medien konzentrieren sich auf den 25. September. Bundesweit und regional gibt es in ganz Deutschland Hunderte von Events, Wettbewerben und Vorträgen. Es ist also auch ein Tag der Kreativität, an dem gesunde und schöne Zähne im Mittelpunkt stehen.

Die beste Aufklärung bekommt man allerdings in der Zahnarztpraxis. Auch hier können die Patienten den 25. September als einen Aktionstag erleben. Dafür bietet das Info-Paket des Aktionskreises Tag der

Zahngesundheit einiges: Es enthält Plakate, Flyer, Aufklärungsbroschüren, Proben und manches mehr.

Damit gesunde Zähne bei möglichst vielen Bundesbürgern weiterhin an Bedeutung gewinnen, engagiert sich der Aktionskreis Tag der Zahngesundheit für eine starke Verbreitung des Info-Pakets. Es kann ab sofort angefordert werden.

Bitte überweisen Sie vorab die Gebühr von 7,50 Euro mit Angaben Ihrer Liefer-

adresse auf folgendes Sonderkonto:

Verein für Zahnhygiene e.V.

Konto: 58 99 42

BLZ: 508 501 50

Sparkasse Darmstadt

Faxen (0 61 51-1 37 37-30) oder schicken Sie uns Ihren Einzahlungsbeleg (Kopie) mit Adresse/Praxisstempel als Anforderung für Ihr Info-Paket.

Verein für Zahnhygiene e.V.

Liebigstraße 25,

64293 Darmstadt



Das Info-Paket wurde für den Tag der Zahngesundheit zusammengestellt und kann angefordert werden.
Fotos: privat

Im Internet erfahren Sie mehr über uns

Wissenswertes und Aktuelles im Online-Auftritt der KZV (2)

In loser Folge stellen wir Ihnen das Internet-Angebot der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vor (wir berichteten bereits).

„Wir über uns“ gibt neben der Vorstellung der Aufgaben der KZV, des Vorstandes und Vertreterversammlung auch einen Überblick über die Ausschüsse der KZV. Beim Klick auf Verwaltung der KZV ist der gewünschte Ansprechpartner einschließlich Telefonnummer zu finden.

Eine Vorschau über die verschiedenen Veranstaltungen hat die KZV in den Seminarangeboten zusammengefasst.

In der Rubrik Fortbildungsnachweise gibt es die entsprechenden Erfassungs- und Nachweisbögen für die notwendigen zu erreichenden Fortbildungspunkte.



Bei den Seminarangeboten ist bestimmt für jeden das Richtige dabei, zu finden in der Rubrik „Wir über uns“

Wichtige Änderungen durch die Pflegereform 2008

Neues Pflegezeitgesetz gilt seit 1. Juli

Schwester Simone ist am Montag nicht zur Arbeit erschienen, was gar nicht zu ihr passt. Sie ist eine zuverlässige Mitarbeiterin und fehlt selten. Für die nächste Zeit muss ihr Chef auf sie verzichten. Sie übernimmt in dieser Zeit die Pflege ihrer Mutter, die ihre Hilfe und organisatorischen Fähigkeiten dringend braucht. Zehn Tage Zeit bleiben ihr, um alle erforderlichen Maßnahmen zu organisieren.

Möglich macht dies das neue Gesetz zur Förderung der häuslichen Pflege naher Angehöriger (PflegeZG), welches seit dem 1. Juli gilt. Danach haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Tage von der Arbeit fernzubleiben, wenn sie für einen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Pflege organisieren müssen. Währenddessen besteht besonderer Kündigungsschutz – wie bei Schwangerschaft und Elternzeit.

Dabei reicht es für die kurzzeitige Arbeitsbefreiung sogar aus,

dass der Angehörige nur „voraussichtlich“ pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI ist.

Bei einem plötzlichen Pflegebedarf haben alle Arbeitnehmer in Zukunft also immer einen kurzfristigen Anspruch auf bis zu zehn freizustellende Arbeitstage. Sie sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Außerdem kann Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Notwendigkeit der pflegerischen Versorgung verlangen. Während der Dauer der Freistellung entfällt der Vergütungsanspruch.

Das Gesetz unterscheidet hinsichtlich der Freistellungsansprüche jedoch nach der Unternehmensgröße. Einen Anspruch auf eine kurzzeitige Arbeitsbefreiung (bis zu zehn Arbeitstagen) zur Pflege eines nahen Angehörigen haben alle Beschäftigten, unabhängig von der Beschäftigtenzahl

des Betriebes. Den Anspruch auf Pflegezeit (bis zu sechs Monate) gewährt das Gesetz nur in Unternehmen mit regelmäßig mehr als 15 Beschäftigten.

Nach der Beendigung der Pflege kehren betroffene Arbeitnehmer zu denselben Arbeitsbedingungen in ihr Arbeitsverhältnis zurück.

Der Arbeitgeber darf in der Regel nicht das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der Ankündigung der Pflegezeit bis zu ihrer Beendigung kündigen.

Gepflegt werden dürfen neben dem engsten Familienkreis wie Eltern, Geschwister, Kinder, Ehegatten auch Lebenspartner, Partner einer ehelichen Gemeinschaft, die Großeltern sowie die Schwiegereltern und Adoptiv- und Pflegekinder – auch des Ehegatten oder des Lebenspartners – sowie die Schwiegerkinder und die Enkelkinder.

Sabine Stange

Vorstand hält Gutachten unter Verschluss

IQWiG-Aufträge erneut im Focus

Die Vergabe externer Aufträge des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) soll nun auch das Kuratorium der Organisation beschäftigen. Im Kuratorium sitzen auch Vertreter der pharmazeutischen Industrie.

Der Hintergrund laut einem Bericht der Ärzte-Zeitung: Eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hatte im Auftrag des IQWiG-Vorstandes Ende vergangenen Jahres die Ver-

gabepaxis des IQWiG überprüft und hatte nach Darstellung des Vorstands formale Fehler festgestellt, jedoch persönliche Bereicherung ausgeschlossen.

Das Gutachten selbst hält der IQWiG-Vorstand unter Verschluss. Dies wird nun von Vertretern des Kuratoriums kritisiert – ebenso wie die Tatsache, dass der Vorstand zwar die Medien, aber bislang nicht alle IQWiG-Gremien informiert hat.



Die Diplompädagoginnen Sylvia Bartsch und Doreen Schumann im Gespräch mit der Rostocker Zahnärztin Dr. Bärbel Riemer-Krammer (v.l.n.r.).

Foto: Dipl.-Stom. Gerald Flemming

Ausbildungsjahr vorbereitet

Treffen mit Berufsschule Rostock

Am 11. Juni trafen sich die Schulleitung der Beruflichen Schule Rostock, Dipl.-Päd. Sylvia Bartsch und Dipl.-Päd. Doreen Schumann, und Vertreter der Zahnärztekammer, Dr. Bärbel Riemer-Krammer und Dipl.-Stom. Gerald Flemming, um die veränderte Situation in der beruflichen Ausbildung vorzubereiten.

Hintergrund waren die einschneidenden Maßnahmen des Kultusministeriums, in deren Folge die Beruflichen Schulen des Landes zukünftig mit deutlich weniger Lehrkräftekapazität den Unterricht im Rahmen der Ausbildung leisten

müssen. Die Zahnärztekammer diskutierte mit den Vertreterinnen der Berufsschule praxisverträgliche Möglichkeiten der Klassenzusammenlegung und eröffnete Hospitationsmöglichkeiten für die Gesundheitslehrer in Zahnarztpraxen, um eine praxisnahe Theorievermittlung zu ermöglichen.

Beide Seiten vereinbarten, mit Beginn des Ausbildungsjahres gemeinsam mit den zuständigen Gesundheitslehrern Schwerpunkte für die unterschiedlichen Lernfelder gemeinsam festzulegen.

Dipl.-Stom. Gerald Flemming

AEV-Auflösung beschlossen

Die Mitgliederversammlung des AEV (Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.) hat beschlossen, den Verband zum 1. Januar 2009 aufzulösen. Hintergrund ist der Beschluss der GEK (Gmünder Ersatzkasse) und HZK (Profikrankenkasse für Bau- und Holzberufe), sich zum 1. Juli zu vereinigen. Damit wäre nach dem Austritt der KEH Ersatzkasse zum 1. Januar nur noch eine Kasse Mitglied des AEV und seine Rechtsfähigkeit nicht mehr gegeben, da ein eingetragener Verein aus mindestens drei Mitgliedern bestehen muss. Durch den Zusammenschluss verringert sich die Zahl der Krankenkassen in Deutschland zum 1. Juli auf dann 217. Die GEK erwägt unterdessen, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) zum 1. Januar 2009 beizutreten. Entsprechende Gespräche werden derzeit mit dem VdAK geführt. **KZV**

McZahn ohne Mitbegründer

Der Mitgründer des Dental-Discounters McZahn, Werner Brandenbusch, hat nach massiven Meinungsverschiedenheiten mit den Investoren sein Amt als Vorstandsmitglied niedergelegt.

Damit setzen sich die Negativschlagzeilen des so ehrgeizig gestarteten Unternehmens weiter fort. Mit fast 500 Praxen wollte McZahn Deutschland überschwemmen. Bislang sind es acht, zwei weitere sollen in Kürze eröffnet werden. Das Unternehmen lässt Kronen, Implantate und Inlays in China fertigen und wirbt mit „Zahnersatz zum Nulltarif“. **KZV**

Sicherheit in den Praxen

Unter www.polizei-beratung.de kann das neue Infoblatt „Sicherheit in Arzt- und Zahnarztpraxen“ der Polizei heruntergeladen werden. (Rubrik: Vorbeugung-Diebstahl/Einbruch-Polizeiliche Merkblätter) Das Merkblatt enthält Tipps und Hinweise, um sich besser zu schützen. **ZÄK**



*Impressionen vom
Zahnärzteball 2008*





Wirkungsstätte nie ganz den Rücken gekehrt

Prof. Dr. sc. med. Eva-Maria Sobkowiak zum 85. Geburtstag

Fast 25 Jahre sind seit der Emeritierung von Prof. Dr. Eva-Maria Sobkowiak vergangen. Sie hat ihrer ehemaligen Wirkungsstätte, die sie mehr als 20 Jahre geleitet hat, jedoch nie den Rücken gekehrt. So kreisten denn auch die vielen Gespräche auf der Feier anlässlich ihres 85. Geburtstages um das jüngste Geschehen in und um die Rostocker Zahnklinik. „Wie schreiten die Umbaumaßnahmen voran, was ist mit der Neubesetzung der Lehrstühle?“ Das klare Bekenntnis des Ministers für Bildung und Kultur zum Erhalt des Studienganges Zahnmedizin an der Universität Rostock auf der Feier zum 100. Jahrestag der Gründung der Rostocker Zahnklinik war auch für Prof. Sobkowiak eine erkennbare Erleichterung. Denn es bedeutet die Fortsetzung der von ihr nach dem Ende ihres Studiums im Jahre 1955 unter Prof. Reinmöller und Prof. Herfert begonnenen Arbeiten.

Zunächst als Assistentin, seit 1958 als Oberärztin und seit 1960 als Abteilungsleiterin hat sie ihre ganze Persön-

lichkeit eingesetzt, um in harter und unermüdlicher Arbeit die damalige Abteilung für Konservierende Stomatologie aufzubauen. Sie hat dabei beachtliche Erfolge in der Lehre, Forschung, Fort- und Weiterbildung sowie in der Krankenbetreuung erzielt.

