



# dens

7-8

2010

19. Juli

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

---





# Sommer, Sonne, Fußball, Gesundheitsreform...

## Ost-West-Angleichung wird der Schlüssel für weitere Umstrukturierungen

Nach dem super langen Winter haben wir endlich in diesen Tagen die Temperaturen, die wir herbeigesehnt haben. Parallel dazu die Fußballweltmeisterschaft mit der jetzt stattfindenden Begeisterung der Menschen. In Deutschland sprudeln die Fanmeilen über – das Wir-Gefühl hat nach 2006 erneut Einzug gehalten. Sicherlich gepuscht durch unsere „vierte“ Macht im Staat, die Medien und ihre Vertreter. Das kleine runde Leder hält die Menschen gefangen und sie übersehen dann bewusst oder unbewusst, was links und rechts von ihnen geschieht.

Die Paarung Sonne und Fußball hat scheinbar auch unsere Volksvertreter besänftigt. So ist der Presse zu entnehmen, dass die CSU sich nun für Transparenz durch Kostenerstattung ausspricht. Auch veröffentlicht das Institut der Deutschen Wirtschaft ihre Untersuchungsergebnisse über die Gestaltung der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung und kommt im Ergebnis zu der Aussage, dass eine Finanzierung mit einer monatlichen Gesundheitspauschale – nur ein anderes Wort für die Kopfpauschale – in Höhe von 250 Euro der Staat rund 4,5 Mrd. im Jahr sparen kann. Dies bei der angespannten Finanzlage. Wird mit der positiv klingenden Pressemitteilung der Weg für den Vorschlag unseres Bundesgesundheitsministers – Finanzierung der GKV über eine Pauschale unter Einbeziehung aller Einkünfte! – geebnet?

Wir werden sehen, wie die Koalition mit dieser Aussage umgeht. Fest steht nur, dass die CDU-Abgeordneten Jens Spahn und Dr. Rolf Koschorrek sich mit ihrem Konzept eindeutig für ein weiteres Kostendämpfungsgesetz ausgesprochen haben – Nullrunde 2011 auch für die Zahnärzte. Da fragt man sich in der Tat, was ist aus den Versprechungen der Koalition mit geringerem Bürokratieaufwand, mehr Freiberuflichkeit und einer angemessenen Vergütung geworden?

Fast unbemerkt, wurde in der dritten Lesung das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften verabschiedet.



Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln

## Reform 2010

Dietrich Monstadt hatte es auf der Vertreterversammlung am 20. März versprochen. Er setzt sich gemeinsam mit der KZV für die Ost-West-Angleichung ein.

*Kurz vor Redaktionsschluss erreichten die KZV die wohl erfreulichsten Mitteilungen von Dr. Rolf Koschorrek (CDU) und Dietrich Monstadt (CDU), beide Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags:*

*Dr. Rolf Koschorrek, Obmann der Unionsfraktion im Gesundheitsausschuss und selbst Zahnarzt, nahm zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform von CDU/CSU und FDP Stellung. Er begrüßte als Mitglied der Verhandlungsgruppe das Konzept zur Ausgabenbegrenzung für die Krankenkassen. Neben der Erhöhung der Einnahmen der Kassen mit einer Deckelung der Ausgaben **enthält das Eckpunktepapier auch die lang erkämpfte und längst überfällige Angleichung der Zahnarztgehälter an die ihrer Kollegen in den alten Ländern. Bis spätestens 2012 soll eine Umsetzung erfolgen.** Für die Körperschaften im Osten der Bundesrepublik ein wichtiger Schritt und ein Erfolg für alle zahnärztlichen Kollegen der neuen Bundesländer zwanzig Jahre nach der politischen Wende.*

Ein für die Vertragszahnärzteschaft wesentlicher Punkt betrifft die eCard. Nun soll es so sein, dass bei der ersten Inanspruchnahme einer Praxis der Krankenversicherungsausweis über ein online angebundenes Kartenleseterminal dahingehend überprüft wird, ob die Krankenversicherung noch besteht. Rösler kommentierte dies so, dass eine generelle Onlineanbindung nicht gewollt ist, aber gleichwohl eine Onlineüberprüfung der Versichertendaten. Da wir in den vergangenen Jahren genügend Erfahrungen mit den Versprechungen unserer Volksvertreter sammeln durften, könnte man die Aussage von Rösler wie folgt auffassen: ...eine generelle Onlineanbindung ist *noch* nicht gewollt! Unabhängig von der Frage der Effizienz ist bei der Frage der Praxisonlineanbindung dem Datenschutz uneingeschränkt der Vortritt zu gewähren.

Bei einem unserer Schwerpunkte, der Ost-West-Angleichung der Honorare, haben wir zwar im Koalitionsvertrag die Aussage, dass diese kommen soll, nur jetzt fragt unser Bundesgesundheitsminister: Wie und wer soll dies finanzieren? Die KZBV wurde aufgefordert, Vorschläge zu erarbeiten und hat für den Bereich der Honorierung einige Ziele formuliert und der Politik aufgezeigt. Da wäre zum Beispiel die Abschaffung der Budgets, Beseitigung von Strukturverschüben bei der Definierung einer Gesamtvergütung aber auch die Ost-West-Angleichung mit der Bereitstellung von rund 170 Millionen Euro.

Jetzt liegt aber die Pressemitteilung der KZBV und des vdek – Reform der zahnärztlichen Vergütungsstruktur – vdeK und KZBV fordern gerechtere Wettbewerbsbedingungen – vor (siehe S. 10/11). Vieles von dem, was der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KZBV aufführt, ist korrekt. Nur ist es auch richtig, dass dieser Reformansatz auf der Ebene der in 2009 real zu verzeichnenden Ausgaben aufgebaut wird und dies vor dem Hintergrund einer Umsatzreduzierung im Ersatzkassenbereich in Mecklenburg-Vorpommern? Nein sagen wir hierzu. Bei uns verhält es sich nämlich so, dass auf der Grund-

lage der historischen Entwicklung der Gesamtvergütungen eine Honorarreserve zwischen den mit den gegenüber dem Westen geringeren Punktwerten zu verzeichnenden Ausgaben für Honorare und der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung besteht. Dieser würde mit der Umsetzung des Vorschlags vernichtet. Wer hat von diesem Vorschlag denn nun einen Vorteil? Auf alle Fälle der vdek, der mit diesem Vorschlag einen Teil seiner im Vergleich mit den Primärkassen zu leistenden höheren Vergütung verringert. Hierbei darf man nicht übersehen, dass die Ersatzkassen bundesweit organisiert sind und somit enorme Vorteile in der einheitlichen Verwaltung ihres Geschäfts gegenüber den Landesprimärkassen haben. Die letztgenannten müssen schließlich in jedem Bundesland einen vollumfänglichen Verwaltungs-

apparat vorhalten. Es sollte die Frage gestellt werden, ob bundesweit organisierte Krankenkassen nicht analog der Degressionsregelung für Zahnärzte auch bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aufgrund ihrer bundesweit einheitlichen Organisation einer Degressionsregelung unterworfen werden sollten. Zwingend hätte vor der Zustimmung der KZBV mit dem vdek, für ein einheitliches Vorgehen, die Ost-West-Angleichung stattfinden müssen. Denn erst dann liegen vergleichbare Werte vor. Aber es bleibt abzuwarten, wie die Primärkassen darauf reagieren. Und: Unsere Volksvertreter müssen mitspielen, denn regionale Besonderheiten, die bei der Entwicklung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden sollen, heißt auch: Wie hoch ist die Wirtschaftskraft in einem Land? Wenn ich Mecklenburg-Vorpommern be-

trachte und mir die Bevölkerungsentwicklung vor Augen führe, so könnte meine heutige Vermutung in Zukunft real werden und wir werden von einer künftigen Honorarentwicklung weiter abgekapselt. Dies geht aber nicht nur zu Lasten der Vertragszahnärzte, sondern auch zu Lasten der Patienten, die dann bei mehrkostenfähigen Leistungen tiefer in die Tasche greifen müssen als unsere Westnachbarn. Die wirtschaftlich schwächeren Länder werden dann weiter geschwächt. Uns bleibt nur, unsere Politiker weiter aufzuklären und diesmal bauen wir auch auf deren Weitsicht. Für die bevorstehende Sommerpause wünschen wir Ihnen gute Erholung im Kreis ihrer Familie, damit Sie den Anforderungen des zweiten Halbjahres nachkommen können.

Ihr

Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln

## Reform der zahnärztlichen Vergütungsstrukturen

### vdek und KZBV fordern gerechtere Wettbewerbsbedingungen

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) haben sich auf Eckpunkte für eine Reform der zahnärztlichen Vergütungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verständigt. Ziel der gemeinsamen Forderungen an den Gesetzgeber ist eine Fortentwicklung und Flexibilisierung der Vergütungsstrukturen, die regionale Besonderheiten berücksichtigen und gerechtere Wettbewerbsbedingungen für Vertragszahnärzte und Ersatzkassen herstellen.

Für Dr. Wolfgang Eßer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, ist eine Reform des zahnärztlichen Vergütungssystems lange überfällig: „Die gesetzlichen Regelungen von gestern passen nicht mehr zur wettbewerblich ausgerichteten Versorgungswelt von heute und gefährden die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung. Wir haben noch immer Budgets auf der Basis historischer Leistungsbedarfe. Zudem hat die Politik den Krankenkassenwechsel erleichtert. Viele

Versicherte machen davon Gebrauch. Das verändert den Leistungsbedarf einzelner Kassen. Weil die Vergütungsstrukturen das unberücksichtigt lassen, verliert die vertragszahnärzt-

# KZBV

liche Versorgung jährlich mehr als 100 Millionen Euro. Neben der Zahl der Versicherten muss auch die Versichertenstruktur einer Krankenkasse bei der Festlegung der Honorarvolumina berücksichtigt werden können.“ Nötig seien adäquate Steuerungselemente, die den zahnmedizinischen

vdek   
Die Ersatzkassen

Fortschritt nicht behinderten. Dass die Zahnmedizin kein Kostentreiber in der GKV sei, belege die Entwicklung der letzten Jahre.

Auch der Vorstandsvorsitzen-

de des vdek, Thomas Ballast, sieht dringenden Reformbedarf: „Historisch bedingt haben wir bei Primär- und Ersatzkassen unterschiedliche Vergütungen für zahnärztliche Leistungen. Anders als für die vertragsärztliche Vergütung und die Vergütung von Krankenhausleistungen sind diese Unterschiede bisher im zahnärztlichen Honorarbereich nicht per Gesetz behoben worden. Für die Ersatzkassen

bedeutet das spürbare Wettbewerbsnachteile und führt somit für unsere Versicherten zu finanziellen Belastungen. Wir brauchen deshalb eine Angleichung der Honorare. Das kann auf Länderebene passieren, damit regionalen Besonderheiten Rechnung getragen wird.“ Vorgeschlagen werde eine nach der Versicherungszahl der einzelnen Kasse und deren tatsächlichen Leistungsbedarf gewichtete Angleichung. Damit, so Ballast weiter, stelle man sicher, dass für alle Krankenkassen gleiche Ausgangsbedingungen im Wettbewerb gelten und für die zahnmedizinische Versorgung der Versicherten insgesamt künftig nicht weniger Mittel als bisher zur Verfügung stünden.