Nach der Habilitation im Jahre 1965 im Fachgebiet Konservierende Stomatologie und Kinderzahnheilkunde musste sie von 1970 mit der Ernennung zur Direktorin der damaligen Klinik und Poliklinik für Stomatologie der Universität Rostock bis zu ihrer Emeritierung im Jahre 1983 weitere neue Aufgaben und Herausforderungen übernehmen. Das tat sie mit dem ihr eigenen Optimismus; sie erreichte die meisten der gesteckten Ziele und war damit auch Beispiel und Ansporn gerade für die jüngeren Kollegen. Deren Förderung durch anspruchsvolle, aber realisierbare Zielsetzungen ist den meisten ihrer Schüler noch in sehr guter Erinnerung. So hat sie 45 Zahnärzte erfolgreich zur Promotion geführt und drei ihrer

ehemaligen Schüler habilitierten sich unter ihrer Leitung. Durch ihre Offenheit und Herzlichkeit hat sie immer einen guten Kontakt zu den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gehalten. Einen hohen Stellenwert für sie hatte die Studentenausbildung. Die Verbindung von Theorie und Praxis als Grundlage der zukünftigen zahnärztlichen Tätigkeit der Studenten fand ihre Re-

alisierung in neuen Lehrmethoden, die in der ersten Hälfte der 70er-Jahre von ihr eingeführt wurden. Nach der Gründung der Abteilung Kinderstomatologie im Jahre 1973 hat besonders die Einführung des interdisziplinären „Komplexburses“ als fachübergreifende Lehrveranstaltung ab dem Jahre 1974 nachhaltige Veränderungen des Unterrichtsablaufes bewirkt und den Studenten die mannigfaltigen Verknüpfungen zwischen den einzelnen Fachgebieten der Zahnheilkunde schon während des Studiums vermittelt. Prof. Sobkowiak ist Autorin von zwei zur damaligen Zeit sehr anerkannten Lehrbüchern, von drei Dia-Reihen und zwei Lehrfilmen.

In der Forschungsarbeit setzte sie sich vor allem mit der Problematik der Füllungstherapie und der Pulpaerkrankungen auseinander. Sie leitete die umfangreichen Untersuchungen über die Kariesepidemiologie und über den Stoffwechsel des Pulpadentin-Systems an der Rostocker Klinik. Über die Ergebnisse ihrer Arbeit informierte sie ihre Kollegen in mehr als 100 Publikationen und über 150 Vorträgen.

Nach der Emeritierung hat sich ihr Leben gewandelt. Nun standen nicht mehr die Forschung und die Ausbildung im Vordergrund, denn die Unterstützung der eigenen Kinder war besonders nach der politischen Wende gefragt. An der Erziehung und Ausbildung der Enkelkinder hat sie sich intensiv beteiligt. Aber auch sie gehen jetzt schon auf eigenen Wegen.

Zum Jubiläumsgeburtstag haben sich alle wieder zusammen gefunden. Aus fernen Ländern und von ganz nah. Man hörte verschiedene Sprachen und spürte die immer noch so vertraute Herzlichkeit. Sicher, das Leben hat seine Spuren hinterlassen. Aber das Lachen klingt heiter wie damals und die Wärme ist noch ebenso zu spüren. Regelmäßige Bewegung wie tägliche Fußmärsche sorgen für eine stabile Gesundheit, ihr Optimismus spornt nach wie vor uns andere an.

So gratulieren wir der Jubilarin recht herzlich zu ihrem Geburtstag, danken für das, was sie uns gegeben hat und wünschen ihr Gesundheit und Wohlergehen für die weiteren Jahre.

Dr. Dieter Pahncke



In der Forschungsarbeit setzte sich Prof. Eva-Maria Sobkowiak vor allem mit der Problematik der Füllungstherapie und der Pulpaerkrankungen auseinander.

Dentalmarkt im November



Am Samstag, den 1. November findet von 9 Uhr bis 17 Uhr die BERLINDENTALE in den Hallen 21 und 22 der Messe Berlin statt. „Zukunft ist Heute!“, gemäß dieses Veranstaltungsmottos treffen sich zum 16. Mal in Folge Zahnärzte, Kieferorthopäden, Oralchirurgen sowie Zahntechniker, um sich im Detail über Neuheiten und zukünftige Chancen auf dem Dentalmarkt zu informieren. Auch in diesem Jahr lockt die BERLINDENTALE mit einem attraktiven Programm und knapp 200 Ausstellern informationshungrige Fachbesucher aus allen Disziplinen der Zahnmedizin nach Berlin. Weitere Informationen unter: www.berlindentale.de

Berechnung von Implantat-Bohrschablonen

Empfehlungen des GOZ-Referates

Ziffer 900 GOZ

Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Implantatposition mit Hilfe einer individuellen Schablone, je Kiefer

Ziffer 700 GOZ

Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche

Ziffer 601 GOZ

Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme)

Kostenerstattende Stellen versuchen häufig, die Erstattung für die Bohrschablone auf die GOZ-Position 900 zu beschränken.

Eine Diagnostikschablone ist Bestandteil der Ziffer 900 GOZ. Hierunter fallen z. B. Schablonen zur Analyse des Knochenangebotes in Röntgenbildern sowie Kunststoff-Schablonen, mit deren Hilfe z. B. die Lokalisation und Gestaltung des späteren implantatgetragenen Zahnersatzes simuliert werden.

Wird dagegen intraoperativ eine Bohrhilfe zum positions- und winkelgerechten Einbringen von Implantaten eingesetzt, so ist diese gesondert berechenbar. Nach eingehender prothetischer und röntgenologischer Planung wird im Labor

eine Schablone hergestellt, die exakt positionierte Bohrführungshülsen enthält, durch die der Chirurg sehr präzise in Lage und Richtung präparieren kann. Dieser Behandlungsablauf ist in der Gebührenordnung der Zahnärzte an keiner Stelle aufgeführt, die Bohrschablone war bei der Entstehung der GOZ noch nicht bekannt. Analytische Schablonen (Ziffer 900 GOZ) haben nichts mit der intraoperativen Verwendung von individuellen Bohrschablonen bei der Präparation und dem Einbringen von Implantaten im Rahmen der Ziffern 901 – 903 GOZ zu tun. **Die Bohrschablone kann deshalb als neu entwickelte Leistung analog § 6 Abs. 2 GOZ berechnet werden** (z. B. GOZ 700), Material- und Laborkosten sind zusätzlich in Rechnung zu stellen. Unterstützt wird unsere Auffassung durch ein Urteil des AG Düsseldorf (18.8.2005, 51 C 12641/02).

Wird eine dreidimensionale Modelanalyse vorgenommen, ist diese nicht nach der Ziffer 900 GOZ zu berechnen, sondern nach der GOZ-Position 601. Die Ziffer 601 GOZ ist nicht nur auf kieferorthopädische Maßnahmen beschränkt, sie kann auch im Bereich Implantologie oder Funktionsdiagnostik zur Anwendung kommen.

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

Anzeige



Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte ruft alle Kolleginnen und Kollegen dazu auf, einen jährlichen Beitrag von zehn Euro – am besten per Dauerauftrag – zugunsten des Stiftungskapitals zu leisten.

Zehn Euro für mehr Menschlichkeit

Bankverbindung:
Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hannover
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000
Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
BLZ 250 906 08

Es ist schon bemerkenswert, dass in diesem Jahr 51 Damen und Herren der Einladung der Zahnärztekammer zum Senioren-Ausflug am 20. Mai gefolgt waren. Sie sind nicht mehr berufstätige Kolleginnen und Kollegen aus Westmecklenburg und kamen teilweise in Begleitung ihrer „besseren Hälften“. Das Programm sah einen Besuch im Ostseebad Rerik mit seiner sehenswerten gotischen Dorfkirche, den Mittagsimbiss in einer Fischrancherie und die Fahrt auf dem Salzhaff bei schönstem Wetter vor. Wie schon in den vergangenen Jahren konnte man es den Teilnehmern ansehen, wie froh sie über die Möglichkeit der Begegnung und die vielen Gespräche in lockerer und angenehmer Atmosphäre waren. Besonderer Dank gilt wiederum Kollegen Dr. Peter Berg als Beauftragtem des Kammervorstandes für die Belange der Senioren und nicht zuletzt den ortsansässigen Frau und Herrn Dr. Becker für die perfekte Vorbereitung des Senioren-Treffens. Es ist inzwischen zur guten Tradition geworden und kommt einem echten Bedürfnis nach. Wir freuen uns schon auf das nächste Jahr!

Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt,

Einladungen zu traditionellen Senioren-Ausflügen

Burg Klempenow und Ostsee waren diesmal Reiseziele



Nach einer gelungenen Ausfahrt freuen sich die Senioren aus Westmecklenburg bereits auf das kommende Jahr. Fotos: privat



Mit einem echten Oldtimer-Bus machten sich die Senioren aus Neubrandenburg/Burg Stargard auf den Weg zu einer Ausfahrt.

Anzeige

Verkauf in Saalfeld – MKG-chirurgische Praxis in 07318 Saalfeld, Eichendorffstraße 17 in eigener Praxisimmobilie wegen akut eingetretener gesundheitlicher Probleme zu verkaufen. Es liegt sowohl eine ärztliche als auch zahnärztliche Zulassung vor. Mit Ausnahme der Kündigung des Personals zum 30.06.2008 besteht die Praxis in der gemäß Homepage genannten Form fort. Praxisverkauf ohne Mittler, Preis-Verhandlungsgrundlage: 500.000,- Euro (Praxisimmobilie, Praxisinventar und beide Zulassungen). Rückfragen jederzeit telefonisch unter 03647/422180 (Anrufbeantworter permanent geschaltet). Praxis-Details: www.dr-j-epstude.de

Wieder einmal war es soweit und wir haben die Senioren des Bereiches Neubrandenburg/Burg Stargard zu einer Ausfahrt der besonderen Art auf die Burg Klempenow eingeladen.

Dank der guten Kontakte unseres Kollegen Roman Kubetschek, der sich in seiner Freizeit den Oldtimern verschrieben hat, zum IFA-Landesverband M-V e.V. war es uns möglich, für den Nachmittag einen echten Senior unter den Bussen zu chartern.

Unsere Senioren staunten nicht schlecht, als Senta Meyer, die einzige Busfahrerin Neubrandenburgs, zu einer Rundfahrt mit einem Robur einlud. Auf der Burg erfuhren wir während einer sehr kurzweiligen Führung viel Interessantes über unsere Region, konnten bei schönem Wetter einen wunderschönen Blick über das Tollensetal genießen und hatten bei Kaffee und Kuchen dann ausreichend Gelegenheit, über Vergangenes und Gegenwärtiges zu reden.

Einige ehemalige Kollegen trafen an diesem Nachmittag auf ihre Praxisnachfolger und so verging die Zeit bei vielen guten Gesprächen wie im Fluge.

Wir hatten alle gemeinsam einen sehr schönen Nachmittag und verabschiedeten uns mit dem Versprechen, dass es nicht der letzte dieser Art gewesen ist.

Dr. Manuela Jacobeit

Änderung des Seminartermins

Das Seminar Nr. 40 „Prophylaxe und PA-Therapie – ein Praxiskonzept“ mit den Referenten Zahnarzt Thun, Dr. Kuhr, Frau Böttcher und Frau Marchewski geplant am 22. November 2008 in Schwerin muss auf den 15. November verlegt werden. Das Seminar findet am 15. November 2008 von 9 bis 16 Uhr in der Zahnarztpraxis Thun, Steinstraße 11 in Schwerin statt.