KZBV / vdek

# dens

19. Jahrgang

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

## Herausgeber:

### ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

### Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

## Redaktion:

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

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

## Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

## Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

Satztechnik Meißing 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:** Antje Künzel, Schwerin, Bertha-Klingberg-Platz

# Aus dem Inhalt:

## M-V / Deutschland

vdek und KZBV für gerechteren Wettbewerb	2
Änderung der Festzuschuss-Richtlinie	10
Europatag der Bundeszahnärztekammer	11
Datenschutz und elektronische Gesundheitskarte	12-13
AOK startet Pilotprojekt zur Arztsuche	13
Patienten wollen mehr Informationen	13
Aktuelles Statement des AKDI	22
Bayerische Tabelle 2010	24
Finanznot unter den Krankenkassen wächst	35
KfW-Sonderprogramm	40
Professor Dr. Alfred Gerber wird 90 Jahre alt	42
Bücher vorgestellt	43
Glückwünsche / Anzeigen	44

## Zahnärztekammer

Kammerversammlung in Rostock	6-8
Fortbildungstagung für ZAH und ZFA	8
Umfang und Inhalt des zahnärztlichen Notdienstes	9
Wahl zur Kammerversammlung	10
Referenten des 19. Zahnärztetags	14-18
Ausbildungsvermittlung bei der ZÄK	19
Neue Gutachterrichtlinie	20-21
Sachkundenachweis nicht notwendig	22
Fortbildung im September	23
GOZ: Aktuelles Urteil zur Kostenerstattung	24-25

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Außerordentliche Vertreterversammlung	4-5
Zahnärzteball 2010: Seminarangebot	30
Qualitätsmanagement? Qualitätssicherung?	31
Fortbildungsangebote	36
Service der KZV	37
Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen	39
Informationspflichtenverordnung nicht für Zahnärzte	40

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

## Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

ZMK: Einladung zur Mitgliederversammlung	5
Registrierverfahren in der restaurativen Zahnheilkunde	26-30
Zahnmedizinische Prävention im Berufsalltag	32-33
Stipendiumspreis ging nach Greifswald	33
15. Greifswalder Fachsymposium	34-35
Wissenschaftliches Symposium zur CMD-Diagnostik	38
Erfolg gegen Anbieter professioneller Zahnreinigung	41
Achtung: Patient wünscht kontraindizierte Zahnextraktion	41
Impressum	3
Herstellerinformationen	45

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage zum **Deutschen Zahnärztetag** bei.  
Wir bitten um freundliche Beachtung.



# Außerordentliche Sitzung in Schwerin

## Vertreterversammlung setzte Frühjahrstagung fort

*Der 23. Juni sollte ein Entscheidungstag werden. Deutschland gegen Ghana hieß es in Südafrika. Eine außerordentliche Vertreterversammlung tagte in Schwerin. Die Vertreter waren bemüht, beide Highlights unter einen Hut zu kriegen. Am Ende ist dies gelungen. Und die Ergebnisse sprechen für sich. In der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und beim Fußball. Die zahnärztlichen Mitglieder besprachen den Prüfbericht des Sozialministeriums im Detail und Deutschland überstand souverän die Vorrunde und gewann. Ein guter Tag.*

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Peter Schletter, eröffnete die Sitzung mit dem Wunsch, eine sachliche Diskussion zu führen und eine klare Stellungnahme zu bekommen im Hinblick auf die anstehenden Wahlen. Auf der Tagesordnung stand dann die Auswertung und Darlegung des Prüfberichts des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern. Dieser war bereits lang und ausgiebig Diskussionspunkt auf der Vertreterversammlung am 20. März in Rostock gewesen. Im Ergebnis der Diskussion im Frühjahr wurde von den VV-Delegierten gemeinsam mit dem Vorstand angeregt, eine fortführende außerordentliche Vertreterversammlung durchzuführen. Auf dieser Sitzung hatten die Vertreter auch beschlossen, den Haushalts- und Finanzausschuss zu beauftragen, die einzelnen Punkte des Prüfberichts anhand der tatsächlichen Geschäftstätigkeit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu analysieren, denn der Bericht des Prüfdienstes enthielt eine Vielzahl von Vermutungen und Unterstellungen. So wurde u. a. der Verdacht geäußert, dass die KZV im Norden nicht effektiv und sparsam genug arbeitet. Damit zusammenhängende Fragen sollten so nicht stehen bleiben. Der zuständige Ausschuss, bestehend aus Dr. Cornel Böhringer, Dr. Uwe Greese, Dr. Olaf Mews und Dipl.-Stom. Rainer Kremkow, hatte in sechs Arbeitssitzungen alle Punkte aus dem Prüfbericht detailliert aufgearbeitet. Jedes Mitglied hatte darüber hinaus in außergewöhnlich hohem persönlichen Engagement den Bericht durchforstet und Fragen erarbeitet, um im Ergebnis der Recherchen

schlüssige Antworten geben zu können. Diese trugen die Mitglieder des Haushalts- und Finanzausschusses themenbezogen der Vertreterversammlung vor.

Schnell wurde dabei klar, dass die im Prüfbericht enthaltenen Annahmen und hier insbesondere diejenigen, die die Integrität des Vorstandes in Frage stellten, nicht haltbar sind. Rainer Kremkow brachte es in einer schriftlichen Stellungnahme auf den Punkt, indem er ausführte: „Sämtliche Vorwürfe gegen den Vorstand, die in diesem Bericht angedeutet wurden, konnten eindrucksvoll widerlegt werden.“ Er ging noch weiter und stellte fest, dass er den Eindruck gewonnen hat, dass mit diesem Bericht tendenzielle Aussagen getroffen wurden, um den Vorstand zu diskreditieren.

Es musste festgestellt werden, dass viele Punkte des Prüfberichts unrichtig waren. Er enthielt aber auch Feststellungen, die im täglichen Verwaltungsgeschäft der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zukünftig Berücksichtigung finden werden. Ganz klar positionierte sich der Haushalts- und Finanzausschuss für einen regel-

mäßigen Zahnärzteball der Kollegen, gab aber einer 20-Jahr-Feier der Körperschaft eine Absage.

Zu gegebenem Zeitpunkt wird die KZV die zahnärztliche Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Arbeit des Haushalts- und Finanzausschusses informieren. „Derzeit aber sei man gar nicht in der Lage, den Kollegen verbindliche Informationen zu geben, da eine Endabstimmung mit dem Sozialministerium erfolgen muss. Im Fußball wäre es ein Zeitspiel“, erklärte Cornel Böhringer.

Dr. Uwe Greese verwies auf die Wichtigkeit der Selbstverwaltung, dass die im Zusammenhang mit dem Prüfbericht entstandenen Fragen durch den Kollegenkreis eigenständig geklärt werden konnten. Das schafft Transparenz und gegenseitiges Verständnis für das Tagesgeschäft und die damit einhergehenden Zwänge. Insgesamt äußerten die anwesenden Vertreter Dankbarkeit für die Arbeit des Ausschusses und waren froh über das Ergebnis. Sie können der Arbeit des Vorstandes weiterhin uneingeschränkt vertrauen. So wurde ein Antrag des Haushalts- und Finanzausschusses zur



*VV-Vorsitzender, Dr. Peter Schletter (li.) erteilte den Mitgliedern des Haushalts- und Finanzausschusses das Wort: Dr. Cornel Böhringer, Dr. Uwe Greese und Dr. Olaf Mews (v.l.n.r.)  
Fotos: Kerstin Abeln*

### **Antragsteller: Haushalts- und Finanzausschuss der KZV M-V**

Wortlaut des Antrags: Die Vertreterversammlung nimmt den Prüfbericht in der Fassung einer Besprechungsunterlage zur Kenntnis. Nach interner Prüfung der dort festgehaltenen Prüffeststellungen und der Darstellung des Ist-Standes durch den Haushalts- und Finanzausschuss stellt die Vertreterversammlung fest, dass die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch den hauptamtlichen Vorstand bis zum heutigen Tag im Einklang mit den Vorstellungen der Mitglieder der Vertreterversammlung der KZV M-V steht. Insofern wird die Entlastung des Vorstandes von den Vorwürfen, die in dem o. g. Prüfbericht aufgeführt wurden, beantragt. Damit einhergehend, ist die Bestätigung der politischen und moralischen Handlungstätigkeit und -fähigkeit des Vorstandes verbunden.

**Abstimmungsergebnis:** einstimmig beschlossen



Vorstandsvorsitzender, Dipl.-Betrw. Wolfgang Abeln, und Stellvertreter, Dr. Manfred Krohn, stellten sich detailliert den Fragen der Delegierten.

Entlastung des Vorstandes denn auch einstimmig angenommen, entsprach er doch ihren Vorstellungen.

Nachdem der ursprüngliche Tagesordnungspunkt abgearbeitet war, wandte sich Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln in seinem Bericht dem aktuellen Tagesgeschäft zu. Hier kritisierte er die Initiative der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Verbands der Ersatzkassen, die gemeinsam eine Honorarstrukturreform forcieren. Die beabsichtigte Nivellierung zwischen Primär- und Ersatzkassen ist für die neuen Bundesländer problematisch, wenn im Vorfeld nicht eine Ost-West-Angleichung durchgeführt wird. Entfällt dies, werden die ostdeutschen Kollegen lange Zeit auf die längst überfällige Anpassung warten



Als Vertreterin der Aufsichtsbehörde war Anke Nordmann dabei.

können, vermutet Abeln. „Wir haben hier bundesweit organisierte Krankenkassen“, sagte er „und da muss es auch bundeseinheitliche Werte geben.“

Das Engagement des Vorstands für eine Angleichung der zahnärztlichen Honorare an die Vergütungen im Westen des Landes ist ungebrochen.

Wolfgang Abeln kündigte weitere Gespräche mit Bundestagsabgeordneten verschiedener Parteien an.

Eine Relativierung nahm Abeln beim Thema sektorübergreifende Qualitätssicherung vor. Die verabschiedeten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind vom Bundesgesundheitsministerium aufgrund datenschutzrechtlicher Fragen einer Aufklärung zugeführt worden. „Klar

ist bislang aber, dass die formulierten Inhalte für Ärzte definiert sind“, so Abeln. „Für Zahnärzte können sie in dieser Form so nicht gelten.“

Letzter Tagesordnungspunkt war die Wahl der neuen Vertreterversammlung und damit eines neuen Vorstands. Die Mitglieder der Vertreterversammlung hatten sich in der vorangegangenen Sitzung darauf geeinigt, die Konstituierung der neuen Versammlung Ende des Jahres 2010 vorzunehmen und noch vor Jahresabschluss einen neuen Vorstand zu wählen. Eine Gesetzeslücke hatte den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Schwierigkeiten bereitet, denn mit Ablauf des Jahres laufen die bestehenden Vorstandsverträge zwingend aus. Um diese Gesetzeslücke ohne Verwaltungsschwierigkeiten zu schließen, hatte der Satzungsausschuss Lösungen entwickelt, um die Wahlen nach o. g. Muster durchführen zu können. Eine Genehmigung blieb durch das Sozialministerium bislang verwehrt.

Die Vertreterversammlung votierte einheitlich dafür, den neuen Vorstand auch von den neuen Mitgliedern der VV wählen zu lassen. Dies wurde als die demokratisch anständigste und fairste Lösung angesehen. **KZV**

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



Einladung zur Mitgliederversammlung mit Wahl des Vorstandes

Alle Mitglieder der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. sind herzlich zur

### Mitgliederversammlung

am Sonnabend, den 4. September um 12.30 Uhr  
im Bernsteinsaal des Hotels Neptun Warnemünde eingeladen.

#### Tagesordnung:

- TOP 1: Begrüßung
- TOP 2: Arbeitsbericht des Vorsitzenden (Prof. Dr. Biffar)
- TOP 3: Kassenbericht der Schatzmeisterin (Prof. Dr. Stahl de Castrillon)
- TOP 4: Bericht der Kassenprüfer (Dr. Mundt)
- TOP 5: Diskussion zu den Berichten
- TOP 6: Entlastung des alten Vorstandes
- TOP 7: Wahl der Wahlkommission
- TOP 8: Wahl des Vorsitzenden (Wahlkommission)
- TOP 9: Wahl des Vorstandes (Wahlkommission)
- TOP 10: Wahl der Kassenprüfer (Wahlkommission)
- TOP 11: Schlusswort

Prof. Dr. R. Biffar  
Vorsitzender der Gesellschaft

# Der Berufsstand ist gut aufgestellt

## Schweißtreibende Kammerversammlung „am Tag des Argentinienspiels“ in Rostock

Trotz der Hitze an diesem 3. Juli zeigten sich die Kammerdelegierten und Kreisstellenvorsitzenden auf der Zusammenkunft im TriHotel Rostock sehr diskussionsfreudig.