ASI
Wirtschaftsprüfung, AG

A.S.I. Geschäftsstelle
Rostock / Greifswald
Dipl.-Kfm. Lutz Freitag
Graf-Schack-Str. 6a
18055 Rostock
Tel. 0381-25 222 30
freitag@hro.asi-online.de
www.asi-online.de

- Versicherungsvermittlung als Makler für Zahnärzte
- Finanzplanung/ Finanzierung
- Geldanlage/ Vermögensaufbau im Focus der Abgeltungssteuer '09
- Praxismietverträge/ Praxisverträge
- Praxismietbewertung/Praxisabgabe

in Kooperation: **Frau E. Lohpens** – Steuerberaterin für Zahnärzte/
Kanzlei Saß & Liskewitsch – Arzt- und Medizinrecht

Fortbildung im September

10. September *9 Punkte*
Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz
Prof. Dr. U. Rother,
PD Dr. P. Machinek
14.30 – 20.30 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 5
Seminargebühr: 75 €

10. September
Effektives Instrumentieren mit Handinstrumenten (für ZAH/ZFA)
DH J. Plötz, R. Guder
14 – 19 Uhr
Zentrum für ZMK
Walther-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 33
Seminargebühr: 200 €

12./13. September *19 Punkte*
Curriculum Kinder- und Jugendzahnheilkunde Kurs 4 auch als Einzelkurs buchbar
Prävention bei Kindern- und Jugendlichen up do date
Prof. Dr. Ch. Splieth, Dr. Ch. Berndt
12. September 14 – 19 Uhr,
13. September 9 – 17 Uhr
Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8
17487 Greifswald
Seminar Nr. 1
Seminargebühr: 350 €

12./13. September *15 Punkte*
Total- und Hybridprothesen – wie mache ich das erfolgreich?
Prof. Dr. R. Biffar
12. September 15 – 20 Uhr,
13. September 8 – 15 Uhr

Zentrum für ZMK
Walther-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 6
Seminargebühr: 280 €

13. September *9 Punkte*
Ergonomisch arbeiten – Arbeitskraft erhalten, korrekte Arbeitshaltung, optimale Patientenlagerung, gezielter Ausgleich (für Zahnärzte und ZAH/ZFA)
M. Just oder R. Weinhold
9 – 16 Uhr
Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 8
Seminargebühr: 260 € für Zahnärzte
130 € für ZAH/ZFA

20. September (Terminänderung) *4 Punkte*
Wie kann ich Patienten mit Bisphosphonat-Medikation in der zahnärztlichen Praxis behandeln?
Dr. J.-H. Lenz, Dr. Ch. Schöntag
9 – 12.30 Uhr
Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 9
Seminargebühr: 115 €

17. September *4 Punkte*
Prothetische Versorgung bei schwieriger Implantatposition
Dr. K. Haselshuhn
15 – 18 Uhr
ibu GmbH
Ludwigsluster Straße 3
19306 Neustadt-Glewe

Seminar Nr. 10
Seminargebühr: 160 €

19./20. September
Reparatur eines Sprungs (Totalprothese) in der Zahnarztpraxis (für ZAH/ZFA)
ZTM Th. Bogun, ZT R. Vollerthun
19. September 14 – 19 Uhr,
20. September 10 – 15 Uhr
Dent Tow GmbH
Münzstraße 2
19055 Schwerin
Seminar Nr. 34
Seminargebühr: 470 €

24. September *6 Punkte*
Aufbereitung des Wurzelkanals mit rotierenden NiTi-Instrumenten
PD Dr. D. Pahncke
15 – 19 Uhr
Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 11
Seminargebühr: 150 €

24. September
Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für Stomatologische Schwestern, ZAH/ZFA)
Prof. Dr. U. Rother, Dr. R. Bonitz
15 – 18 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 35
Seminargebühr: 30 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon 0385-5 91 08 13 und Fax 0385 - 5 91 08 23 zu erreichen. **Bitte beachten Sie:** Weitere Seminare, die bereits ausgebucht sind, werden hier nicht mehr aufgeführt (im Internet unter www.zaekmv.de - Stichwort Fortbildung).

BEMA-Abrechnungshinweise

Die Abrechnung einer kieferorthopädischen Untersuchung

Seit der BEMA-Neubewertung am 01.01.2004 ist in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen die Gebührennummer 01k aufgenommen worden.

Die Nr. 01k ist Bestandteil des BEMA Teil 1 (kons./chir.) und demzufolge eine Sachleistung.

Geb.- Nr. 01k Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen

Bew.-zahl: 28

Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen:

Die Leistung beinhaltet folgende Bestandteile:

- Ärztliches Gespräch
- Spezielle kieferorthopädische Anamnese
- Spezielle kieferorthopädische Untersuchung extraorale Untersuchung, intraorale Untersuchung von Weichteilen und Knochen, Feststellung der Kieferrelation, Feststellung von dento-alveolären Anomalien, Feststellung des Dentitionsstadiums
- Aufklärung und Beratung
- Kieferorthopädischer Befund, Dokumentation
- Ggf. Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)

Eine Leistung nach Nr. 01k ist frühestens nach 6 Monaten erneut abrechnungsfähig.

- Der in dieser Abrechnungsbestimmung genannte Zeitraum von 6 Monaten von einer 01k bis zur nächsten 01k ist eine Bestimmung zum Mindestabstand. Stellt der Kieferorthopäde bzw. Zahnarzt bei dieser Untersuchung fest, dass ein Beginn der Behandlung erst in einem größeren zeitlichen Abstand (z. B. zwei Jahren) erforderlich ist, wird es in der Regel nicht wirtschaftlich sein, eine Folgeuntersuchung bereits nach sechs Monaten vorzusehen.

Eine Leistung nach Nr. 01k kann nur von dem Zahnarzt erbracht bzw. abgerechnet werden, der ggf. die kie-

ferorthopädische Behandlungsplanung nach der Nr. 5 durchführt.

- Das bedeutet: Ein Zahnarzt, der einen Patienten untersucht und dann an den Kieferorthopäden zur Behandlung überweist, kann nicht die kieferorthopädische Untersuchung Nr. 01k, sondern nur die eingehende Untersuchung Nr. 01 abrechnen.

Neben einer Leistung der Nr. 01k kann eine Leistung der Nr. 01 nicht abgerechnet werden.

- Somit ist die Nr. 01 neben der Nr. 01k und umgekehrt nicht in einer Sitzung abrechenbar.

Die in den Abrechnungsbestimmungen genannte Feststellung des kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) ist nur dann Leistungsbestandteil, wenn der Zahnarzt oder Kieferorthopäde bei der Untersuchung zum Ergebnis kommt, dass mit der Behandlung zu beginnen ist. Somit ist durch die KIG-Untersuchung zu beurteilen, ob die Behandlung der Leistungspflicht der Krankenkassen zuzuordnen ist. Auch wenn die Untersuchung ergibt, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht, gehört die Untersuchung gleichwohl zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies ergibt sich aus der kieferorthopädischen Richtlinie B. Vertragszahnärztliche Behandlung Nr. 2. Die Nr. 01k kann daher in diesem Fall über die KZV abgerechnet werden.

Zur Feststellung der Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung bei über 18-jährigen Patienten ist die Nr. 01k gemäß dieser Richtlinie deshalb Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Da es zur Abrechnungsfähigkeit der Nr. 01k vielfach Unklarheiten gibt, befasste sich die KZBV im Rahmen der Kfo-Referententagung am 25. Januar 2008 mit der Berechenbarkeit der Nr. 01k.

Die KZBV kam zu folgender Auffassung:

Gemäß BEMA ist das Ziel der Nr. 01k, Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen festzustellen.

Eine BEMA-Leistung ist nur ab-

rechenbar, wenn ihr Leistungsinhalt erbracht wird und die Abrechnungsfristen beachtet werden.

Die Nr. 01k bezweckt als Sinn der kieferorthopädischen Untersuchung die „Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädischer/therapeutischer Maßnahmen“.

Für den Zeitraum nach Vorliegen der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse ist keine Nr. 01k abrechenbar, soweit der Leistungsinhalt nicht erbracht wird.

Die Abrechnung der Nr. 01k kann deshalb nicht entsprechend der Nr. 01 halbjährlich erfolgen, sondern nur dann, wenn das kieferorthopädische Behandlungsziel neu bestimmt werden muss. Dies ist u. a. bei einer Therapieänderung und einer Verlängerungsbehandlung der Fall.

Auch die Kfo-Gutachter der Nord KZVs und die Kfo-Gutachter von Mecklenburg-Vorpommern thematisierten jeweils in ihren Gutachtertagungen die Berechnungsmöglichkeiten der kieferorthopädischen Untersuchung.

Im Zusammenhang mit der ggf. notwendigen Neubestimmung des Behandlungsziels einigten sich die Kfo-Gutachter darauf, dass die Nr. 01k immer vor Behandlungsbeginn bis zur Erbringung der Geb.-Nr. 5 abrechenbar ist. Es gelten die Bestimmungen des BEMA. Während der Behandlung ist die 01k nur vor Therapieänderung oder nach der Kasse angezeigter Unterbrechung zur Feststellung des Wiederaufnahmezeitpunkts (z. B. bei einem Progeniefall) und nach der Behandlung, d. h. nach Ende der Retentionszeit (die mindestens ein halbes Jahr zurückliegt), wieder wie vor der Behandlung abrechenbar. Dies gilt jeweils auch bei einem Behandlerwechsel.

Die KZV M-V folgt den BEMA-Abrechnungsbestimmungen und den Erklärungen der KZBV in der Kfo-Referententagung am 25.01.2008 in Köln sowie den Feststellungen der Kfo-Gutachter der Nord KZVs und Mecklenburg-Vorpommerns.

Die Gebührennummer 01k wird auf dem Kfo-Abrechnungsschein, dem EDV-Ausdruck oder auf der Diskette unter der Rubrik „Sachleistungen“ abgerechnet.

Elke Köhn

Abrasionsgebiss – therapeutische Möglichkeiten (2)

Rehabilitation mit den Mitteln der modernen Zahnheilkunde

Therapie

Eine Therapie sollte die direkten und indirekten Folgen des Zahnhartsubstanzverlustes beseitigen und gleichzeitig vor weiterer Schädigung schützen.

Grundvoraussetzung für die Therapie ist eine relative Symptombefreiung des Patienten. Dies bedeutet, es sollten weder funktionelle noch parodontologische oder endodontologische Beschwerden bestehen, die nicht erst im Rahmen der definitiven Therapie behoben werden können.

Sollte im Rahmen der funktionellen Vorbehandlung zur Austestung einer neuen therapeutischen Kieferrelation eine Schiene angefertigt worden sein, so ist eine mindestens 6-wöchige beschwerdefreie Tragedauer vor definitiver Therapie wünschenswert. Wurden im Rahmen der funktionellen Diagnostik Symptome von CMD nachgewiesen und konnten diese nicht während der Vorbehandlung durch adäquate Therapie komplett beseitigt werden, so kann auch in diesem Fall eine definitive okklusale Rehabilitation des Patienten erfolgen. Während reine Gelenkgeräusche (Reiben oder Knacken) keine Einschränkung für eine definitive Therapie darstellen, kommt bei weiterhin bestehender Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke und Kaumuskulatur oder funktionellen Beeinträchtigungen der optimalen funktionellen Gestaltung des Therapiemittels eine besondere Bedeutung zu. Es ist aber zu betonen, dass möglichst alle therapeutischen Optionen im Zusammen-

hang mit CMD ausgeschöpft sein sollten. Weiterhin sollte sicher gestellt sein, dass nicht zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der weiterführenden CMD-Therapie eine erneute Veränderung der Kieferrelation erforderlich werden könnte.

Bei der Wahl des Konzepts für die dynamische Okklusion sind mehrere Faktoren ausschlaggebend. Dazu zählen das Alter des Patienten, das Okklusionskonzept vor der Therapie sowie das gewählte Konzept während der funktionellen Vorbehandlung. Während in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter eine reine Front-Eckzahnführung der Norm entspricht, so kommt es mit zunehmendem Alter durch physiologische Zahnabnutzungen zur Gruppenführung, die sogar bis zu einer bilateral balancierten Okklusion führen kann. Das Konzept der bilateral balancierten Okklusion sollte aber nur bei der Therapie mit Totalprothesen zur Anwendung kommen. Ansonsten wird bei Patienten mit Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke oder der Kaumuskulatur unter funktionellen Gesichtspunkten der Aufbau einer Front-Eckzahnführung empfohlen. Bei Patienten ohne funktionelle Beschwerden und bei älteren Patienten mit vorangegangener Gruppenführung kann es zur besseren Adaptation hilfreich sein, diese Gruppenführung auch wieder in das definitive Therapiemittel zu übernehmen.

Bei Planung der definitiven Therapie ist die Beachtung der Entstehung der Defekte und der vorhandenen Risikofaktoren für

einen langfristigen Erfolg von besonderer Bedeutung. Nicht alle Materialien können bei allen Patienten eingesetzt werden. So wird von vielen Herstellern keramischer Restaurationsmaterialien (z.B. Heraeus Kulzer, Degudent, Vita) Bruxismus als Kontraindikation für den Einsatz von vollkeramischen Kronen oder okklusalen Keramikverblendungen angegeben. Dies mag zu einem gewissen Teil Ausdruck eines bestehenden Sicherheitsbedürfnisses der Hersteller vor Regressansprüchen sein. Da aber nur unzureichende Langzeituntersuchungen über den Einsatz dieser Materialien bei Patienten mit ausgeprägtem Bruxismus existieren, kann ihr universeller Einsatz auch nicht empfohlen werden. Die aktuell verfügbare Evidenz über den Einsatz dieser Materialien bei Patienten mit Abrasionsgebiss erstreckt sich fast vollständig auf Fallberichte ohne Langzeituntersuchungen. Es wird daher eher zur Zurückhaltung bei der Versorgung des Abrasionsgebisses mit vollkeramischen oder keramisch voll verblendeten Restaurationen geraten. Die Wahl des geeigneten Therapiemittels richtet sich daher nicht nur nach Ausmaß des Defekts sowie den Wünschen und finanziellen Möglichkeiten des Patienten, sondern auch nach der prognostizierten funktionellen und parafunktionellen Belastung.

Direkte adhäsive Restaurationen

Bei geringerem Zahnhartsubstanzverlust und einer minimalinvasiv geplanten definitiven Therapie besteht die Möglichkeit eines Aufbaus der Kaufläche oder Inzisalkante mittels direkt im Mund modellierten adhäsiven Restaurationen aus Komposit (s. Abb. 6a und b).

Besondere Berücksichtigung sollte bei dieser Art der Versorgung auf die zum adhäsiven Verbund verfügbare Fläche sowie die Schmelzbegrenzung gelegt werden. Weiterhin ist die exakte Definition der Kontaktposition in statischer und dynamischer Okklusion als eine besondere Herausforderung an den Zahnarzt zu sehen, da in der Regel bei absoluter Trockenlegung mittels Kofferdam kaum Anhaltspunkte für die geplante Kieferrelation vorhanden sind. Einen Ausweg aus dieser Problematik stellt der schrittweise Aufbau der Zähne mit Umarbeitung der Schiene dar. Dabei können nach Entfernung des Kofferdams mit Hilfe der Schiene die therapeutische Kieferrelation definiert und die adhäsiven Aufbauten entsprechend angepasst werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Herstellung eines Formteils, welches

Therapeutische Möglichkeiten (Überblick)

Funktionelle Vorbehandlung

- Aufklärung über Ätiologie der Zahndefekte
- Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie
- Schiene zur Austestung der therapeutischen Kieferrelation

Direkte adhäsive Restauration

- Direkter adhäsiver Aufbau der Kauflächen mittels Komposit

Festsitzender Zahnersatz

- Teilkronen (Keramik, Gold)
- Kronen und Brücken (Vollmetall, Metallkeramik), Vollkeramik)
- Implantatgetragener Zahnersatz

Abnehmbarer Zahnersatz

- Modellgussprothese, Geschiebeprothese, Teleskopprothese
- Langzeitschiene (Modellguss)
- Totalprothese

Nachsorge

- Regelmäßige Kontrolle
- Verhaltenstherapie
- Schiene zum Schutz der Zähne und der Restauration



Abb. 6a, b - [Patient M.S.] Adhäsiv aufgebaute Frontzähne im Unterkiefer und provisorische Versorgung des Oberkiefers mit chair-side hergestellten Provisorien
Fotos: privat

die Morphologie eines im Artikulator erstellten idealisierten Wax-Up wiedergibt.

Neben den hohen Anforderungen an den Behandler stellen die dokumentierten Überlebenszeiten dieser Restaurationen eine Einschränkung der Indikation für diese Art der Versorgung dar. So lag die kumulative Überlebensrate nach zehn Jahren in einer Studie bei 63 Prozent. Bei Patienten mit ausgeprägten Parafunktionen dürfte es noch weniger sein. In einer weiteren Studie wurde eine mittlere Überlebenszeit von vier Jahren und neun Monaten angegeben. Im Vergleich dazu lag die durchschnittliche 10-Jahresüberlebensrate für konventionellen festsitzenden Zahnersatz in einer Metaanalyse bei 89 Prozent. Während die alleinige Anwendung von direkt im Mund modellierten adhäsiven Restaurationen aus Komposit zur okklusalen Rekonstruktion daher eher als mittelfristige Lösung gelten sollte, so kann es bei Einzelzähnen innerhalb einer umfangreichen Rekonstruktion eine sinnvolle Alternative gegenüber der Kronenversorgung darstellen (s. Abb. 7 a - d, Abb. 10).

Der Vorteil der adhäsiven Restaurationen ist in der guten Reparaturfähigkeit zu sehen. Bei der definitiven Versorgung von Patienten mit ausgeprägtem Bruxismus kann der Einsatz von direkten adhäsiven Aufbauten aus Komposite aber nicht empfohlen werden. Die eingesetzten Materialien sind oftmals nicht in der Lage, weiteren parafunktionellen Aktivitäten ausreichend standzuhalten und es kann schon nach relativ kurzer Zeit wieder zu einer erneuten Verringerung der vertikalen Kieferrelation kommen.

Festsitzender Zahnersatz

Wesentlich preisintensiver, aber mit deutlich geringerem Aufwand für den Zahnarzt, ist die Möglichkeit der Rekonstruktion der Kauflächen mittels indirekter, laborgefertigter Restaurationen. Die Empfehlung geht eher zu dieser Variante, da hier die therapeutische Kieferrelation bereits im Labor eingestellt werden kann. Die zeitliche Belastung für Behandler und Patient ist dadurch deutlich verringert und die optimalen okklusalen Kontakte in statischer und dynamischer Okklusion sind wesentlich leichter und vorhersagbarer einzustellen.

Bei der Bezeichnung dieser Restaurationen gehen wir bei ausreichender Defektgröße im Wesentlichen von Teilkronen aus, auch wenn keine okklusalen oder approximalen Kästen präpariert und die Approximalflächen nicht komplett einbezogen werden. Diese Zuordnung scheint berechtigt, denn während beim Overlay im Seitenzahngelände laut Definition die Höcker mit einem Außenschliff versehen werden, so sind diese beim Abrasionsgebiss komplett zu ersetzen. Des Weiteren werden, wie für die Teilkrone gefordert, auf Grund der Größe des Defekts beide Approximalflächen (wenn auch nicht komplett) in die Restauration einbezogen. Letztlich ist der Übergang von Overlay zur Teilkrone fließend und es wird auch in den Kommentaren zur BEMA darauf hingewiesen, dass die Gestaltungsvarianten der Teilkrone so vielfältig sind, dass eine genaue Beschreibung nicht möglich wäre. Dennoch bleibt es eine Frage der Interpretation der gesetzlichen Krankenkassen, inwieweit der Festzuschuss zur Teilkrone gewährt wird. Der in der Literatur häufig vorkommende Begriff des „okklusalen Veneers“ ist unserer Meinung nach irreführend und taucht auch nicht in den Kassenrichtlinien auf, so dass diese Restaurationsform ebenfalls unter den Teilkronen zu führen ist.

Bei der Wahl des Materials für die Teilkrone kommen neben der prognostizierten parafunktionellen Aktivität und der Ästhetik vor allem die Größe des Defekts, eventuelle vorhandene Füllungen und die Möglichkeit der Befestigung zum Tragen. Um im Sinne einer minimalinvasiven Therapie die Defekte versorgen zu können, wird häufig eine adhäsive Befestigung ohne umfangreiche Präparationen angestrebt. Dafür wären vor allem Komposite und keramische Restaurationen geeignet. Wie auch bei den direkten adhäsiven Restaurationen stellen die zum adhäsiven Verbund verfügbare Fläche sowie die Schmelzbegrenzung die limitierenden Faktoren dar.

Gegen die Rehabilitation mit laborgefertigten Teilkronen aus Kompositen spricht zum einen der finanzielle Aspekt, da hierzu kein Festzuschuss gewährt wird, vor allem

aber die unzureichend dokumentierten Überlebensraten der Versorgung. So stützt sich die verfügbare Evidenz bisher nur auf Falldokumentationen und kleine experimentelle klinische Studien über wenige Jahre. So kam es in einer Untersuchung eines neu entwickelten Komposits für indirekte Restaurationen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren bei 25 Prozent zu Frakturen und bei 31 Prozent zu Verlust der Restauration. Daher wurde auch von den Autoren geschlussfolgert, dass diese Versorgungsformen im Prämolaren- und Molarenbereich nicht als definitives Therapiemittel empfohlen werden können.

Demgegenüber sind Teilkronen aus Keramik im Seitenzahngelände ein aner-



Abb. 7a-d - [Patient M.S.] Rehabilitation mittels direkter adhäsiver Aufbauten (33-43), konventioneller metallkeramischer Kronen und abnehmbarer Teilprothese 2,5 Jahre nach Therapieabschluss. Aufbau der Eckzahnführung durch Kronen im OK und direkte adhäsive Aufbauten im UK, ohne sichtbare Abnutzungserscheinungen zum Nachkontrolltermin



Abb. 10 - Rehabilitation des Unterkiefers mittels direkter adhäsiver Aufbauten (33-42) und prothetische Versorgung durch eine Teleskopprothese (35, 34, 43)



Abb. 8a-c - [Patient T.U.] ausgeprägter Zahnhartsubstanzverlust vor prothetischer Rehabilitation und mit provisorischer Versorgung

kanntes Therapiemittel. Auch wenn die Erfahrungen mit diesem Werkstoff bei Teilkronen im Vergleich zu Inlays noch niedriger sind, so sind doch die bisherigen Ergebnisse vielversprechend. So betrug die Überlebensrate nach sieben Jahren in einer Untersuchung 81 Prozent. Im Vergleich zu Kompositrestaurationen weisen keramische Restaurationen auch ein besseres Abrasionsverhalten auf. Eine keramische Teilkrone gilt als gleichartige Versorgung, so dass der Festzuschuss für eine metallische Teilkrone beantragt werden kann.

Da Bruxismus laut Herstellerangaben eine Kontraindikation für vollkeramische Restaurationen darstellt, sollten daher bei diesen Patienten vermehrt metallene Restaurationen (Teilkronen ohne keramische Verblendung) zum Einsatz kommen. Diese können einer anhaltenden unphysiologischen okklusalen Belastung besser stand halten. Gerade bei starken okklusalen Parafunktionen kommt dem Abrasionsverhalten des gewählten Materials eine besondere Bedeutung zu. Damit sind Goldlegierungen als besonders günstig anzusehen, da deren Abrasionsverhalten dem des natürlichen Zahnes recht nahe kommt. Demgegenüber können Teilkronen aus Nichtedelmetall nicht empfohlen werden,



Abb. 9a-d - [Patient T.U.] Festsitzende vollkeramische Restaurationen direkt nach Einsetzen bei einem Patienten mit ausgeprägtem Zahnhartsubstanzverlust ohne aktuelle parafunktionelle Aktivitäten

da deren hohe Härte zu einem verstärkten Hartsubstanzverlust der Antagonisten führen kann. Die Datenlage zu Teilkronen aus Gold ist sehr gut und zeugt von langen Überlebenszeiten. So wurde eine 7-Jahresüberlebensrate von 96 Prozent und eine 13-Jahresüberlebensrate von immer noch 72 Prozent nachgewiesen. Inwieweit diese Zahlen aber auch bei Patienten mit ausgeprägtem Bruxismus zutreffen, kann nicht beantwortet werden.

Eine zirkuläre Fassung der geschädigten Zähne ist dann indiziert, wenn der Zahnhartsubstanzverlust so weit fortgeschritten ist, dass eine adhäsive oder teilretentive Verankerung nicht mehr möglich ist. Bei Patienten ohne ausgeprägte okklusale Pa-



Abb. 11a, b - Langzeitschiene (Modellguss) zur provisorischen Rehabilitation bei reduzierter Prognose des Restgebisses



Abb. 12 - „Sandwichschiene“ auf Teleskopprothese im Unterkiefer

rafunktionen steht hierzu das komplette Spektrum der modernen Zahnheilkunde zur Verfügung. Entsprechend ihrer Indikation können ebenso vollkeramische Materialien für Kronen und Brücken (s. Abb. 8 a-d, Abb. 9 a -d) als auch metallische/metallkeramische Restaurationen (s.

Abb. 7 a -d) zum Einsatz kommen. Im Gegensatz dazu besteht bei Patienten mit ausgeprägtem Bruxismus entsprechend der Herstellerangaben eine Kontraindikation bezüglich des Einsatzes vollkeramischer oder keramisch voll verblendeter Restaurationen.

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten des Vorgehens bei der Therapie des Abrasionsgebisses mittels Kronen und Brücken. Zum einen kann bei geringfügigen Änderungen der vertikalen Kieferrelation bzw. nach einer ausreichend langen beschwerdefreien Tragedauer der Schiene eine sofortige Anfertigung der festsitzenden Versorgung erfolgen, ohne dass die Tragedauer der provisorischen Versorgung über die technisch notwendige Zeit ausgedehnt wird. Als weitere Option steht aber auch die Versorgung mittels Provisorien zur Verfügung, welche die therapeutische Kieferrelation der Schiene aufgreifen und die Akzeptanz dieser Kieferrelation und des Therapiemittels hinsichtlich Funktion und Ästhetik beim Patienten austesten können. Gleichzeitig sind Veränderungen an den Provisorien wesentlich leichter durchzuführen als am definitiven Therapiemittel. Zudem kann die Tragedauer der Schiene verkürzt werden.