Zunächst beleuchtete Präsident Dr. Dietmar Oesterreich die gesundheitspolitische Entwicklung im letzten und in diesem Jahr und zog für den zahnärztlichen Berufsstand entsprechende Konsequenzen. Die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen rücke immer mehr in den zentralen Blickpunkt der Politik und die jetzt notwendigen Entscheidungen würden am Berufsstand nicht spurlos vorübergehen. Die Dynamik in der Gesundheitswirtschaft erfordere auch im zahnärztlichen Bereich ein Umdenken. Trends gingen hin zu qualitätsorientierten Vergütungsmodellen, zu vernetzten Praxen und langfristig insgesamt zu einem einheitlich – privat orientierten – Krankenversicherungsmarkt mit einer Erhöhung der Selbstbeteiligung des Patienten.

Den Berufsstand sieht Dr. Oesterreich dabei gut aufgestellt. Die Herausforderungen seien erkannt und das Bemühen des Berufsstandes um Fortbildung, im Qualitätsmanagement oder in der Umsetzung von fundierten Hygienemaßnahmen sei deutlich spürbar. Hier biete die Selbstverwaltung Unterstützung und Lösungsansätze an.

Konsequent lehnt Dr. Oesterreich eine von der PKV im Rahmen der Novellierung der GOZ geforderte Öffnungsklausel ab. Öffnungsklausel und Selektivverträge dienen den Krankenversicherungen primär als reine Einsparinstrumente zu Lasten der Patienten und der Leistungserbringer.

Die zukünftige Kammerarbeit müsse auf die Trends in der Gesundheitspolitik reagieren. Derzeit gilt es, das Qualitätsmanagement weiter zu entwickeln, ein zukunftsicheres Fortbildungskonzept aufzustellen, die Kreisstellen verstärkt in die standespolitische Arbeit einzubeziehen und eine Ausbildungsoffensive zu starten. Wichtig wird es sein, verstärkt Zahnärztinnen und Berufsanfänger in die Selbstverwaltung einzubinden.



*Präsident Dr. Dietmar Oesterreich postulierte: „Eine mit weitgehenden Rechten ausgestaltete Selbstverwaltung, die diese im Interesse des Gemeinwohls nutzt, macht eine staatliche Einflussnahme entbehrlich und dient damit unmittelbar dem Erhalt der Freiberuflichkeit.“*

gabe der elektronischen Heilberufsausweise beschäftigen müssen.

Abschließend postulierte Dr. Oesterreich: „Eine mit weitgehenden Rechten ausgestaltete Selbstverwaltung, die diese im Interesse des Gemeinwohls nutzt, macht eine staatliche Einflussnahme entbehrlich und dient damit unmittelbar dem Erhalt der Freiberuflichkeit.“

Das Statement von Dr. Oesterreich wurde durch Berichte aus den Referaten zu deren einzelnen Arbeitsschwerpunkten ergänzt.

Für den Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene erläuterte der Vorsitzende Dipl.-Stom. Holger Donath die geplante Weiterentwicklung der QM-Software.

852 Zahnarztpraxen haben sich bisher für die Installation des Zahnärztlichen Praxismanagementsystems der zahnärztlichen Körperschaften Mecklenburg-Vorpommerns entschieden. Umfassende Programmverbesserungen werden dabei schon vorbereitet (Mehrplatzfähigkeit,



*Im Präsidium: der Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Fotos: Konrad Curth*

Notwendig sei eine stärkere Arbeit „vor Ort“. Ebenso beabsichtige man zukünftig, Patientenvertreter in den Beratungs- und Schlichtungsausschuss der Kammer zu integrieren. Die Schaffung von Netzwerken (Qualitätszirkel/Fortbildungcurricula) bedürfen weiterer Förderung durch die Kammer. 2011 wird sich die Kammer als eine weitere Aufgabe mit der Aus-

Datensicherung, eigene Dokumente den einzelnen Menüpunkten im QM-Handbuch zuordnen, Aufnahme schon vorhandener Dokumente, Verbesserung des Editors usw.). Mit einer Fertigstellung dieses umfassenden Software-Updates ist Anfang 2011 zu rechnen.

Positiv dabei ist, dass die Finanzierung dieses Updates aus den bisher



getätigten Einnahmen gesichert sei.

Derzeit verhandelt der Ausschuss mit der Firma Tecom die Neuauflage des Rahmenvertrages zum BuS-Dienst. Hier ist mit einer Erhöhung der seit 1998 festgeschriebenen Honorare ab 2011 zu rechnen.

Zum Anschreiben des Gesundheitszentrums Rostock Lütten-Klein (GZR) an Rostocker Praxen mit der Aufforderung der Belegung eines Sachkundelehrganges zur Aufbereitung von Medizinprodukten verwies Dipl.-Stom. Donath auf die Stellungnahme des AKDI der BZÄK. Die Ausbildung zur Zahnarzhelferin/Zahnmedizinischen Fachangestellten befähige die Betreffenden zur Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen (siehe auch diese Seite 22).

Der Fortbildungsreferent Dr. Jürgen Liebich stellte der Versammlung ein

Arbeitspapier zum zukünftigen Fortbildungskonzept der Kammer vor. Zum Niveau der Kammerfortbildung wurde dazu kontrovers diskutiert, wobei die anwesenden Wissenschaftler der beiden Universitäten der Kammerfortbildung bestätigten, dass die Kurse auch bei den günstigen Preisen dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Vorhandene Ressourcen zur zahnärztlichen Fortbildung im Land sollten stärker koordiniert werden.

Dr. Liebich erläuterte seine Idee zur Professionalisierung der Fortbildung. Diese müsse primär dazu dienen, Wissen für die Praxis anwendbar zu machen. Gefördert werden sollen Diskussionsrunden, Workshops und praktische Arbeitskurse. Ebenso würde die curriculäre Fortbildung weiter ausgebaut werden. Der Öffentlichkeitsreferent Dipl.-Stom. Gerald Flemming

ergänzte, dass in diesem Sinne ein Ausbau der Fortbeiträge im Mitteilungsblatt dens geplant sei.

Erste Ergebnisse des laufenden Pilotprojekts zur Alterszahnheilkunde in Schwerin wurden von Referent Dr. Holger Kraatz vorgestellt. Bedingt durch den demographischen Wandel insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern sei eine deutliche Unterversorgung bei immobilen und pflegebedürftigen Patienten festzustellen. Auf Bundesebene wurde dazu vor kurzem ein Konzept des Berufsstandes zur Verbesserung der Situation vorgelegt (*ausführliche Berichterstattung erfolgt in dens 9*). Das Projekt aus Mecklenburg-Vorpommern sei dazu geeignet, den besonderen Aufwand bei der Versorgung dieser Patientengruppe wissenschaftlich abgesichert darzustellen. Der Gesetzgeber sei in der Pflicht, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Der Referent für ZAH/ZFA im Vorstand, Zahnarzt Mario Schreen, beleuchtete die prekäre Ausbildungssituation. Mit der seit Mai 2008 in der Kammergeschäftsstelle beschäftigten und durch das Förderprogramm „Passgenaue Vermittlung Auszubildender an ausbildungswillige Unternehmen“ finanzierten Ausbildungsberaterin Sandra Bartke konnte zwar dem Mangel an geeigneten Bewerbern entgegen gesteuert werden. Allerdings wird sich die Situation auf Dauer nicht entspannen. An die Kreisstellen erging der Aufruf, die Bemühungen um eine praxisnähere Ausbildung aktiv zu unterstützen. So solle die Kollegenschaft sensibilisiert werden, vermehrt allgemein Zahnärztliche Hospitationsplätze für Auszubildende aus Kfo-Praxen zur Verfügung zu stellen.

Ein heißes Eisen und jahrelang diskutiert ist die Organisation und Umsetzung des zahnärztlichen Notfallbereitschaftsdienstes. Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle erläuterte nochmals die gesetzlichen Grundlagen zu Umfang und Inhalt des Notfalldienstes (*siehe dens Seite 9*). In letzter Zeit häufen sich Beschwerden über nicht ordnungsgemäß durchgeführte Notdienste in der Geschäftsstelle der Kammer. Kontrovers diskutiert wurden erweiterte Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen gegen die Notfalldienstordnung. Der Vorstand ist aufgefordert, Modelle für eine bessere Organisation des Notfallbereitschaftsdienstes zu entwickeln.



*Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke (stehend) während der Diskussion*



*An dem bisher heißesten Tag des Jahres waren fast alle anwesenden Kammerdelegierten und Kreisstellenvorsitzenden gleich ohne Jackett angezogen.*





Für den Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene erläuterte der Vorsitzende Dipl.-Stom. Holger Donath die geplante Weiterentwicklung der QM-Software.

Dr. Oesterreich wies nochmals ausdrücklich auf das Angebot der Vorstände von Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung hin, im Rahmen der Zusammenkünfte der Kreisstellen für Informationen und eine berufspolitische Diskussion zur Verfügung zu stehen. Bisher haben lediglich zwei Kreisstellen von diesem Angebot Gebrauch gemacht. Ziel der Vorstände sei es, mehr basisdemokratische Aktivitäten zu entwickeln.

Einstimmig verabschiedete die Kammerversammlung eine Änderung der Gebührenordnung. Vorbehaltlich der Zustimmung der Aufsichtsbehörde werden nach Veröffentlichung in einer der nächsten Ausgaben der dens die Gebühren für die Qualitätssiche-

rung gemäß der Röntgenverordnung nicht mehr praxisbezogen, sondern je Gerät und Prüfung mit 30 Euro erhoben. Diese Regelung ist gerechter und entspricht dem anfallenden Arbeitsaufwand.

Außerdem befürwortete die Kammerversammlung die Erhebung von Gebühren für externe Teilnehmer an der Fortbildung zahnärztlicher Mitarbeiter.

Referatsleiter Zahnarzt Schreen erläuterte die aufgrund der Novellierung des Berufsbildungsgesetzes notwendige Verabschiedung einer Fortbildungsprüfungsregelung für die Durchführung der beruflichen Aufstiegsfortbildung zur „Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin“. Die Kammerversammlung stimmte der vom Berufsbildungsausschuss beschlossenen Regelung einstimmig zu. Die verabschiedete Regelung wird in der September-Ausgabe der dens abgedruckt.

Am Nachmittag wurde zum Stand des Versorgungswerkes und zu dessen Jahresabschluss 2009 berichtet. Auf die Ausführungen des Ausschussvorsitzenden Dipl.-Stom. Donath und des Versicherungsmathematikers Dr. Horst-Günther Zimmermann sowie auf die zum Versorgungswerk gefassten Beschlüsse wird in der nächsten Ausgabe der dens näher eingegangen.

Konrad Curth



Während der Diskussion zur Entwicklung der zahnärztlichen Fortbildung; stehend Professor Dr. Georg Meyer, Universität Greifswald

## 18. Fortbildungstagung für ZAH und ZFA

### 4. September im Kurhaus Warnemünde

**Tagungsleitung:**

Zahnarzt Mario Schreen und Annette Krause

- 9.00 Uhr Begrüßung und Eröffnung  
Dr. Dietmar Oesterreich  
Präsident der Zahnärztekammer M-V, Stavenhagen
- 9.20 Uhr Einführung in das Programm  
ZA Mario Schreen,  
Referent im Vorstand der ZÄK M-V, Schwerin
- 9.30 Uhr Das kieferorthopädische Risikokind  
Prof. Franka Stahl de Castrillon  
Uni Rostock

- 10.00 Uhr Parodontalbehandlung und Kieferorthopädie  
Dr. Christian Graetz,  
Uni Kiel
- 10.30 Uhr Diskussion und Pause
- 11.00 Uhr Prävention von Demineralisationen bei festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen  
Dr. Sebastian Zingler,  
Uni Heidelberg
- 11.30 Uhr KFO-Basiswissen für die tägliche Arbeit in der Zahnarztpraxis  
Dipl.-Stom. Holger Donath,  
Teterow

- 12.15 Uhr Diskussion und Schlusswort

**Seminare im Hotel Neptun:**

- 14.00 Uhr Seminar 1: Möglichkeiten und Grenzen im Parodontalgeschädigten Gebiss  
Dr. Christian Graetz, Uni Kiel
- 14.00 Uhr Seminar 2: A-Strahlung und Präsenz – Ein sicheres Hafen für zufriedene Patienten  
Albert Janda, Berlin
- 14.00 Uhr Seminar 3: Zahnhartsubstanzdefekte – Entstehung und Prävention von Karies, Erosionen sowie Attritionen  
DH Susanne Graack, Hamburg

# Umfang und Inhalt des zahnärztlichen Notdienstes

Der Notfalldienst ist in § 4 Abs. 5 Heilberufsgesetz Mecklenburg-Vorpommern verankert. Danach ist es eine der Aufgaben der Kammern, „einen ärztlichen, tierärztlichen und zahnärztlichen Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen“. Auch im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der KZVs ist nach § 75 des SGB V die vertragszahnärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten zu gewährleisten. Festzuhalten ist also zunächst, dass der Notfalldienst nicht nur innerhalb irgendwelcher Bündelungszeiten auf bestimmte Tages- oder Wochenzeiten begrenzt ist, sondern während der gesamten sprechstundenfreien Zeiten, also rund um die Uhr zu gewährleisten ist.

Wer ist nun verpflichtet, am zahnärztlichen Notfalldienst teilzunehmen. Nach § 32 Abs. 4 des Heilberufsgesetzes sind grundsätzlich alle zahnärztlich tätigen Kammermitglieder zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet. Bis zur Novellierung des Heilberufsgesetzes im Jahr 2008 galt die Verpflichtung nur für niedergelassene Zahnärzte. Nach dem neuen Heilberufsgesetz können auch die angestellten Zahnärzte zum Notfalldienst herangezogen werden. § 2 Abs. 3 der Notfalldienstordnung regelt insoweit, dass auch nicht niedergelassene Zahnärzte zum Notfalldienst verpflichtet werden können. Eine Einbeziehung von Angestellten in den zahnärztlichen Notfalldienst ist also zulässig und sollte im Regelfall auch erfolgen.

Die Organisation des Notfalldienstes ist nach der Notfalldienstordnung den Kreisstellen übertragen. Diesen obliegt es letztendlich zu entscheiden, wer zum Notfalldienst herangezogen wird. Dabei ist es durchaus möglich, bei Berufsausübungsgemeinschaften (vormals Gemeinschaftspraxen) auch alle Gesellschafter und nicht nur die Praxis als solche zum Notfalldienst zu verpflichten. Ebenso könnten auch Zahnärzte zum Notfalldienst eingeteilt werden, die in dem Bereich der Kreisstelle lediglich eine Zweigpraxis betreiben. Um hier jedoch ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, sollte, sofern die Einbeziehung dieser Personen in den zahnärztlichen Notfalldienst gewünscht wird, die Notfalldienstordnung entsprechend ergänzt werden.

Wichtig ist: Derjenige, der zum Notfalldienst eingeteilt ist, ist verpflichtet, diesen in der sprechstundenfreien Zeit sicherzustellen, also ggf. rund um die Uhr. Ein Verstoß gegen diese Verpflichtung stellt sowohl eine berufsrechtliche als auch eine vertragszahnärztliche Verfehlung dar, die mit den zur Verfügung stehenden Mitteln sanktioniert werden kann. Sofern der eingeteilte Zahnarzt den Notfalldienst aus persönlichen Gründen ausnahmsweise nicht ausüben kann, hat er nach der Notfalldienstordnung selber für eine Vertretung zu sorgen. Tut er dies nicht, so begründet dies ebenfalls eine berufsrechtliche und vertragszahnärztliche Pflichtverletzung.

Wie hat der Zahnarzt nun den Notfalldienst sicherzustellen? Nach der Rechtsprechung muss er sich insbesondere in ländlichen Bereichen nicht ständig in der Praxis aufhalten, aber jederzeit telefonisch erreichbar sein. Dies erfordert zum einen, dass seine Telefonnummer in angemessener Art und Weise öffentlich bekannt gemacht wird. Des Weiteren muss der Zahnarzt aber auch persönlich über die veröffentlichte Rufnummer erreichbar sein. Es genügt also nicht, dass allein ein Familienangehöriger den Anruf entgegennimmt und ggf. sogar beurteilt, ob aus seiner Sicht ein Notfall vorliegt. Auch ein Anrufbeantworter ist nicht geeignet, die Rufbereitschaft sicherzustellen.

Bei telefonischer Erreichbarkeit muss es dem Zahnarzt möglich sein, ggf. kurzfristig die Behandlung des Patienten in seiner Praxis durchführen zu können. Dies ist sicher nicht der Fall, wenn sich der Zahnarzt weit von seiner Praxis entfernt, z. B. im Ausland aufhält. Zudem ist auch die zahnärztliche Notfallbehandlung unter den in der konkreten Situation bestmöglichen Qualitäts- und Hygienebedingungen ähnlich einer Behandlung in der Sprechstunde durchzuführen. Ungeachtet der arbeitsrechtlichen Probleme, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll, ist durch den Zahnarzt, soweit erforderlich, auch eine zahnmedizinische Assistenz im Notfalldienst zu gewährleisten.

Die am schwierigsten zu beantwortende Frage ist sicher die, wann ein behandlungsbedürftiger Notfall vor-

liegt. Juristisch werden als Notfälle alle plötzlich eintretenden Ereignisse bezeichnet, die einen sofortigen oder kurzfristigen zahnärztlichen Eingriff erfordern. Ob ein derartiger Notfall vorliegt oder nicht, kann sich aus der Sicht des Patienten oder des Zahnarztes unterschiedlich darstellen und muss immer im Einzelfall beurteilt werden. Bei Blutungen, Traumen, akuten pyogenen Infektionen, aber auch bei akuten starken Schmerzen wird der Patient regelmäßig berechtigt sein, den zahnärztlichen Notfalldienst in Anspruch zu nehmen. Stets muss sich der Zahnarzt im Notdienst die Frage stellen, ob sich die vorliegende Erkrankung ohne seine Hilfe verschlimmern könnte, bis der Hauszahnarzt wieder aufgesucht werden kann. Der Zahnarzt darf aber auch eine zu Unrecht geforderte Behandlung ablehnen, setzt sich dann allerdings der Gefahr aus, dass ihm später (ggf. zu Unrecht) eine unterlassene Hilfeleistung vorgeworfen wird. Die Entscheidung darüber, ob ein behandlungsbedürftiger Notfall vorliegt oder nicht, trifft immer der Zahnarzt. Das ist aber nur in Kenntnis der Befunde möglich. Dazu muss der Zahnarzt sich immer ein Bild von der vorliegenden Erkrankung machen, was nur in Ausnahmefällen telefonisch geschehen kann.

Welche Behandlungsmaßnahmen der Zahnarzt im Notfalldienst durchführt, liegt ebenfalls in dessen ärztlicher Verantwortung. Eine akute Gefahr muss jedenfalls immer abgewendet und einer Verschlechterung des Zustandes des Patienten wirksam begegnet werden. Starke Schmerzen sind zu bekämpfen. Welche Maßnahmen dazu angebracht sind, liegt im Ermessen des Zahnarztes. So entscheidet er z. B. auch, ob er nachts eine Zahnextraktion vornimmt oder nicht. Der Wunsch des Patienten ist nicht entscheidend, sondern der Zahnarzt wird die Vorteile einer sofortigen Extraktion gegenüber den Nachteilen einer unzureichenden Diagnostik und möglicher Komplikationen abwägen müssen, denen im Nachtdienst evtl. nur ungenügend begegnet werden kann.

Peter Ihle  
Hauptgeschäftsführer Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern



# Wahl zur Kammerversammlung 2010 – Fragen und Antworten zum Wahlablauf

*Die Wahl zur sechsten Amtsperiode der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat begonnen. In der dens-Ausgabe Mai/2010, Seite 5 und 6, wurde der Wahlauf-ruf, auf den Seiten 18 bis 20 die Wahlordnung abgedruckt.*

*Derzeit läuft die Kandidatensuche in den Kreisstellen. Die Kandidatenvorschläge müssen bis zum 17. September beim Wahlleiter in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer eingereicht werden. Nachfolgend werden einige Fragen, die zur Kandidatensuche und zur Unterzeichnung der Wahlvorschläge bei der Zahnärztekammer eingegangen sind, beantwortet:*

**Ist es möglich, sich gleichzeitig über die Landesliste und über die Liste im Wahlkreis als Kandidat vorschlagen zu lassen?**

Nein, dies ist nicht möglich. Ein

Kandidat kann sich nur entweder über die Liste eines Wahlkreises (Kreisliste) oder über die Landesliste für die Wahl bewerben.

**Für welche Liste sollte ich mich bewerben?**

Dies ist im Prinzip jedem Kammermitglied selbst überlassen. Die Chancen, über die Landesliste gewählt zu werden, steigen sicher mit dem Bekanntheitsgrad und dem Grad des Engagements zugunsten der gesamten Zahnärzteschaft unseres Bundeslandes.

**Kann ich meine Unterschrift auch unter mehrere Wahlvorschläge setzen?**

Ja, das ist möglich. Die demokratische Legitimation ist umso höher, je mehr Kandidaten für einen zu wählenden Mandatsträger zur Verfügung stehen. Es ist daher anzustreben, dass möglichst viele Kandidaten vorgeschlagen werden. Sie können daher durchaus

mehrere engagierte Kollegen mit Ihrer Unterschrift unterstützen.

**Wann wird ein Wahlvorschlag zugelassen?**

Ein Wahlvorschlag wird zugelassen, wenn er bei der Wahl über die Landesliste von mindestens 20 wahlberechtigten Zahnärzten und bei der Wahl über die Kreisliste von mindestens fünf wahlberechtigten Zahnärzten aus dem Wahlkreis unterzeichnet wurde. Der Bewerber muss wählbar sein und der Aufnahme in den Wahlvorschlag schriftlich gegenüber dem Wahlausschuss zugestimmt haben. Angehörige des Wahlausschusses dürfen nicht gewählt werden.

Wichtig für den Wahlausschuss ist es, die unterschreibenden Kammermitglieder auch zuordnen zu können. Daher müssen vor der Unterschrift Name und (Praxis-) Adresse deutlich lesbar in Block-schrift aufgeführt werden.

**ZÄK**

„Ihre zahnärztlichen Leistungen erbringen Sie nicht für die Politik, sondern für die Menschen – und dies trotz der deutschen Gesundheitspolitik.“

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler  
beim Frühlingsfest von KZBV und BZÄK

## Fünfter Europatag der Bundeszahnärztekammer:



Zum Thema Patientenrechte und Patientensicherheit ging es in Diskussionsrunden beim 5. Europatag der BZÄK.

## Patienten in den Mittelpunkt rücken – parallele Entwicklungen in Deutschland und Europa

Am 2. Juni fand im Medizinhistorischen Museum der Charité in Berlin der 5. Europatag der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) statt. Zahlreiche Teilnehmer aus dem Gesundheitssektor diskutierten mit Vertretern aus dem Deutschen Bundestag, dem Europäischen Parlament, nationalen und europäischen Patientenvertretern sowie Vertretern aus der Wissenschaft zum Thema „Gesundheitspolitik in Deutschland und Europa – Auf dem Weg zum mündigen Patienten?“. Hintergrund der beiden Diskussionsrunden, die der Leiter des ZDF-Studios Brüssel, Udo van Kampen, und die Fachjournalistin für Gesundheits-

und Sozialpolitik, Petra Spielberg, moderierten, waren die aktuellen Bestrebungen rund um das Thema Patientenrechte und Patientensicherheit in Brüssel und Berlin.