Grundsätzliche Anforderungen an Materialien für die längerfristige provisorische Versorgung orientieren sich an der deutlich verlängerten Tragedauer gegenüber herkömmlichen Provisorien. So sollte neben einer guten Mundbeständigkeit und ausreichender mechanischer Stabilität auch eine geringe Verfärbungsneigung bestehen. Darüber hinaus ist bei Patienten mit Abrasionsgebiss eine geringe Abrasionsfähigkeit des Materials und im Idealfall zur Anpassung der Kieferrelation eine Ergänzungsfähigkeit als günstig zu bewerten.

Zur Herstellung der Provisorien beim Abrasionsgebiss bestehen mehrere Möglichkeiten. Da die definitive Kieferrelation bereits mittels der provisorischen Versorgung eingestellt werden sollte, ist allen therapeutischen Möglichkeiten gemeinsam, dass die Modelle in der geplanten Kieferrelation vorher im Artikulator montiert sein sollten. Mittels eines Wax-up kann eine Tiefziehschiene hergestellt werden, mit deren Hilfe dann intraoral das Provisorium angefertigt wird (s. Abb. 6 b). Wird eine höhere Anforderung an Funktion, Ästhetik und Langlebigkeit an das Provisorium gestellt, so kann auch in einem zweiten Schritt nach Abformung der präparierten Zähne ein laborgefertigtes Langzeitprovisorium zum Einsatz kommen. Ein diagnostisches oder therapeutisches Wax-up stellt keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen dar, so dass der Einsatz dieses Verfahrens trotz seiner Vorteile wahrscheinlich limitiert ist.

Bei der Befestigung der provisorischen Versorgung sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung. Zum einen handelt es sich bei einem ausgeprägten Abrasionsgebiss meist um sehr kurze klinische Kronen mit deutlich reduzierter Friktionsfläche, was bei der Wahl des provisorischen Befestigungszements und der Möglichkeit der Verblockung der Provisorien beachtet werden sollte. Weiterhin wird bei diesen kurzen klinischen Kronen in vielen Fällen eine zusätzliche adhäsive Befestigung der definitiven Restauration empfohlen. Daher sollte das provisorische Befestigungsmaterial kein Eugenol enthalten, da dies den adhäsiven Verbund beeinträchtigen kann.

Sollten überkronungswürdige Zähne eine zu geringe Friktionsfläche in ihrer gesunden Zahnhartsubstanz aufweisen und dies nicht durch eine chirurgische Kronenverlängerung behoben werden können, so kann in Ausnahmefällen eine therapeutische Devitalisierung notwendig werden. Nach erfolgreich abgeschlossener Wurzelbehandlung kann dann mittels Stiftaufbauten die notwendige Friktionsfläche für das definitive Therapiemittel (z.B. Krone, Brücke) geschaffen werden. Dabei ist zu beachten, dass um den Zahn ohne Aufbau zirkulär eine mindestens 2 mm hohe Friktionsmanschette vorhanden sein muss. Ist dies nicht gegeben, so ist die Prognose der Versorgung stark reduziert und es ist zu diskutieren, inwieweit der Zahn einen sinnvollen Bestandteil des geplanten Therapiekonzepts darstellt.

Wenn bei Patienten mit ausgeprägten Parafunktionen die Indikation zur Anfertigung von Kronen oder Brücken gestellt wird, so existieren aktuell lediglich Expertenmeinungen, die zum einen zu rein metallischen (Vollguss) und zum anderen zu vestibulär keramisch verblendeten (Metallkeramik) Restaurationen raten. Dabei wird der Einsatz vestibulärer Verblendungen nur im sichtbaren Bereich empfohlen (s. Abb. 7 a-d). Im Seitenzahnggebiet gilt die Vollgusskrone (-brücke) als Mittel der Wahl, wenn bei Patienten ausgeprägte parafunktionelle Aktivitäten zu erwarten sind. Metallkaufächen stellen hinsichtlich der Ästhetik sicher nicht die optimale Versorgung dar, bieten aber herstellungsbedingt (Modellation in Wachs) eine hohe Präzision hinsichtlich der okklusalen Adjustierbarkeit und sind kaum frakturgefährdet. Der Übergang von der metallenen Kaufäche zur Verblendung sollte nicht in einem Bereich liegen, der vom Höcker oder der Schneidekante des Antagonisten berührt werden kann. Bei der Befestigung der Restaurationen ist der oft deutlich verkürzten klinischen Krone Rechnung zu tragen, so dass die Möglichkeit einer adhäsiven Befestigung in Erwägung gezogen werden sollte, um die Langzeitprognose

des Zahnersatzes zu verbessern. Während die 10-Jahresüberlebensrate für konventionellen festsitzenden Zahnersatz in einer Metaanalyse mit 89 Prozent angegeben wurde, so scheint dieser Wert bei Patienten mit ausgeprägtem Bruxismus und starkem Zahnhartsubstanzverlust etwas niedriger auszufallen. In einer klinischen Studie wurden stark verkürzte Frontzähne mit Metallkeramikronen versorgt. Die Überlebensrate lag dabei nach zehn Jahren nur noch bei 74,5 Prozent, was aber immer noch als klinisch akzeptabel angesehen werden kann.

Nicht bei jedem Patienten ist auf Grund der Anzahl, Topographie und parodontalem Zustand der vorhandenen Zähne eine festsitzende Versorgung möglich. In diesen Fällen kann durch eine Implantation die Anzahl der möglichen Pfeiler einer festsitzenden Versorgung erhöht werden. Es ist dabei zu bedenken, dass Bruxismus insbesondere wegen der zu befürchtenden Schäden an der Suprastruktur (z. B. Schraubenfraktur) eine relative Kontraindikation für Implantationen darstellt. Daher ist zum einen die momentane und prognostizierte Aktivität der Parafunktionen und des weiteren die Möglichkeit von Verblockungen der Implantatkronen in die Überlegungen einzubeziehen. Letztlich muss durch Bewertung dieser Faktoren im individuellen Fall abgewogen und der Patient über mögliche Risiken aufgeklärt werden. Sollten ökonomische, lokale anatomische oder generelle gesundheitliche Faktoren gegen diese Art der Versorgung sprechen, so muss eine abnehmbare Prothese angefertigt werden.

Abnehmbarer Zahnersatz

Die Anfertigung einfacher klammerverankerter Modellgussprothesen ist zwar kostengünstig, aber meist nicht möglich oder sinnvoll. Zum einen kann die Kieferrelation ohne Überkronung der Ankerzähne nur unzureichend rekonstruiert werden, zum anderen ist eine Klammerverankerung an stark abradieren Zähnen kaum möglich. Daher kommen in diesen Fällen eher Kombinationsprothesen zum Einsatz, welche mittels festsitzender Kronen und Geschieben oder Teleskopen an den vorhanden Zähnen verankert werden. In diesen Fällen ist die Überführung der provisorischen in eine definitive therapeutische Kieferrelation meist relativ einfach möglich (s. Abb. 10).

Die Frage der bestehenden parafunktionellen Aktivitäten ist auch bei der Versorgung des Abrasionsgebisses mittels abnehmbaren Zahnersatzes nicht zu vernachlässigen. Während bei einer physiologischen Aktivität der Kaumuskulatur lediglich die bestehende reduzierte Höhe der klinischen Krone in die Überlegungen bei der Wahl des Therapiemittels ein-

fließen sollte, bestehen bei Patienten mit ausgeprägten Parafunktionen gewisse Einschränkungen. So sollte zum einen beim Kombinationszahnersatz die Ausdehnung der Verblendung (Frontzahngelände: vestibulär; Seitenzahngelände: Vollguss) eingeschränkt werden. Weiterhin stellt die Stabilität bestimmter Verankerungselemente (v. a. Geschiebe) dieser Therapieoption Grenzen. Zur Verringerung der Kinetik der Teilprothese kann eine Pfeilervermehrung durch Implantation in Erwägung gezogen werden. Wie auch beim festsitzenden Zahnersatz gilt Bruxismus als relative Kontraindikation. Andererseits kann damit aber die Belastung auf die restlichen Pfeilerzähne verringert werden, was die Frakturgefahr gerade bei sehr starren Verankerungselementen (Teleskopkronen) reduzieren kann. Es bleibt daher wieder eine Abwägung der individuellen Begebenheiten und Konstruktionsmöglichkeiten sowie ein erhöhter Aufklärungsbedarf dem Patienten gegenüber.

In den Fällen, in denen eine definitive Versorgung mit abnehmbarem Zahnersatz auf Grund der reduzierten Prognose des Restgebisses oder auch auf Grund von finanziellen Aspekten nicht möglich ist, besteht die Option der Anfertigung von Langzeitschienen (s. Abb. 11 a, b). Die Herstellung dieser Langzeitschienen ist vergleichbar mit der von Modellgussprothesen. Als Material für das Gerüst dient eine Nichtedelmetalllegierung (NEM; Kobalt-Chrom-Molybdän-Legierung). Zur Verblendung können Composite eingesetzt werden. Auch wenn dadurch eine gewisse Rehabilitation des Patienten möglich ist, so müssen doch die ästhetischen Aspekte dieser Art der Versorgung zumindest als wenig befriedigend angesehen werden (s. Abb. 11 a, b).

Wenn im zahnlosen Kiefer eine neue Totalprothese angefertigt werden soll, empfiehlt sich das Austesten der rekonstruierten Kieferrelation mittels direkt aufgebauten Aufbissen aus Kunststoff oder eine Schie-

ne („Sandwichschiene“, s. Abb. 12) in der therapeutischen Kieferrelation.

Nachsorge

Gerade bei Patienten mit einem Abrasionsgebiss ist eine regelmäßige Nachsorge im Hinblick auf die Prävention vor weiterer übermäßiger Zahnabnutzung und Zerstörung des Therapiemittels für eine gute Langzeitprognose essentiell. So kann die Anwendung von Fluoridgel zur Erhöhung der Härte der noch bestehenden Zahnhartsubstanz empfohlen werden. In vielen Fällen lässt sich auch durch eine optimale funktionelle Gestaltung des Therapiemittels keine Reduktion der parafunktionellen Aktivitäten erreichen. Dann sollte zum Schutz der Zähne und des Therapiemittels eine neue Schiene angefertigt werden, die eine okklusale Adjustierung aufweist und hart genug ist, um auch lang andauernden Belastungen stand halten zu können. Getragen werden sollte diese Schiene immer dann, wenn Parafunktionen zu erwarten sind, was meist nachts der Fall ist.

Neben der Schientherapie stehen weitere therapeutische Optionen wie autogenes Training, Yoga oder psychosomatische Therapien zur Verfügung, um kausal und nachhaltig die parafunktionellen Aktivitäten einzuschränken. Durch die Aufklärung über die kausalen Zusammenhänge der vorangegangenen Zahnabnutzung und Sensibilisierung hinsichtlich der gesamten Thematik kommt es bei vielen Patienten zu einem stärkeren Bewusstsein, dass die eigenen Parafunktionen zu diesen Defekten geführt haben. Damit verbunden ist ein höheres Maß an Selbstbeobachtung. Letztlich obliegt es dem Verhalten des Patienten (Schiene tragen, Anwendung von Entspannungstherapien ...), welche Prognose die Therapie des Abrasionsgebisses aufweist.

Dr. Daniel R. Reißmann

OA PD Dr. Sven Reich

Prof. Dr. Thomas Reiber

**Poliklinik für Zahnärztliche
Prothetik und Werkstoffkunde
Universitätsklinikum Leipzig**

Dentalbereich stark ausgebaut Greifswalder Arzneimittel AG startet mit Vertrieb

Mit Wirkung zum 1. Juli startet die Riemser Arzneimittel AG, Greifswald, mit dem weltweiten Vertrieb für alle Dentalindikationen des bekannten synthetischen Knochenaufbaumaterials Cerasorb. Zum selben Zeitpunkt übernimmt Riemser die Patentrechte für das neue Zahnimplantatsystem Revois. Gleichzeitig geht ein Teil der Mitarbeiter der curasan AG, Kleinostheim an Riemser über.