Die Diskussionsteilnehmer waren sich darin einig, dass es sinnvoll sei, frühzeitig Kohärenz zwischen der nationalen und der europäischen Ebene herzustellen. So könnten auch nationale Lösungen aktiv in den europäischen Diskussionsprozess eingebracht werden. Einig waren sich die Teilnehmer auch darin, dass gerade die freiberuflich organisierten Zahnärzte in besonderem Maße in der

Lage seien, den Erfordernissen von Patientenschutz sowie der Durchsetzung von Patientenrechten gerecht zu werden.

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel machte deutlich, dass wohlverstandene Berufspolitik immer auch am Gemeinwohl ausgerichtet sein und vor allem den Patienten im Auge behalten müsse. „Wir müssen täglich um das Vertrauen der Patienten kämpfen. Wir wollen keine Misstrauenskultur, sondern eine Vertrauenskultur im Sinne des Patienten. Das ist wirklicher Patientenschutz“, so sein Fazit.

BZÄK



# Elektronisches Rezept gestoppt – zum jetzigen Zeitpunkt keine elektronische Patientenakte

## Entwurf eines GKV-Änderungsgesetzes zum Thema Datenschutz und eGK

„Hierbei geht es um nicht mehr und nicht weniger als um den Ausbau der Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen. Sie alle wissen, dass dies ein klares Ziel der christlich-liberalen Regierungskoalition ist.“ Worte von Bundesgesundheitsminister Rösler beim Beschluss des Entwurfs eines GKV-Änderungsgesetzes zum Thema Datenschutz und elektronische Gesundheitskarte. Kriterien für die Weiterentwicklung fasste der Minister wie folgt zusammen: „Erstens muss jede Maßnahme einen Nutzen für die Patientinnen und Patienten stiften. Zweitens müssen alle Maßnahmen praktikabel sein. Sie müssen in den Arbeitsalltag zu integrieren sein. Drittens – das ist Bürgerrechtlern besonders wichtig – geht es vor allem um die Datensicherheit; denn es gibt keine sensibleren Daten als die Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten. Diese gilt es zu schützen. Deswegen wird es künftig einen Notfalldatensatz geben. Des Weiteren wird es eine sichere Arzt-zu-Arzt-Kommunikation geben. Ferner haben wir uns gegen eine Onlineanbindung ausgesprochen. Dafür gibt es künftig einen automatischen Datenabgleich von Versichertenstammdaten. Darüber hinaus haben wir gesagt: Das elektronische Rezept wird bis auf Weiteres gestoppt, bis es praktikabel ist. Ebenso brauchen wir zum jetzigen Zeitpunkt keine elektronische Patientenakte, weil die Datensicherheit letztlich nicht gewährleistet werden kann. Mit diesem Weg haben wir die richtige Balance geschaffen zwischen Innovation und Ausbau der Telematikinfrastruktur auf der einen Seite sowie Sicherheit, Praktikabilität und Nutzen für die Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite.“

„Weitere Ausgabenkürzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind unzweifelhaft nötig, kündigte der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU-Fraktion Johannes Singhammer an. „Bei Ärztehonoraren und Krankenhäusern geht es nicht um Zwangsrabatte und -moratorien wie im Arzneimittelbereich. Es geht aber sehr wohl darum, dass klar wird, dass sich die Zuwächse der letzten Jahre im Jahr 2011 nicht mehr in der bisherigen Höhe fortsetzen werden. Deshalb haben wir ein glasklares Ziel in der Koalition ver-

einbart: Es wird nicht dazu kommen, dass das prognostizierte Defizit von nahezu 11 Milliarden Euro im kommenden Jahr entsteht.“

Auch Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, betonte in seinem Redebeitrag, dass in allen Bereichen gespart werden müsse. Dabei hob er hervor: „Es geht im Übrigen nicht darum, in die derzeitigen Budgets einzugreifen, sondern es geht darum, die Zuwächse im nächsten Jahr zu begrenzen. Unsere Zusage steht, nach den kurzfristigen Sparmaßnahmen langfristige Strukturveränderungen vorzunehmen“, so Spahn weiter.

Das GKV-Änderungsgesetz enthält drei Regelungskomplexe:

Erstens geht es um eine Bestimmung in der 15. AMG-Novelle (AMG = Arzneimittelgesetz), durch die kurzfristig Regelungen für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus sowie bei Selektivverträgen geschaffen wurden. Die Geltungsdauer dieser Regelungen, die nach der 15. AMG-Novelle bis zum 30. Juni 2010 befristet sind, wird bis zum 30. Juni 2011 verlängert. Damit soll die in diesem Bereich bereits geübte Praxis der Einbeziehung privater Abrechnungsstellen bei der Abrechnung von Leistungen vorübergehend weiter ermöglicht werden.

Zweitens sind einzelne Anpassungen an aktuelle Entwicklungen oder Klarstellungen in krankenversicherungsrechtlichen und anderen Vorschriften notwendig:

- Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes,
  - Möglichkeit der Krankenkassen, durch Satzungsregelung eine abweichende Zusammensetzung ihres Verwaltungsrates vorzusehen,
  - Insolvenzsicherung von Wertguthaben für Altersteilzeit der Krankenkassenbeschäftigten,
  - Aufteilung der Kosten der Prüf-dienste sowie
  - nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz geschaffene Möglichkeit, bei fehlenden Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung nachzuverhandeln.
- Drittens sind zur Umsetzung der Richt-

linie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen berufs-zulassungsrechtliche Regelungen u. a. im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde und der Approbationsordnung für Zahnärzte erforderlich, weil gegen Deutschland ein Vertragsverletzungsverfahren anhängig ist. Die berufs-zulassungsrechtlichen Regelungen werden in folgenden Punkten geändert:

- Die individuelle Defizitprüfung für Ausbildungsnachweise, die unter das EU-Recht fallen und nicht automatisch anerkannt werden, wird richtlinienkonform ausgestaltet.
- Die Möglichkeit, Inhabern von Ausbildungsnachweisen aus der Europäischen Union eine Berufserlaubnis zu erteilen, entfällt.
- Bei den Anerkennungsverfahren von Drittstaatsdiplomen, die nicht unter das EU-Recht fallen, bleibt es bei der Möglichkeit, eine Berufserlaubnis zu erteilen.

Im Gesetzgebungsverfahren haben die Koalitionsfraktionen eine Reihe von Änderungsanträgen eingebracht:

- Die Änderungen sehen Einsparungen im Arzneimittelbereich durch die Anhebung des Herstellerabschlags für Arzneimittel auf 16 Prozent sowie ein Preismoratorium vor.
- Bei der Finanzierungsvereinbarung zur eGK soll neben den jeweiligen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch das BMG die Möglichkeit erhalten, die Schiedsstelle anrufen zu können. Um auch für den Fall der Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle Verzögerungen zu vermeiden, wird geregelt, dass entsprechende Klagen keine aufschiebende Wirkung haben.
- Soweit beim Aufbau der Telematikinfrastruktur dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) Kosten anfallen, sind sie dem BSI von der Gesellschaft für Telematik zu erstatten.
- Mit dem GKV-Änderungsgesetz werden die Krankenkassen verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Ver-

sicherstammdaten bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der

Leistungserbringer online genutzt werden können. Die Überprüfung erfolgt bei der erstmaligen Inanspruchnahme von Leistungen durch einen Versicherten im Quartal. Die Durchführung der Prüfung ist auf der

elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen.

## AOK startet Pilotprojekt zur Arztsuche

### Nichtkommerzielles Internetportal soll Orientierungshilfe sein

Lange hatten Ärzte und Zahnärzte gehofft, dass die ambitionierten Pläne der AOK für ein Online-Portal zur Arztsuche nicht in die Tat umgesetzt werden. Bereits im Frühjahr 2009 hatte die Gesundheitskasse angekündigt, einen „Ärzte-TÜV“ zu installieren und damit Leistung und Service der rund 185 000 niedergelassenen Mediziner und Zahnmediziner im Internet von ihren 24 Millionen Versicherten bewerten zu lassen. Erklärtes Ziel dabei sei es, die Behandlungsqualität zu verbessern. Bereits damals sorgte die Idee der AOK für heftige Diskussionen. Mediziner wollten nicht von Unzufriedenen an den Pranger gestellt werden, vor allem gab es aber Datenschutzbedenken. Der oberste Bundesdatenschutzbeauftragte, Peter Schaar, äußerte Zweifel bei der Objektivität von Patienten-Urteilen.

Jetzt startet in Hamburg, Berlin und in Kürze in Thüringen ein Pilotprojekt mit Online-Befragungen von Patienten zu ihren Ärzten und deren Erfahrungsberichten. So wird etwa gefragt, ob der Arzt den Patienten in Entscheidungen einbezieht oder ob die Patienten den Schutz ihrer Intimsphäre in einer Praxis gewahrt sehen. Zudem können die Teilnehmer angeben, ob sie den Arzt an Freunde weiterempfehlen würden. Auf Freitextbewertungen verzichten die Initiatoren bewusst, um Verunglimpfungen von Ärzten auszuschließen. Durch ein spezielles Login-Verfahren für die Versicherten wird sichergestellt, dass jeder Nutzer nur jeweils eine Beurteilung je Arzt abgeben kann. So sollen Manipulationen wie Mehrfachbewertungen ausgeschlossen werden.

Die Ergebnisse der Befragung bilden die Grundlage für das neue Arztsuchportal, das ab Herbst 2010 veröffentlicht wird, welches die AOK gemeinsam mit der Weißen Liste, einem gemeinsamen Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, realisieren will.

Ab Herbst 2010 werden die Befra-

gungsergebnisse zu den niedergelassenen Ärzten in der neuen Online-Arztsuche veröffentlicht. Voraussetzung für die Veröffentlichung der Ergebnisse eines Arztes ist, dass eine mindestens zweistellige Anzahl an Beurteilungen vorliegt. Die Beurteilungen werden zusammengefasst und nutzerfreundlich aufbereitet. Zahnärzte und Psy-

chotherapeuten sind im ersten Schritt noch nicht mit einbezogen, sollen aber nach Abschluss der Pilotphase mit eigens entwickelten Fragebögen ebenfalls beurteilt werden können.

Nach der Entwicklungsphase sollen sich auch andere Krankenkassen an dem Projekt beteiligen können.

**KZV**



# 19. Zahnärztetag der Zahnärztekammer M-V

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

### Themen

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

### Wissenschaftliche Leitung

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

### Leitung Organisation und Professionspolitik

Dr. Dietmar Oesterreich,  
Reuterstadt Stavenhagen

### Organisation

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

### Tagungsort

Bernsteinsaal des Hotels Neptun  
Seestraße 19, 18119 Rostock-Warnemünde

### Wissenschaftliches Programm mit Kurzlebensläufen und fachlichen Tätigkeitsschwerpunkten der Referenten

Freitag, 3. September 2010

#### 13.00 Uhr Eröffnung der Dentalausstellung

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

### Ehrungen

**Festvortrag anlässlich des 60-jährigen Bestehens der wissenschaftlichen Gesellschaft**

#### Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Greifswald



##### Kurzlebenslauf

Studium der Zahnmedizin und Humanmedizin in Berlin, Dresden, Greifswald, 1969 Zahnärztliches Staatsexamen, 1974 Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie,

1975 Promotion zum Dr. med., 1976 Ärztliches Staatsexamen, 1978 Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, 1988 Habilitation, seit 1992 ITI-Fellow, seit 1983 Vorstandsmitglied der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheil-

kunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V., 1995 -2001 Vorsitzender der Gesellschaft

##### Fachliche Schwerpunkte

- seit 1992 Leiter der Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
- 1996 Professor für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Schwerpunkte der Arbeit: Kiefergelenkerkrankungen, dentoalveoläre Chirurgie, Implantologie, präprothetische Chirurgie, Lasermedizin
- seit 2007 Vorsitzender des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie

#### 14.30 Uhr Professionspolitik

#### Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen



##### Kurzlebenslauf

geboren am 28. Mai 1956 in Rostock, Studium der Zahnheilkunde in Rostock 1976-1981, Approbation 1981, Tätigkeit in der Poliklinik für Stomatologie des Kreiskrankenhauses