Durch den Zukauf rechnet Riemser für 2008 mit einem Umsatzplus von knapp vier Millionen Euro.

Cerasorb und Revois werden in über 30 Länder exportiert.

Der Riemser Geschäftsbereich Dental ist bisher vor allem durch die Marke Ledermix in der Endodontie bekannt. Mit Cerasorb und Revois erhält Riemser Zugang zum internationalen Wachstumsmarkt der dentalen Implantologie und Knochenregeneration. Der Zukauf weiterer Lizenzen ist geplant. **PM Riemser (gekürzt)**

Anzeige



KORTE

RECHTSANWÄLTE

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? – Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität.
Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte
**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

www.anwalt.info
Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info

Service der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

Neue Praxen, Sitzungstermine des Zulassungsausschusses, Führung von Börsen

Praxisabgabe/-übernahmen

Die von Dr. med. Karsten Blumenhagen und Adolf Raith geführte Zahnarztpraxis in 17235 Neustrelitz, Karbe-Wagner-Straße 57, wird seit dem 1. März 2008 von Dr. med. Karsten Blumenhagen weitergeführt. In dieser Praxis ist Adolf Raith als halbtags angestellter Zahnarzt tätig.

Die von Dr. med. dent. Brigitte Behrmann geführte Zahnarztpraxis in 18299 Laage, Rosmarienstraße 18a, wird ab dem 1. Juli 2008 von Nicole Schürkamp weitergeführt.

Die von Dr. med. Holger Kraatz und Steffen Gast geführte Zahnarztpraxis in 18239 Satow, Schulstraße 1a, wird seit 1. Juli 2008 von Dr. Kraatz allein weitergeführt.

Die von Dres. Karin, Dirk Gonsiorek und Ina Gonsiorek geführte Zahnarztpraxis in 18356 Barth, Bahnhofstraße 1, wird seit 1. Juli 2008 von Dr. Dirk und Ina Gonsiorek weitergeführt.

Die von Dr. med. Silvia Kubetschek und Roman Kubetschek geführte Zahnarztpraxis in 17033 Neubrandenburg, Dr.-Wilhelm-Külz-Str. 4, wird seit 1. Juli 2008 von Roman Kubetschek als Einzelpraxis weitergeführt.

Die von Hans-Ernst Kaßburg und Ulrike Blum geführte Zahnarztpraxis in 19249 Lübben, Sandstraße 3, wird seit 1. Juli 2008 von Hans-Ernst Kaßburg als Einzelpraxis weitergeführt.

Niederlassung

Alexandra Kuklinski
Zahnärztin
Graf-Schack-Straße 7
18055 Rostock

Lars Gerloff
Zahnarzt
Sassenstraße 12
17235 Neustrelitz

Berufsausübungsgemeinschaft

Die Zahnärzte Dr. medic stom.(RO) Christine Gerloff und Lars Gerloff führen seit 1. Juli 2008 in 17235

Neustrelitz, Sassenstraße 12, ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft fort.

Die Zahnärzte Jörn Kobrow, Ingrid Schult und Marion Löwenstein führen seit 1. Juli 2008 eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Die Postanschrift: 19063 Schwerin, Dreescher Markt 4.

Ende der Niederlassung

SR Helga Fügenschuh
Zahnärztin
Ehm-Welk-Straße 22
18106 Rostock

Dr. med. dent. Karin Gonsiorek
Zahnärztin
Bahnhofstraße 1
18356 Barth

Dr. med. Dieter Lembke
Zahnarzt
W.-Seelenbinder-Str. 41
18069 Rostock

Steffen Gast
Zahnarzt
Schulstraße 1a
18239 Satow

Michael Köpke
Zahnarzt
Ringstraße 2a
18442 Nierpars

Dr. med. Silvia Kubetschek
Zahnärztin
Dr.-Wilhelm-Külz-Str. 4
17033 Neubrandenburg

Ulrike Blum
Zahnärztin
Sandstraße 3
19249 Lübben

Ende der Ermächtigung

Prof. Dr. med. h. R. Grabowski
Kieferorthopädin
Stempelstraße 13
18057 Rostock

Ruhen der Zulassung

Die Zulassung von Dr. med. Ingrid Treptow ruht für den Zeitraum 11. August 2008 bis 10. August 2010.

Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Die Zahnärztin Geertje Lau verlegt mit Wirkung vom 28. Juli 2008 ihren Vertragszahnarztsitz von der Burgstraße 27 in die Arndtstraße 24 in 17489 Greifswald.

Führung von Börsen

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

- Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung
- Praxis sucht Vorbereitungsassistenten/Entlastungsassistenten/angestellte Zahnärzte
- Praxisabgabe
- Übernahme von Praxisvertretungen
- Praxisübernahme

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte auf den **10. September** (Annahmestopp von Anträgen: 19. August) und **26. November** (Annahmestopp von Anträgen: 5. November) festgelegt wurden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. **mindestens** drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, 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:

- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarztes (auch innerhalb des Ortes)
- Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)

- Verzicht auf die Zulassung (wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam)
- Ruhen der Zulassung

Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (Telefon: 03 85-5 49 21 30 bzw. E-Mail-Adresse: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Aktuelle Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

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

Punkte: 3

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

Gebühr: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorbereitungsassistenten und Zahnarzhelferinnen

Textverarbeitung mit Word 2003

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

Wann: 3. September 2008, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation mit Excel 2003

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

Wann: 10. September 2008, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

PowerPoint 2003

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

Wann: 8. Oktober 2008, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

Der Zahnarzt in der Wirtschaft

Referenten: Dr. Hans-Jürgen Koch,

Mitglied im Koordinationsgremium der KZV M-V; Hans Salow, stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV M-V; Andrea Mauritz, Abteilungsleiter Kons./Chir. KZV

Inhalt: gesetzliche und vertragliche Grundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung; Stellung der KZV innerhalb der GKV; neue Prüfvereinbarung; Hilfestellung für Zahnärzte und Zahnärztinnen zur Vorbereitung auf eine Prüfung

Punkte: 3

Wann: 22. Oktober, 15 bis 18 Uhr, Neubrandenburg

Gebühren: 150 € für Zahnärzte, 75 € für Vorb.-Assistenten und Zahnärztinnen

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V,
Fax-Nr.: 0385-54 92 498
Antje Peters
E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin



Ich melde mich an zum Seminar:

- Textverarbeitung mit Word 2003 am 3. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2003 am 10. September 2008, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- PowerPoint 2003 am 8. Oktober 2008, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitprüfung am 22. Oktober 2008, 15 bis 18 Uhr, Neubrandenburg

Datum (Seminar)	Name, Vorname (Druckschrift)	Ab r . - Nr.	Zahnarzt (ZA) Zahnarzhelferin (ZAH) Vorbereitungsassistent (VA)

Unterschrift, Datum

Stempel

Geplatzter Behandlungstermin – Ausfallhonorar des (Vertrags)Zahnarztes?

Von Rechtsanwältin Dr. Wiebke Arnold, Kiel

I. Ungeklärte Rechtslage

Es kommt in zahnärztlichen Praxen regelmäßig vor, dass ein Patient nicht zum fest vereinbarten Termin erscheint. Dies ist insbesondere dann ein Ärgernis für den Zahnarzt, wenn er seinen Patienten langfristig für eine zeitintensive Behandlung zu einem Termin bestellt und den entsprechenden Zeitraum nur für diesen Patienten freigehalten hat. Aus Sicht der Zahnärzte stellt sich in einem solchen Fall nicht selten die Frage nach möglichen (Ersatz-)Ansprüchen. Ob der Zahnarzt berechtigt ist, ein Ausfallhonorar bei nicht eingehaltenen Behandlungsterminen zu erheben, richtet sich nicht nach sozialrechtlichen, sondern nach zivilrechtlichen Bestimmungen. Hinsichtlich dieser Thematik liegt bereits eine Fülle von Entscheidungen der ordentlichen Gerichte vor, die die Frage nach einem Ausfallhonorar des Zahnarztes allerdings vollkommen uneinheitlich beantworten. Dieses Durcheinander an divergierenden Ansichten wird nicht zuletzt dadurch forciert, dass die Streitfrage bislang nicht Gegenstand einer höchstrichterlichen Entscheidung gewesen ist.

II. Schadensersatzanspruch oder Honoraranspruch?

In der Rechtsprechung werden im Wesentlichen zwei Meinungen vertreten: Ein Teil der Gerichte lehnt einen Honoraranspruch mit der Begründung ab, dass Terminabsprachen nur der reibungsloseren Abwicklung des Arbeitsablaufs des frei praktizierenden Zahnarztes dienen würden. Es könne daher im Zweifel nur davon ausgegangen werden, dass durch die Terminabsprache ein zeitgemäßer Behandlungsablauf gesichert werden soll. Vor diesem Hintergrund sei ein Ausfallhonorar des Zahnarztes abzulehnen, insbesondere auch deshalb, weil der Patient für Wartezeiten im zahnärztlichen Bereich ebenfalls keinen Ausfallersatz verlangen könne. Dem Zahnarzt wird insoweit nur ein Schadensersatzanspruch zugestanden (OLG Stuttgart, Urteil vom 17.04.2007 – 1 U 154/06). Dieser ist allerdings in der gerichtlichen Durchsetzung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da der

Zahnarzt seinen Schaden konkret darzulegen und zu beweisen hat, der ihm durch das Nichterscheinen des Patienten entstanden ist. Zudem ist der Zahnarzt zur Schadensminderung verpflichtet, sodass er, soweit es ihm möglich ist, in dieser Zeit einen anderen Patienten behandeln muss. Zugleich berücksichtigen die Gerichte etwaige Verwaltungstätigkeiten, die der Zahnarzt in der ihm zur Verfügung stehenden freien Zeit ausführen kann. Abgesehen davon, setzt der Schadensersatzanspruch im Gegensatz zum Honoraranspruch ein Verschulden des Patienten voraus.

Ein anderer Teil der Rechtsprechung bejaht hingegen in der Regel einen Honoraranspruch des Zahnarztes auf der Grundlage der §§ 611, 615 BGB (AG Ludwigsburg, NJW –RR 2003, 1695; AG Nettetal, MedR 2007, 664 f.). Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Zahnarzt eine Bestellpraxis betreibt, den Patienten also zu einem festen Termin einbestellt hat und diesen ausschließlich für ihn freihält. Hier gerät der Patient in „Annahmeverzug“, soweit er zum vereinbarten Termin nicht erscheint.

Die letztgenannte Ansicht, die dem Zahnarzt einen vertragsmäßigen Vergütungsanspruch zugesteht, ist dabei unter rechtlichen Gesichtspunkten vorzuziehen und stellt im Hinblick auf die prozessualen Probleme im Rahmen der Durchsetzung eines etwaigen Schadensersatzanspruchs für den Zahnarzt auch die günstigere Variante dar. Die Rechtsprechung, die einen Schadensersatzanspruch bejaht, ist bereits deshalb abzulehnen, weil die versäumte Mitteilung des Patienten über seine Verhinderung keine Verletzung einer Nebenpflicht begründet, die elementare Voraussetzung für einen Schadensersatzanspruch wäre. Vielmehr stellt sich die geforderte Mitteilung an den Zahnarzt nur als eine Obliegenheit dar. Ein Verstoß gegen Obliegenheiten begründet indes keinen Schadensersatzanspruch, sondern führt in der Regel zu einem Annahmeverzug.

Als Anspruchsgrundlage des Zahnarztes gegen terminsäumige Patienten sind also die §§ 611, 615 BGB zu preferieren. Dabei ist die Vorschrift des § 615 BGB keine ei-

genständige Anspruchsgrundlage. Die Bestimmung bedingt vielmehr, dass der ursprüngliche Vergütungsanspruch aus § 611 Abs. 1 BGB erhalten bleibt.

III. Honoraranspruch gegen Kassenpatienten?

In diesem Zusammenhang wird von Vertragszahnärzten oftmals nachgefragt, ob ein solcher Honoraranspruch auch gegenüber Kassenpatienten geltend gemacht werden kann. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen vergüten. Ansprüche gegen die KZV wegen ausgebliebener Kassenpatienten bestehen nicht. Abgesehen davon tritt der Kassenpatient im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nur in Rechtsbeziehungen zum Vertragszahnarzt und zu seiner Krankenkasse. Dabei kommt nach ganz herrschender Meinung in Rechtsprechung und Literatur zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Kassenpatienten ein bürgerlich-rechtlicher Behandlungsvertrag zustande. Dieser Vertrag bildet die erforderliche Grundlage für den gegenständlichen Honoraranspruch.

IV. Vereinbarung einer Kündigungsfristvereinbarung schafft Sicherheit

Im Rahmen des Honoraranspruchs kann sich allerdings ein weiteres Ärgernis einstellen. Es kommt nicht selten vor, dass der Patient unmittelbar vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn den Termin absagt. Dieses Verhalten wird von den Gerichten als Kündigung des Behandlungsvertrages gewertet, mit der Folge, dass es an einer rechtlichen Grundlage für den vertraglichen Vergütungsanspruch fehlt.

Der Zahnarzt sollte dieser Gefahr vorbeugen. Sinnvoll ist insoweit die Verwendung einer formularmäßigen Kündigungsfristvereinbarung, die in dem Anmeldebogen oder in der Terminvereinbarung selbst integriert werden kann. Sie ist vom Patienten zu unterschreiben. Eine derartige Kündigungsklausel wird von der Rechtsprechung in der Regel für zu-

lässig erachtet; sie unterliegt jedoch der Abschluss- und Inhaltskontrolle der Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Die Kündigungsfristvereinbarung muss deshalb verständlich und für den Patienten gut lesbar sein. Zudem darf er durch sie nicht unangemessen benachteiligt werden. Daher sollte dem Patienten im Rahmen der Vereinbarung eine Entlastungsmöglichkeit für unverschuldetes Nichterscheinen eingeräumt werden und ein Hinweis darauf erfolgen, dass sein Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund von der Vereinbarung unberührt bleibt. Eine entsprechende Klausel könnte wie folgt formuliert werden:

V. Formulierungsvorschlag

„Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden. Sollten Sie den jeweils vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, kann Ihnen gemäß

§§ 611, 615 BGB eine Vergütung auf der Grundlage der einschlägigen Gebührenordnung in Rechnung gestellt werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen bzw. schuldhaft es versäumt haben, diesen rechtzeitig abzusagen. Ihr Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund (§ 626 BGB) bleibt hiervon unberührt“.

Allerdings sollte sich der Zahnarzt bei der Verwendung einer solchen Klausel bewusst sein, dass sich die dadurch bedingte Verbindlichkeit des Behandlungstermins und die vereinbarte Kündigungsfrist auch zu seinen Lasten auswirken kann, und zwar dann, wenn er selbst den vereinbarten Termin nicht einhalten kann.

VI. Berechnungsgrundlage

Bei Verwendung einer solchen Klausel bleibt dem Zahnarzt nach der hier vertretenen Rechtsprechung in der Regel der Vergütungsanspruch erhalten, wenn der Patient nicht zum vereinbarten Termin erscheint oder diesen kurz vorher absagt. Dabei kann der Zahnarzt in Anlehnung an die hier vertretene Rechtsprechung direkt gegenüber dem Kassenpatienten liquidieren. Berechnungsgrundlage bildet insoweit die GOZ. Allerdings

besteht kein Anlass für einen erhöhten Steigerungsfaktor, sodass sich der Zahnarzt auf die einfache Gebühr verweisen lassen muss.

Ferner sollte der Vertragszahnarzt davon auszugehen, dass der Anspruch der Höhe nach auf den Betrag begrenzt ist, den er auf der Grundlage des BEMA-Z erhalten hätte. Es herrscht insoweit der Grundsatz, dass der Dienstverpflichtete – hier der Vertragszahnarzt – nicht mehr erhalten soll, als er bei normaler Abwicklung des Behandlungsvertrages verdient hätte.

VII. Fazit

In Anbetracht der ungeklärten Rechtslage verbleibt für den Zahnarzt gleichwohl ein gewisses Restrisiko, dass er gegebenenfalls keinen Ersatz für die verlorengegangene Zeit erhält. Es wird primär vom jeweils angegangenen Gericht abhängen, ob dieses dem Vergütungsanspruch stattgibt, einen Schadensersatzanspruch annimmt oder die Klage eventuell sogar abweist. Vor diesem Hintergrund sollte sich der Zahnarzt, jedenfalls soweit größere Honorarforderungen im Raum stehen, durch einen Rechtsanwalt beraten lassen, der ihm die Erfolgsaussichten im konkreten Fall offenlegt.

Weiter von der Gewerbesteuer befreit

Bundesverfassungsgericht hat in einem Ende Mai veröffentlichten Beschluss die Befreiung der Freiberufler von der Gewerbesteuer als mit dem Grundgesetz vereinbar bestätigt

Freie Berufe üben laut Gesetz kein Gewerbe aus. Die daraus resultierende Befreiung von der Gewerbesteuerpflicht ist unter anderem eine Gegenleistung für die Bereitschaft der Freiberufler, bestimmte Regelungen im Interesse der Allgemeinheit hinzunehmen und Leistungen der Daseinsvorsorge zu erbringen.

Zuvor hatte das Niedersächsische Finanzgericht in seiner Vorlage die Privilegierung der Freiberufler als grundgesetzwidrig eingestuft. Begründung: Deren Arbeitsbedingungen unterschieden sich nicht mehr wesentlich von jenen der Gewerbebetriebe.

Anders sehen das die obersten Finanzrichter: Es sei durchaus

mit dem Gleichheitsgrundsatz vereinbar, dass die Einkünfte der freien Berufe – also auch die der Ärzte – nicht der Gewerbesteuer unterliegen.

Sie betonten, die Nichteinbeziehung der freien Berufe in die Gewerbesteuer spiegele als eine über 70 Jahre währende Rechtstradition als Differenzierung zwischen Gewerbebetreibenden und freien Berufen wider, an der der Gesetzgeber so lange festhalten dürfe, „bis offen zutage tritt, dass im Hinblick auf den Steuergegenstand und die wesentlichen Besteuerungsmerkmale keine tragfähigen Unterschiede mehr zwischen diesen Berufsgruppen bestehen“.

Nach Überzeugung der Richter

gibt es auch heute noch „signifikante Unterschiede“ zwischen Freiberuflern und Gewerbebetreibenden, schreibt das Deutsche Ärzteblatt. So würden den Angehörigen der freien Berufe nach wie vor spezifische staatliche, vielfach auch berufsautonome Reglementierungen insbesondere im Hinblick auf ihre beruflichen Pflichten und Honorarbedingungen auferlegt.

Zudem sei die von Gemeinden erhobene Gewerbesteuer als pauschaler Ausgleich für deren besondere Infrastrukturlasten zu verstehen, die durch die Ansiedlung von Gewerbebetrieben verursacht werden, typischerweise aber nicht oder kaum durch Angehörige der freien Berufe.

Rückforderung der PKV unter Geltung des neuen VVG

Von Rechtsanwalt Stephan Gierthmühlen

Zum 1. Januar trat das Versicherungsvertragsgesetz in novellierter Form in Kraft. Nach wie vor wird ein gesetzlicher Anspruchsübergang für den Fall, dass die Versicherung dem Versicherungsnehmer den „Schaden“ ersetzt, geregelt. Diese Vorschrift findet sich nunmehr in lediglich redaktionell geänderter Form im § 86 Abs. 1 VVG wieder. Inhaltlich, so stellt es auch der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung fest, ändert sich jedoch nichts.

Nach wie vor besteht also die Gefahr, dass sich der Arzt, wenn ein Rückforderungsanspruch im Raume steht, nicht seinem eigentlichen Vertragspartner – dem Patienten – gegenüber sieht, sondern einem Versicherungsunternehmen. Um diese Möglichkeit zu minimieren, empfiehlt es sich nach wie vor, in den Behandlungsverträgen die Abtretung der Forderung auszuschließen. Diese Möglichkeit ist auch bei einem gesetzlich geregelten Anspruchsübergang nach dem Versicherungsvertragsgesetz aufgrund der §§ 399, 412 BGB möglich.

AGB im Behandlungsvertrag?

Für den Bereich der Krankenversicherung ist jedoch nicht abschließend entschieden, ob eine solche vorformulierte Vertragsklausel, also eine Allgemeine Geschäftsbedingung, zulässig ist. Für den Bereich der Transportversicherung hat der Bundesgerichtshof bereits im Jahr 1975 entschieden, dass ein formularmäßiger Ausschluss der Abtretung nicht möglich sei. Die Position des Versicherungsnehmers werde unzumutbar verschlechtert, da er entweder gezwungen ist, seinen Vertragspartner gerichtlich in Anspruch zu nehmen, oder seiner Versicherung zum Schadensersatz verpflichtet ist.

Ob sich diese Situation jedoch auf

den Bereich der Krankenversicherung und hier insbesondere den Bereich der Kieferorthopädie übertragen lässt, ist zweifelhaft. Es ist zu berücksichtigen, dass die Krankenversicherung, auch wenn sie rechtlich als solche gilt, keine typische Schadensversicherung ist. Insbesondere in der Kieferorthopädie werden regelmäßig Kostenzusagen vor Erbringung der Leistung erteilt, sodass bereits aus diesem Grunde fraglich sein dürfte, ob diese Situation mit einem überraschend eintretenden Schaden vergleichbar ist.

Ausschluss – ohne Gewähr

Als Erkenntnis sollte jedoch bleiben, dass auch die Aufnahme eines solchen

Info Abtretungsausschluss:

„Für die Abtretung von Ansprüchen aus diesem kieferorthopädischen Behandlungsvertrag einschließlich der Ansprüche, die auf Rückzahlung eines eventuell zuviel gezahlten Honorars gerichtet sind, bedarf es der Zustimmung des Kieferorthopäden. Der Forderungsübergang gemäß § 67 VVG, in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung sowie der Forderungsübergang gemäß § 86 VVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung ist ausgeschlossen.“

formularmäßigen Ausschlusses in den Behandlungsvertrag keine absolute Gewähr dafür bieten kann, sich über die Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag nur mit dem Patienten auseinandersetzen zu müssen.

Ohnehin räumt das neue Versicherungsvertragsgesetz den Krankenkassen neue, weitergehende Möglichkeiten

ein, Einfluss auf eine mögliche Auseinandersetzung über die Liquidation zu nehmen. So hat der Gesetzgeber in § 192 VVG den Versicherungen die Möglichkeit eingeräumt, auch die Abwehr unberechtigter Entgeltforderungen als typische Leistung in den Krankenversicherungsvertrag aufzunehmen. Hierdurch ist es also den Versicherungen ausdrücklich eröffnet, ihre Versicherten rechtlich zu beraten und zu vertreten. Gegebenenfalls könnte hieraus sogar das Recht abgeleitet werden, den Prozess für den Versicherten zu führen. Allerdings dürfte hierfür nach wie vor die Entscheidung des Patienten erforderlich sein, tatsächlich gegen seinen Arzt vorzugehen.

Mit freundlicher Genehmigung
aus: **BDK Info**

Die Kleinsten im Focus

„Junge Kieferorthopädie“ tagt im September

Der nun schon im 5. Jahr aktive „Fachkreis für Junge Kieferorthopädie“ wird sich vom 12. bis 13. September wieder zu seiner Jahrestagung in der Goethestadt Weimar treffen.

Unter dem Leitmotto „Systematische Milchzahn-Extraktion“ kommen an den beiden Tagen Spitzenreferenten aus allen Bereichen der Zahnmedizin zusammen, um die teilnehmenden Kollegen für das wichtige Thema Kfo-Prophylaxe zu sensibilisieren.

Informationen zum Fachkreis und zum Tagungsprogramm der 5. Jahrestagung gibt es unter: www.jungekfo.de

NORDDENTAL 2008 – Mit dem Internet gewinnen!

Am Samstag, den 06. September 2008 findet von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr die NORDDENTAL in der Halle B6 der Hamburg Messe statt. „Morgen ist Heute!“, gemäß dieses Veranstaltungsmottos treffen sich zum 13. Mal in Folge Zahnärzte, Kieferorthopäden, Oralchirurgen und Zahntechniker, um sich im Detail über Neuheiten und zukünftige Chancen auf dem Dentalmarkt zu informieren.

Auch in diesem Jahr „lockt“ die Messe mit einem attraktiven Programm informations- und erfolgshungrige Fachbesucher aus allen Disziplinen der Zahnmedizin nach Hamburg.