Malchin 1981-1990, seit 1985 Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie, seit 1988 Dr. med., 1. Februar 1991: Niederlassung in eigener Praxis, seit 29. April 1990 Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, seit 3. November 2000 Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

##### Arbeitsschwerpunkte, Referate/Ausschüsse

- Mitglied des Vorstandes der Bundeszahnärztekammer
- Vorsitzender des Ausschusses „Präventive Zahnheilkunde“ der Bundeszahnärztekammer
- Alternierender Vorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnheilkunde (DAJ)
- Referent der BZÄ für Patientenberatung
- Mitglied des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) – Vorstandsausschuss
- Referent der Bundeszahnärztekammer für Wissenschaft und Forschung in der Zahnmedizin
- Referent für Öffentlichkeitsarbeit der BZÄK

##### Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte

- Prävention
- Parodontologie
- Endodontie

#### Thema: Kieferorthopädische Behandlung Erwachsener im parodontal geschädigten Gebiss

#### 15.15 Uhr Einführung in die Thematik

#### Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon,



##### Rostock

##### Kurzlebenslauf

geboren am 9. Oktober 1974 in Parchim (Mecklenburg), 1993-1999 Zahnmedizinstudium an der Universität Rostock, 2002 Promotion zum Dr. med. dent. mit

dem Thema „Kieferorthopädische und zahnärztliche Befunde im Milch- und frühen Wechselgebiss – Konsequenzen für die Prävention“, seit 2004 Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, zwischen 1998-2006 Forschungs- und Studienaufenthalte an den Universitäten Bristol (England), Aarhus (Dänemark) und Ann Arbor (Michigan, USA), 2007/2008 Habilitation und Erhalt der Lehrbefugnis an der Universität Rostock, 2009 Berufung zum Professor im Fach Kieferorthopädie an der Universität Rostock, seit 2010 tätig als Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Universität Rostock

##### Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte

- Kieferorthopädische Prävention und Frühbehandlung bei Kindern mit orofazialen Funktionsstörungen
- Neugeborenenfrühbehandlung und Langzeitbetreuung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
- Kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung (präprothetische Kieferorthopädie, Rehabilitation von CMD-Patienten)
- Interdisziplinäre Behandlung von Dysgnathiepatienten

#### 15.30 Uhr Epidemiologisch relevante Daten über kieferorthopädische und parodontale Befunde bei Erwachsenen

#### Priv.-Doz. Dr. Olaf Bernhardt, Greifswald



##### Kurzlebenslauf

seit 1992 wiss. Mitarbeiter der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde, Leiter: Prof. Dr. G. Meyer, Zentrum für Zahn-, Mund- und

Kieferheilkunde, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 1995 Promotion, 2000 Ernennung zum Oberarzt, 2004 Habilitation

und Erhalt der Venia Legendi, 2005 einjähriger Forschungsaufenthalt an der School of Dentistry, University of Minnesota, USA, seit 2006 Teilzeit in privater Praxis, 2009 Spezialist für zahnärztliche Funktionsdiagnostik und Therapie der Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie (DGFD)

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Diagnostik und Therapie kranio-mandibulärer Dysfunktionen
- Epidemiologie oraler Erkrankungen

16.00 Uhr Diskussion und Pause

**16.45 Uhr Kieferorthopädische Behandlung im parodontal geschädigten Gebiss**

**Prof. Dr. Dr. Peter Diedrich, Aachen**



*Kurzlebenslauf*

1970-1976 Weiterbildung in Parodontologie und Kieferchirurgie an der Universitätszahnklinik Münster, 1976-1979 Kieferorthopädische Fachausbildung in Köln, 1979

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, 1980 Habilitation, 1984-2010 Direktor der Klinik für Kieferorthopädie, Aachen, 2005 Diplomate of the German Board of Orthodontics

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Biomechanik und Biologie der orthodontischen Zahnbewegung
  - Kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung
  - Wechselbeziehungen Parodontologie und Kieferorthopädie
  - Über 300 Originalarbeiten
  - Über 800 Fortbildungsvorträge und -kurse
- Auszeichnungen*
- 13 wissenschaftliche Preise
  - 1999 Berufung in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina

**17.30 Uhr Kieferorthopädie und/oder Implantologie?**

**Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Leipzig**



*Kurzlebenslauf*

geboren am 22. November 1952 in Witten/Ruhr, verheiratet, drei Kinder, Studium von Medizin und Zahnmedizin in Bonn und Mainz, Ausbildung zum Facharzt für

MKG-Chirurgie (1984) und Erwerb der Zusatzbezeichnung „plastische Operationen“ (1987), Habilitation in Münster (1989), 1993 Berufung auf den Lehrstuhl für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie nach Leipzig, 2000-2005 und wieder seit 2008: Mitglied des Dekanatskollegiums

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Plastische und Rekonstruktive Chirurgie des

Kopf- und Halsgebietes mit besonderer Berücksichtigung von Fehlbildungen (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Dysgnathien und Kraniosynostosen)

- Implantologie
- seit 2010 Vizepräsident und President elect der DGMKG

18.00 Uhr Diskussion

**Samstag, 4. September 2010**

**Möglichkeiten der präprothetischen Kieferorthopädie beim erwachsenen Patienten**

**9.00 Uhr Möglichkeiten und Klinik der präprothetischen Kieferorthopädie**

**Dr. Björn Ludwig, Traben-Trarbach**



*Kurzlebenslauf*

Niedergelassen in eigener Praxis mit Dr. Bettina Glasl in Traben-Trarbach, Studium der Zahnmedizin in Heidelberg, Weiterbildung zum Fachzahnarzt für

Kieferorthopädie in freier Praxis und im Anschluss an der Universitätsklinik Frankfurt am Main, Lehrbeauftragter der Universität Homburg/Saar, Herausgeber des Fachbuches „Miniimplantate in der Kieferorthopädie“, erschienen im Quintessenz-Verlag, Berlin, Herausgeber des Fachbuches „Selbstligierende Brackets“, erschienen im Thieme Verlag, Stuttgart, Wissenschaftlicher Herausgeber „Kieferorthopädie Nachrichten“, Editorial Board Journal of clinical Orthodontics

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Forschung und Entwicklung im Bereich skelettaler Verankerung

**9.30 Uhr Prothetische Versorgung von kieferorthopädisch vorbehandelten Patienten**

**Prof. Dr. Michael Walter, Dresden**



*Kurzlebenslauf*

1975-1980 Studium Zahnmedizin an der FU Berlin, 1991 Habilitation ebd., 1992 Gastaufenthalt am Karolinska-Institut Huddinge/Stockholm, seit 1994 Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche

Prothetik der TU Dresden, 2003 Gastprofessor an der University of Alberta, Kanada, seit 2007 Studiendekan Zahnmedizin an der TU Dresden, seit 2008 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (vormals DGZPW)

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Klinische Therapiestudien
- Implantologie
- Public Health Forschung

10.00 Uhr Diskussion und Pause

**10.45 Uhr Verbesserung der (Dental)ästhetik durch kieferorthopädische Maßnahmen**

**Prof. Dr. Christopher J. Lux, Heidelberg**



*Kurzlebenslauf*

1988-1994 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Heidelberg, 1996-2005 Wiss. Mitarbeiter, zuletzt als leitender Oberarzt, der Poliklinik für Kieferorthopädie, Mund-,

Zahn- und Kieferklinik des Universitätsklinikums Heidelberg, 2005-2008 Universitätsprofessor – Lehrstuhl für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Jena, seit 2008 Universitätsprofessor – Lehrstuhl für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Heidelberg, Wissenschaftlicher Beirat in den Zeitschriften: Journal of Orthodontics, Kieferorthopädie, Zahnmedizin up2date, drei Wissenschaftspreise

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Klinische Schwerpunkte: Funktionskieferorthopädie, Interdisziplinäre Behandlung von Dysgnathiepatienten, Kieferorthopädische Behandlung Erwachsener, Interdisziplinäres Management bei Nichtanlagen
- Zusätzliche wissenschaftliche Schwerpunkte: Diagnostik und Visualisierung des Gesichtsschädelwachstums, Wirkungsweise funktionskieferorthopädischer Apparaturen, Epidemiologie kieferorthopädischer Anomalien und kieferorthopädische Frühbehandlung

**11.15 Uhr Die klinische Funktionsanalyse – Eine wichtige Maßnahme zur Erkennung von kranio-mandibulären Dysfunktionen vor kieferorthopädischer und prothetischer Therapie**

**Prof. Dr. Peter Ottl, Rostock**



*Kurzlebenslauf*

1985 Approbation, 1990 Promotion, 1993 Ernennung zum Funktionsoberarzt, seit 1995 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und

Therapie (DGFD) in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), 2002 Habilitation, Venia Legendi, Ernennung zum Privatdozenten, 2006-2008 Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung/DGZMK, 2009 Ernennung zum Universitätsprofessor und zum Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität

Rostock, 2009 Ernennung zum Geschäftsführenden Direktor der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Morál“ der Universität Rostock

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- CMD-Diagnostik und -Therapie
- Klinische Funktionsdiagnostik und bildgebende Verfahren in der CMD-Diagnostik
- Okklusionsschientherapie
- Präparationstechnik bei festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz
- Kieferrelationsbestimmung bei festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz
- Die Versorgung des avitalen Zahnes
- Vollkeramische Restaurationen
- Prothetische Versorgung des zahnlosen Kiefers

11.45 Uhr Diskussion und Pause

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

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

**Kieferorthopädie im parodontal geschädigten Gebiss – Die Bewertung sanfter Techniken bei geringem Restattachment**

**Dr. Luzie Braun-Durlak, Hamburg**



*Kurzlebenslauf*

Geboren 1971 in Kirchheim/Teck, Baden-Württemberg, Studium der Zahnheilkunde in Tübingen, Stipendiatin der Studienstiftung des deutschen Volkes, Fakultäten am Emmaus

Swiss Referral Hospital in Palamaner/Indien und in der Abteilung für Parodontologie bei Prof. Caffessee am Medical Center in Houston, 1998 Promotion in der Abteilung für zahnärztliche Prothetik an der Universität Tübingen, 2000-2002 Teilnahme am Erasmus-Weiterbildungsprogramm bei Prof. Schopf, Abteilung für Kieferorthopädie, Universität Frankfurt am Main, Seit 2004 als Kieferorthopädin in Hamburg niedergelassen

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte:*

- Kieferorthopädische Behandlung erwachsener Patienten
- Präprothetische Kieferorthopädie/Kieferorthopädie im parodontal vorgeschädigten Gebiss
- Behandlung mit unsichtbaren Apparaturen

**Nicht Kieferorthopädie oder Prothetik, sondern Kieferorthopädie und Prothetik**

**Prof. Dr. Dietmar Segner, Hamburg**



*Kurzlebenslauf*

Prof. Dietmar Segner wurde an der Universität Hamburg ausgebildet und hat dort promoviert und habilitiert. Er hat in der kieferorthopädischen Abteilung als Oberarzt

gearbeitet und sie kommissarisch geleitet. Seit 1997 ist er in Privatpraxis niedergelassen und unterrichtet im In- und Ausland. Seine Praxis ist spezialisiert auf die Behandlung Erwachsener, ästhetischer Kieferorthopädie, sowie linguale Kieferorthopädie. Er ist Gründungsmitglied und ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie e.V. Er ist Co-Autor eines Standardbuches.

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Behandlung von Erwachsenen
- Lingualtechnik
- Interdisziplinäre Behandlungen
- Ästhetische Apparaturen
- Untersuchungen zur Slotpräzision und effektiven Torqueapplikation
- Untersuchungen zur Reibung zwischen Bogen und Apparatur
- Cephalometrie

**16.30 Uhr Praxisseminare**

**Seminar 1**

**Skeletale Verankerung als Hilfsmittel in der Kieferorthopädie (Systeme, Indikationen, Misserfolge)**

**Prof. Dr. Ulrike Fritz, Aachen**



*Kurzlebenslauf*

1977-1982 Studium der Zahnmedizin, Universität Gießen, 1983-2000 Wiss. Mitarbeiterin, -Assistentin in der Abteilung für Zahnerhaltung, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde, Universität zu Köln, 1988 Promotion, 2000 Habilitation im Fach Zahn-, Mund und Kieferheilkunde, 2000-2003 Kieferorthopädische Fachausbildung, Klinik für Kieferorthopädie, Universität Aachen, 2003 Fachzahnärztin für Kieferorthopädie, 2004 Diplomate of the German Board of Orthodontics, 2007 Ernennung zur apl-Professorin, Seit 2010 Kommissarische Direktorin der Klinik für Kieferorthopädie, Universität Aachen.