Als Besonderheit, die eine optimale Vorbereitung des Besuchs ermöglicht, ist eine Neuheit geplant: Das Informationsangebot der Website www.norrdental.de wurde deutlich verbessert. Insbesondere der Schwerpunkt Produktneuheiten bietet als Menüpunkt „inNEWations“ absolute Aktualität. Auf der Besucher-Startseite jeder

Fachdental werden mit dem neuen Fachdental-RSS-Feed aktuelle Informationen, Angebote und Serviceleistungen veröffentlicht. Die User können zudem die RSS-Feeds abonnieren und werden so, ab acht Wochen vor dem Event, regelmäßig über Neuigkeiten informiert.

Zudem verlost die NORDDENTAL ab dem 15.06. unter den Website-Besuchern alle 14 Tage je 2 Premiumtickets für Sport- und Entertainment-Highlights beispielsweise in der Color Line- oder HSH Nordbank Arena.

Die Fachveranstaltung selbst präsentiert sich dem Fachbesucher zudem als „fair“. Aussteller bieten als fair²-Angebote jeweils ein Produkt ihres Sortiments zu einem exklusiven Sonderpreis an. Zusätzlich werden fair²-Aktionen geboten: Bei einem unterhaltsamen Show-Act „Die perfekte Helferin!“ wird die Messehalle zur Theaterbühne, Chill-out-zonen mit Milchbar und Kunstmeile bilden Ruhepunkte

im hektischen Veranstaltungsgeschehen. Nach dem erfolgreichen fachlichen Rahmenprogramm des Vorjahres mit den InfoTools zu 3D-Röntgen und CAD/CAM für Labore werden beide Zukunftsthemen auch in diesem Herbst wieder aufgegriffen und aktualisiert fortgesetzt.

Das Zukunftsthema 3D-Röntgen wird unter dem Leitsatz „Das 3D-Navi – Was Ihre Praxis in Zukunft wirklich braucht!“ präsentiert. Der InfoTool CAD/ CAM für Labore 2.0 thematisiert unter dem Motto „Push your profit“ die Möglichkeiten des Labors, sein CAD/ CAM-System individuell zu optimieren. Die zentrale Fragestellung wird sein: „Ausrüsten, Umrüsten, Aufrüsten – Wer braucht was wirklich?“.

Viele weitere, detaillierte Informationen rund um die Veranstaltung, das Rahmenprogramm sowie besondere Höhepunkte wie den interaktiven Besuchsplaner und den Stadtführer erhält man im Internet unter www.norrdental.de.

Implantate: Interaktion von Biologie und Technik

Mehr als 1.700 Besucher machten den 7. Deutschen ITI Kongress Mitte April zur bisher größten nationalen Fachveranstaltung in Deutschland.

Intensiv diskutiert wurde die Problematik beim Übergang zwischen Implantat und Aufbauelement aus prothetischer Sicht und die klinische Relevanz von Mikrobewegungen. Besondere Aufmerksamkeit wurde dem Design und der Qualität der Implantat-Abutment-Verbindung gewidmet. Die Kernfrage „Wie genau ist die Übertragung der virtuellen Welt in die reale Welt?“ stand bei den Präsentationen zu 3-D-Darstellungsmöglichkeiten und ihren Nutzen für die Praxis im Mittelpunkt.

Sicherheit und Reduzierung des Risikos der Verletzung anatomischer Strukturen, Verbesserung der ästhetischen und funktionellen Ergebnisse sowie verringerte Invasivität und die exakte Übertragung der implantologischen Zielsetzung wurden als Argumente für die virtuelle Planung mit 3-D-basierten Schablonen genannt.

Eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben für die Zahnärzteschaft sei die Therapie der Periimplantitis, alleine schon aufgrund der Tatsache, dass die Implantatpatienten immer älter werden und damit die Gefahr periimplantitärer Defekte wächst. Vorge stellt wurden deutlich verbesserte und

langzeitstabile Ergebnisse, die mit der Integration des Laserlichts (als modularer Baustein) in die Therapie erzielt wurden. Die hydrophilen Eigenschaften der SLActive-Oberfläche beeinflussen die Weichgewebsintegration. Dies bestätigen die ersten offiziellen Zwischenergebnisse einer internationalen multizentrischen, prospektiven, randomisierten und kontrollierten Studie mit SLActive beim Vergleich von Sofort- vs. Frühbelastung bei posterioren nonokklusalen Versorgungen. Diese First-Level Evidence Studie ist die bisher größte ihrer Art zu diesem Thema. Die Überlebensraten von 98 % bzw. 97 % nach 5 Monaten weisen eine statistische Signifikanz auf, die laut Univ.-Prof. Dr. Axel Zöllner, Witten-Herdecke, aber klinisch nicht relevant sei.

Univ.-Prof. Dr. Daniel Buser, CH-Bern, berichtete über die mehr als 5-jährige Entwicklungsphase des Straumann Bone Level Implantats, welches mit Beteiligung zahlreicher erfahrener ITI-Fellows inklusive eingehender, tierexperimenteller und klinischer Studien entwickelt wurde. Die bisherige klinische Erfahrung beschränkt sich auf das 4,1 mm Implantat und darf als sehr positiv beurteilt werden.

Beim diesjährigen Kölner Streitgespräch wurde das Thema der Indikation dreidimensionaler bildgebender Verfahren kontrovers diskutiert. Auch wenn die einzel-

nen, auseinander gehenden Meinungen bis zum Schluss vertreten wurden, lässt sich doch ein Fazit ziehen: Wenn wichtige Fragen offen bleiben und die dreidimensionalen Verfahren Antworten auf diese Fragen geben können, machen sie Sinn. Im zahntechnischen Parallelprogramm gab es Einblicke in die Leistungsfähigkeit moderner CAD/CAM-Systeme und deren Einfluss auf die Laborstruktur.

Weiter Informationen:
Straumann GmbH
www.straumann.de



Alle Herstellerinformationen sind Informationen der Produzenten.
Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers / der Redaktion wieder.

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Monat Juli und August vollenden

das 80. Lebensjahr

Dr. Hans-Otto Haedge (Rostock)
am 24. Juli,
Dr. Arno Reichert (Stralsund)
am 3. August,
Dr. Horst Gil (Demmin)
am 17. August,

das 75. Lebensjahr

MR Dr. Ingelore Mieler
(Neubrandenburg)
am 4. August,

das 70. Lebensjahr

Dr. Klaus Riel (Stralsund)
am 3. August,
Dr. Leila Menzel (Rostock)
am 21. August,
SR Margret Eck (Rostock)
am 30. August,

das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Helga Michel-
Schulze (Plau Quetzin)
am 18. Juli,
Zahnärztin Gabriele Kierzek
(Neubrandenburg)
am 22. Juli,
Zahnarzt Gerd Scheiffler (Röbel)
am 26. Juli,
Zahnärztin Ingrid Dörp (Laage)
am 26. Juli,
Dr. Roswitha Lelke (Friedland)
am 26. Juli,
SR Dr. Margitta Wöller
(Mesekenhagen) am 28. Juli,
Dr. Dieter Lembke (Rostock)
am 30. Juli,

Dr. Heide Berger
(Admannshagen) am 31. Juli,
Zahnärztin Helga Söhlig
(Groß-Laasch) am 1. August,
Dr. Franz-Christian Martens
(Ribnitz-Damgarten)
am 17. August,
Zahnärztin Barbara Brick
(Stavenhagen) am 24. August,

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Gudrun Buchmann
(Rostock) am 17. Juli,
Zahnarzt Paul Pawelsky
(Greifswald) am 19. Juli,
Dr. Gudrun Looks (Stralsund)
am 1. August,
Zahnarzt Hartmut Purps
(Neustrelitz) am 26. August,

das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Ina-Simone Bensch
(Wittenburg) am 14. Juli,
Dr. Jürgen Schimmelpfennig
(Schwerin) am 26. Juli,
Zahnärztin Kerstin Kempin
(Bergen) am 12. August,
Dr. Marlies Limbach (Warin)
am 19. August,
Zahnärztin Sabine Brünner
(Rostock) am 19. August,
Zahnärztin Gundula Vogel
(Lalendorf) am 23. August,
Zahnärztin Angela Krüger (Bützow)
am 29. August und
Dr. Heidrun Engel (Rostock)
am 31. August.

Wir gratulieren ganz herzlich und wünschen
Gesundheit und Schaffenskraft.

Vertretungsregelung bei Urlaubsabwesenheit

Aus gegebenem Anlass nochmals der Hinweis, dass jede Praxis bei Urlaubsabwesenheit verpflichtet ist, eine Urlaubsvertretung zu benennen. Paragraf 13 Abs. 1 der Berufsordnung lautet: „Steht der Zahnarzt während seiner Sprechstundenzeit nicht zur Verfügung, so hat er für eine entsprechende Vertretung zu sorgen. Name, Anschrift und Telefonnummer eines Vertreters außerhalb der Praxis sind in geeigneter Form bekannt zu geben.“ Insbesondere bei Kurzurlaub und an so genannten „Brückentagen“ muss eine Vertretung benannt werden.

ZÄK M-V

Anzeigen

Prophylaxeorientierte Zahnarztpraxis
in unmittelbarer Nähe von Greifswald
sucht ab sofort

**Fortgebildete Helferin
Prophylaxe oder ZMP**

zur Festanstellung für 35 bis 38 Stunden/Woche mit Umsatzbeteiligung.
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
Telefon 038352-60504.

Jana Neitzel

Personalberatung und mobile
Zahnarztshelferin, Festeinstellung
oder/und schnelle Vertretung,
Kontaktdaten und verfügbare
Helferinnen unter

www.neitzel-zahnarztshelferin.de

Freundliche, engagierte ZMV mit BE
sucht neuen Wirkungskreis in Rostock
und Umgebung (als ZMF oder ZMV)
Chiffre 0713

Landkreis Ludwigslust, ZAP sucht
angest. ZÄ/ZA, Tel: 01 72/3 95 17 85

Erfahrene ZÄ aus der Ukraine
mit BE 15 J. sucht in Rostock, Bad
Doberan Stelle als Vorbereitungsas-
sistentin. Tel. (0381) 210-66-70,
halyna-za@gmx.de

Praxisabgabe in
Mecklenburg-Strelitz
Solvente und gut eingeführte Praxis
an Neustarter sofort oder in naher
Zukunft abzugeben. 2 BHZ, OPG,
zentrale Lage in Kreisstadt. Evtl. ge-
meinsame Praxisführung bei Über-
nahme durch Absolventen.
Telefon: 0 39 81/20 66 79

Anzeige

KERA-DENT

Gesellschaft für Dentaltechnik mbH

Am Mühlenbach 1 · 18233 Neubukow
Tel. 03 82 94/1 37 03 · Fax 03 82 94/1 37 04



Wir wünschen Ihnen einen erholsamen Urlaub

Mit uns haben Sie „gut lachen“ und Zahnersatz vom Allerfeinsten.

Internet: www.kera-dent.de · E-Mail: keradentgmbh@aol.com



Fortbildung - kollegiale Gespräche - Erholung

17. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

59. Jahrestagung

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

Standespolitische Leitung

Dr. Dietmar Oesterreich (Stavenhagen)

5. bis 7. September 2008

im Hotel „Neptun“, Rostock-Warnemünde

Themen

1. Aktuelle Tendenzen in der Parodontologie
2. Professionspolitik
3. Aus der Praxis für die Praxis

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Thomas Kocher (Greifswald)

Für die Anmeldung nutzen Sie bitte die vorgesehenen Anmeldekarten oder die Webseite: www.zaekmv.de

16. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

am 6. September 2008

im Kurhaus Warnemünde

Abendveranstaltung: Böhmischer Abend am Alten Strom in Warnemünde

6. September 2008
Wenzel Prager Bierstuben
am Alten Strom in Warnemünde

EINLADUNG

zum Böhmischem Abend

In entspannter und lockerer
Atmosphäre genießen Sie einen
geselligen Abend mit Kollegen.

Freuen Sie sich auf ein
rustikales Böhmisches Menü.

Die Getränke sind im Eintrittspreis
von nur 20 Euro enthalten!

MORGEN IST WELTWEIT!

Hamburg

NORD DENTAL 2008

Sa. 06.09.

Mit den InfoTools:

3D
RÖNTGEN 2.0

CAD|CAM
für Labore 2.0

Samstag | 06. September '08 | 9-17 Uhr
Hamburg Messe | Halle B6 | www.norddental.de