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Adhäsivtechnik
- Lingualtechnik
- Orthodontische Verankerung mit Implantaten und Mikroschrauben

**Seminar 2**

**Aktueller Stand der CMD-Diagnostik und -Therapie unter Einbeziehung des Hirn-**

**stammsensibilisierungssyndroms bei Einsatz einer neuen Diagnostik-Software**

**Dr. Christian Köneke, Kiel**



*Kurzlebenslauf*

geboren: 15. Januar 1968, Approbation als Zahnarzt: 1993 in Düsseldorf, Praxisübernahme: 1996 in Bremen.

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- CMD-Therapie
- Implantologie
- Parodontologie
- Organisation der Fortbildungsreihe „Expertenwissen Implantologie“ in Bremen seit 1998. Gründung des jährlich stattfindenden Norddeutschen CMD-Curriculum mit interdisziplinärem Symposium in Bremen, Warnemünde, Kiel und Wyk auf Föhr: seit September 2000. Gründung der Partnerschaft für interdisziplinäre Zahnmedizin: 2004 Start des CMD-Therapeutenregisters im Internet [www.cmd-therapie.de](http://www.cmd-therapie.de): 2004, Herausgeber und Mitautor des Buches „Die interdisziplinäre Therapie der Craniomandibulären Dysfunktion“, Quintessenz-Verlag. Erscheinung: September 2004. Neuauflage „Craniomandibuläre Dysfunktion – interdisziplinäre Diagnostik und Therapie“ im November 2009. Autor zahlreicher Fachartikel sowie Referent nationaler und internationaler interdisziplinärer Kongresse und Fortbildungen zum Thema CMD. Gründungs- und Beiratsmitglied des CMD-Dachverbandes e.V., 1. Vorsitzender seit April 2009 Ernennung zum Spezialisten für CMD-Therapie durch die DGFDT 2008, Autor (gemeinsam mit Gert Groot Landeweer) des EDV-Programmes „easy C.M.D.“ (Clinical Management Device)

**Seminar 3**

**Interdisziplinäre Aspekte der Prophylaxe und Früherkennung von kranio-mandibulären Dysfunktionen bei Kindern und Erwachsenen**

**Dr. Andreas Köneke, Bremen**



*Kurzlebenslauf*

1987-1993: Studium der Zahnheilkunde in Düsseldorf, 1994-1998: Kieferorthopädische Weiterbildung, Abschluss der Weiterbildung mit dem Klinikjahr in

Kiel, 1995: Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin, seit 1998: niedergelassen als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Kiel, Zweigniederlassungen in Bremen und Wyk auf Föhr, 2009: Gründung der Kieler Kinder Konferenz – in-



terdisziplinäre Konferenz für Funktion und Kindesentwicklung

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- funktionsorientierte Kieferorthopädie für Kinder und Erwachsene
- kieferorthopädisch-interdisziplinäre CMD-Therapie und -Prophylaxe
- Referent für verschiedene CMD-Curricula und interdisziplinäre Symposien
- Wissenschaftlicher Leiter der Kieler Kinder Konferenz
- Autorentätigkeit für Fachzeitschriften und Lehrbücher

**Seminar 4**

**Die komplexe orale Rehabilitation des funktionsgestörten Patienten aus Sicht des Praktikers**

**Dr. Karsten Georgi, Schwerin**

**Dr. Holger Garling, Schwerin**

**Dr. Karsten Georgi**



*Kurzlebenslauf*

1979-1984 Studium der Zahnmedizin in Timisoara, Rumänien, 1984-1988 Fachzahnarzt Ausbildung in Schwerin, 1988 Promotion, 1991 Niederlassung in eigener

Praxis in Schwerin, 1994 Bildung einer Praxisgemeinschaft mit Dr. Ralph Mischke, 2003 Curriculum Implantologie DGI, seit 2008 Masterstudiengang „Zahnärztliche Funktionsdiagnostik und -therapie mit Computerunterstützung“, Universität Greifswald

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Komplexe Versorgung der Patienten unter der besonderen Berücksichtigung funktionseller Prinzipien

**Dr. Holger Garling**



*Kurzlebenslauf*

geboren 26. Juni 1957, Studium 1978-1983 in Rostock, Diplom 1983, Promotion 1987, Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie 1987, seit 1991 niedergelassen, Curricula in Parodontologie, Implantologie, allg. Zahnheilkunde, Mitgliedschaft u. a. in DGP, DGI, DGZMK, Gesellschaft für ZMK M-V

Praxis in Schwerin, 1994 Bildung einer Praxisgemeinschaft mit Dr. Ralph Mischke, 2003 Curriculum Implantologie DGI, seit 2008 Masterstudiengang „Zahnärztliche Funktionsdiagnostik und -therapie mit Computerunterstützung“, Universität Greifswald

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Parodontologie
- komplexe orale Restaurationen

**20.00 Uhr Abendveranstaltung**

**Wenzel Prager Bierstuben in Warnemünde**

**Sonntag, 5. September 2010**

Interdisziplinäre Lösung sagittaler, transversaler und vertikaler Probleme beim jugendlichen und erwachsenen Patienten

**9.00 Uhr Interdisziplinäre Distalbißbehandlung bei Erwachsenen**

**Prof. Dr. Tomasz Gedrange, Greifswald**



*Kurzlebenslauf*

1988-1993 Studium an der Friedrich-Schiller-Universität (FSU) in Jena, Fachrichtung Zahnmedizin, 1993-1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pharmakologie und Toxikologie der FSU Jena, 1995-1998 Assistenz Zahnarzt in der kieferorthopädischen Praxis, 1998-2004 Mitarbeiter in der Poliklinik für Kieferorthopädie im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität in Dresden, seit 2004 Leiter der Poliklinik für Kieferorthopädie, präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

1988-1993 Studium an der Friedrich-Schiller-Universität (FSU) in Jena, Fachrichtung Zahnmedizin, 1993-1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pharmakologie und Toxikologie der FSU Jena, 1995-1998 Assistenz Zahnarzt in der kieferorthopädischen Praxis, 1998-2004 Mitarbeiter in der Poliklinik für Kieferorthopädie im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität in Dresden, seit 2004 Leiter der Poliklinik für Kieferorthopädie, präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Kaumuskeladaptation nach der chirurgischen Korrektur einer mandibulären Retrognathie oder Prognathie oder kieferorthopädischen Therapie
- Integration von Knochenersatzmaterialien in orofazialen Bereich
- Anwendung von Implantaten für kieferorthopädische Zwecke

**9.25 Uhr Dysgnathiechirurgie bei der Klasse II**

**Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich, Rostock**



*Kurzlebenslauf*

Prof. Frerich ist seit 2009 Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität Rostock. Nach dem Studium von Medizin und Zahnmedizin in Köln erhielt er seine Facharzt Ausbildung zum Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen an der Universität Tübingen von 1989 bis 1994. Seit 1994 war er zunächst Oberarzt, später leitender Oberarzt an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität Leipzig. Habilitation im Jahr 2000, Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ 2002, Master of Oral Medicine in Implantology 2005, apl. Professur 2006.

Zahnmedizin in Köln erhielt er seine Facharzt Ausbildung zum Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen an der Universität Tübingen von 1989 bis 1994. Seit 1994 war er zunächst Oberarzt, später leitender Oberarzt an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität Leipzig. Habilitation im Jahr 2000, Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ 2002, Master of Oral Medicine in Implantology 2005, apl. Professur 2006.

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Onkologische Chirurgie des Kiefer-Gesichtsbereichs
- mikrochirurgische Lappenplastiken und plastisch-rekonstruktive Chirurgie
- Chirurgie von LKG-Spalten, Dysgnathiechirurgie, Implantologie

*Wissenschaftliche Schwerpunkte:*

- regenerative Medizin und Tissue engineering

**9.50 Uhr Die Gaumennahterweiterung bei Erwachsenen**

**Prof. Dr. Winfried Harzer, Dresden**



*Kurzlebenslauf*

1963-1968 Zahnmedizinstudium in Jena und Dresden, seit 1968 Tätigkeit im Zentrum ZMK, 1969-1970 chirurgische Ausbildung in der Poliklinik und Klinik für MKG, Fachzahnarzt für Kinderstomatologie (1974) und Kieferorthopädie (1979), 1984 Habilitation: Zur Genetik der Zahngröße bleibender Zähne unter besonderer Berücksichtigung der Disproportion zur Kiefergröße (Zahnengstand), 1985 Dozentur, 1987 Professor für Kieferorthopädie, 1990 C4 Professor an der Technischen Universität Dresden, 1993-2009 Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie im Universitätsklinikum an der TU Dresden.

1963-1968 Zahnmedizinstudium in Jena und Dresden, seit 1968 Tätigkeit im Zentrum ZMK, 1969-1970 chirurgische Ausbildung in der Poliklinik und Klinik für MKG, Fachzahnarzt für Kinderstomatologie (1974) und Kieferorthopädie (1979), 1984 Habilitation: Zur Genetik der Zahngröße bleibender Zähne unter besonderer Berücksichtigung der Disproportion zur Kiefergröße (Zahnengstand), 1985 Dozentur, 1987 Professor für Kieferorthopädie, 1990 C4 Professor an der Technischen Universität Dresden, 1993-2009 Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie im Universitätsklinikum an der TU Dresden.

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Funktionskieferorthopädie
- Molekularbiologische Analyse schwerer Myosinketten in der Kaumuskulatur nach Dysgnathie-OP
- forcierte Gaumennahterweiterung
- Zahntransplantation
- orthodontische Implantate und Minischrauben. BMBF, DFG- und ITI-Forschungsprojekte gemeinsam mit der Alberta-University in Edmonton (Kanada)
- Gastvorlesungen und Fortbildungskurse in Finnland, Italien, Ungarn, Kanada, den Vereinigten Arabischen Emiraten, Ägypten und der Schweiz
- Scholarship an der Alberta University Edmonton Kanada
- 2008 B.F. and Helen E. Dewel Clinical Research Award für die beste Publikation im American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics

**10.15 Uhr Baltic Cleft Network - 10-Jahresergebnisse einer internationalen prospektiven interdisziplinären Studie**

**Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz,**

**Dr. Ann Dieckmann, Dr. Mohamed Nasef**

**Referent Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz**



*Kurzlebenslauf*

geboren am 28. September 1967 in Bielefeld; Abitur 1988 - Kolleg St. Blasien; 1988-1990: Soldat auf Zeit; 1990 -1996: Studium der Medizin in Regensburg, Würzburg, Rostock; 1995-1999: Studium der Zahnmedizin in Rostock; 1999 Studienaufenthalt in Großbritannien, 1999-2003: Facharztweiterbildung - Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische

geboren am 28. September 1967 in Bielefeld; Abitur 1988 - Kolleg St. Blasien; 1988-1990: Soldat auf Zeit; 1990 -1996: Studium der Medizin in Regensburg, Würzburg, Rostock; 1995-1999: Studium der Zahnmedizin in Rostock; 1999 Studienaufenthalt in Großbritannien, 1999-2003: Facharztweiterbildung - Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische

Gesichtschirurgie, Universität Rostock; 2006 - Zusatzbezeichnung Plastische Operationen; seit 2006: Oberarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Universität Rostock; 2008 – EACMFS Fellowship Großbritannien; 2009 – DFG Stipendium USA

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten und kraniofaziale Anomalien,
- Traumatologie des Gesichtsschädels
- Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer
- maxillär assoziierte Dysgnathien
- dentoalveoläre Chirurgie
- Notfälle in der zahnärztlichen Praxis
- Wasserstrahlchirurgie

**10.25 Uhr Diskussion und Pause**

**11.10 Uhr Tiefbissbehandlung bei Erwachsenen: Orthopädie vs. Orthodontie vs. Dysgnathiechirurgie**

**Prof. Dr. Dr. Heinrich Wehrbein, Mainz**



*Kurzlebenslauf*

Professor Wehrbein ist Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Deutschland. Er

studierte Medizin und Zahnmedizin an der Georg-August Universität Göttingen. Die Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und die Habilitation erfolgten an der RWTH Aachen. Von 1998 bis 2002 war er Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Freien Universität Brüssel (VUB), Belgien. Ab 2002 übernahm Prof. Wehrbein den Lehrstuhl für Kieferorthopädie in Mainz.

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

Kieferorthopädische Behandlung erwachsener Patienten sowie interdisziplinäre Behandlungsmaßnahmen, insbesondere in Zusammenarbeit

mit Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Oralchirurgie, Prothetik und Parodontologie. Grundlagenforschung zur orthodontischen Zahnbewegung, Wechselbeziehungen zwischen Kieferorthopädie und Parodontologie, skelettale Verankerung sowie klinische und experimentelle Studien.

**11.35 Uhr Die Tiefbissbehandlung aus prothetischer Sicht**

**Dr. Torsten Mundt, Greifswald**



*Kurzlebenslauf*

1984-89 Studium der Zahnheilkunde in Greifswald, 1989-90 Assistent am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Greifswald in der Abteilung für Parodontologie, 1990-94 Assistent am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Greifswald in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, 1994 Promotion, seit 1994 Klinischer Oberarzt in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Alterszahnheilkunde und Medizinische Werkstoffkunde (Leiter: Prof. Dr. R. Biffar), 2007 Spezialist für Prothetik der DGZPW, 2008 Beisitzer im Vorstand des DGI-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern, umfangreiche Referententätigkeit (u.a. Master-Studiengang „Computergestützte Funktionsdiagnostik und -therapie“, Curriculum Implantologie der DGZI und für verschiedene ZÄKs)

*Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte*

- Implantatsuprakonstruktionen
- Funktionsorientierte prothetische Diagnostik, Planung und Therapie
- Aufbau endodontisch behandelter Zähne
- Doppelkronen
- Community Dentistry

12.00 Uhr Diskussion und Schlusswort

12.30 Uhr Ende der Tagung

Anzeige



## Tagung der LAJ

Interessiert verfolgen Vorsitzende der Kreisarbeitsgemeinschaften den Vortrag von Dr. Britt Schremmer, Rostock, zum Thema „Durchbruchsstörungen bei 6-Jahrmolaren als erstes Signal einer risikobehafteten Gebissentwicklung“ auf der Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Mecklenburg-Vorpommern (LAJ M-V) am 23. Juni im Hörsaal der Ärztekammer in Rostock.

## Ausbildungsvermittlung bei der Zahnärztekammer des Landes

Seit zwei Jahren betreut Sandra Bartke das Projekt „Passgenaue Vermittlung Auszubildender an ausbildungswillige Unternehmen“, welches vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages gefördert und aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) der Europäischen Union kofinanziert wird. Bartke ist somit für die Ausbildungsvermittlung im Referat ZAH/ZFA der Zahnärztekammer zuständig. Auf Grund ihres großen Engagements bei der Suche nach geeigneten Jugendlichen und der engen Zusammenarbeit mit ausbildungswilligen Praxen ist es Sandra Bartke gelungen, zahlreiche zusätzliche Ausbildungsplätze für die letzten

zwei Ausbildungsjahre zu vermitteln.

Um ähnliche Erfolge für das Ausbildungsjahr 2010/2011 zu erreichen, versucht sie ebenfalls mit viel Engagement, interessierte Schüler für den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) zu begeistern. Aus diesem Grund war sie in diesem Jahr wieder auf der Nordjob Messe in Schwerin vertreten. Die Messe fand am 18. und 19. Juni in der Sport- und Kongresshalle Schwerin statt. An den zwei Messtagen wurden 35 Beratungsgespräche zum Berufsbild der ZFA durchgeführt. Die erste Bewerbung einer sehr interessierten Schülerin für das Ausbildungsjahr 2011/2012 liegt bereits vor.

Es ist bekannt, dass viele Ausbildungsplätze unbesetzt bleiben, weil

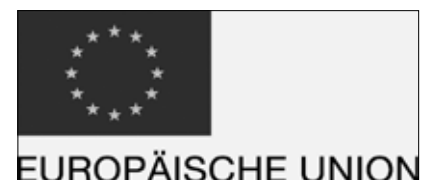
die Qualität der Bewerberinnen und Bewerber nicht ausreicht. Zahnärzte kritisieren die mangelnde Ausbildungsreife oft zu Recht. Leider wird es immer schwieriger, Schüler mit den geforderten guten bis sehr guten Noten zu finden. Allerdings sagen Noten nicht in jedem Fall etwas über die Tauglichkeit für den Beruf aus.

Praxen, die im kommenden Ausbildungsjahr einen Ausbildungsplatz zur Verfügung stellen wollen, wenden sich bitte an Sandra Bartke in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern unter der Rufnummer 0385 59108-12 bzw. per Mail an [s.bartke@zaekmv.de](mailto:s.bartke@zaekmv.de).

Referat ZAH/ZFA



Stand der Zahnärztekammer auf der Ausbildungsmesse Nordjob Schwerin 2010: Ausbildungsvermittlerin Sandra Bartke (hinten) im Gespräch mit einer Schülerin





# Neue Gutachterrichtlinie der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Die Begutachtung von zahnärztlichen Leistungen gehört zu den ehrenvollsten und zugleich anspruchsvollsten Aufgaben unseres Berufsstandes. Vertragszahnärztliche Mängel werden bekanntlich von den hierzu berufenen KZV-Gutachtern geklärt. Darüber hinaus müssen aber auch Vorwürfe eines nicht standardgemäßen, also fehlerhaften Verhaltens für Gerichte, Institutionen, Privatpersonen oder den Beratungs- und Schlichtungsausschuss sachlich und unparteiisch geprüft werden. Dabei wird nicht nur das Behandlungsergebnis bewertet, sondern auch die Frage nach dem Verschulden und den Folgen der Behandlung gestellt. An einen Kammergutachter werden also sehr hohe Anforderungen in fachlicher und ethischer Hinsicht gestellt. Ein Gutachten ist aber nicht nur eine Belastung, denn aus jedem Gutachten zieht der Gutachter auch Nutzen – nicht so sehr finanziell, als vielmehr fachlich. Das Gutachten ist so auch

eine Form der Weiterbildung.

Die Bundeszahnärztekammer hat im letzten Jahr eine neue „Musterrichtlinie für von der Zahnärztekammer bestellte Gutachter“ verabschiedet. Für unseren Kammerbereich ist sie nach Zuarbeit durch den Beratungs- und Schlichtungsausschuss modifiziert und in dieser Form vom Kammervorstand beschlossen worden. Sie wird nachstehend veröffentlicht und ersetzt die bisherige Gutachterrichtlinie unseres Kammerbereichs von 2004.

Die neue Richtlinie regelt auch die Frage, wer unter welchen Voraussetzungen und wie zum Gutachter berufen werden kann. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass sich künftig auch Kolleginnen und Kollegen selbst für diese Funktion vorschlagen können und sollen. Hierzu sind besonders die spezialisierten Zahnärztinnen und Zahnärzte aufgerufen, aber auch erfahrene „Generalisten“. Jeder Vor-

schlag wird vom Kammervorstand geprüft und gewertet. Der neue Gutachter wird dann in die aktuelle Gutachterliste aufgenommen und bei Bedarf um eine Begutachtung gebeten.

Die Mitglieder des Beratungs- und Schlichtungsausschusses stehen gerade den neuen Gutachtern bei offenen Fragen gern zur Beratung zur Verfügung. Auch werden alle aufgelisteten Kammergutachter jährlich zu einer Schulung eingeladen, die einen Erfahrungsaustausch ermöglicht und anbietet, aktuelle Probleme zu diskutieren.

Wir hoffen nun, dass sich „mutige“ Kolleginnen und Kollegen bei Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle melden, die bereit sind, als künftige Gutachter einen wertvollen Dienst sowohl für Patienten als auch die Kollegenschaft zu leisten.

**Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt, Schwerin**  
**Vorsitzender des Beratungs- und des Schlichtungsausschusses**

## Gutachterrichtlinie der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

### Vorbemerkung

Diese Richtlinie regelt das Verfahren und die Voraussetzungen der Berufung von Gutachtern sowie die von den Gutachtern bei der Erstellung der Gutachten zu beachtenden Grundsätze.

### 1. Gutachter

Gutachter haben bei der Erstellung von Gutachten der Erwartung der Öffentlichkeit auf eine hervorragende Sachkunde, Objektivität, Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit zu entsprechen.

### 2. Berufung von Gutachtern durch die Zahnärztekammer

(1) Gutachter werden vom Vorstand der Zahnärztekammer für die Dauer einer Legislaturperiode berufen und in eine Liste aufgenommen. Diese Liste kann Patienten, Gerichten oder Behörden auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

(2) Alle approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzte können zum Gutachter berufen werden, die mindestens 7 Jahre praktisch als Zahnarzt tätig waren oder Hochschul-

lehrer sind. Sie sollten noch zahnärztlich tätig sein.

(3) Zum Gutachter kann grundsätzlich nur berufen werden, wer seine besondere Qualifikation dadurch nachweist, dass er in einem Zeitraum von vier Jahren vor der Berufung Fortbildungsleistungen erbracht hat, die 200 Punkten analog dem Richtlinienkatalog der Bundeszahnärztekammer (Punkteempfehlung Fortbildung BZÄK (DGZMK – gültig ab 01.01.2006) entsprechen. Dabei dürfen nur (zahn-) medizinische Fachthemen Berücksichtigung finden. Mindestens 100 dieser Punkte müssen in dem Fachgebiet erbracht worden sein, für das der Kandidat als Gutachter berufen werden soll. Für Gutachter mit Referententätigkeit gilt, dass maximal 25 % der 200 Punkte durch eigene Referententätigkeit erworben werden können.

(4) Hochschullehrer (Professoren und Dozenten) gelten ohne besondere Nachweise als qualifiziert.

(5) Zahnärzte, die zum Gutachter berufen

werden sollen (Kandidaten), können von Mitgliedern des Vorstandes der Zahnärztekammer oder des Beratungs- und des Schlichtungsausschusses sowie den Kreisstellenvorsitzenden benannt werden oder sich selbst als Kandidaten vorschlagen.

### 3. Abberufung

Der Vorstand der Zahnärztekammer kann bei nachträglichem Wegfall einer der unter 2. genannten Voraussetzungen oder aus wichtigem Grund den Gutachter abberufen oder das sofortige Ruhen der Gutachterbestellung anordnen.

### 4. Gutachtauftrag und Ablehnung des Auftrages

(1) Der Gutachtauftrag wird vom Patienten, vom Kostenträger, vom Zahnarzt, vom Gericht, einer Behörde, einer Kammer oder einer anderen Person mit berechtigtem Interesse erteilt.

(2) Der Gutachter kann einen Gutachtauftrag ablehnen, soweit er nicht durch Gesetz zur Übernahme verpflichtet ist.

(3) Der Auftrag ist abzulehnen oder zu-

rückzugeben, wenn

- das Thema des Gutachtens die Möglichkeit und Fähigkeit des Gutachters überschreitet;
- sich der Gutachter für befangen hält;
- sich der Gutachter nicht imstande sieht, den Auftrag innerhalb einer vom Auftraggeber vorgegebenen angemessenen Frist zu erfüllen, es sei denn, der Auftraggeber erklärt hierzu sein Einverständnis;
- dem Gutachter auch auf Nachfrage nicht alle für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt werden.

### 5. Besondere Pflichten des Gutachters

(1) Bei der Anfertigung von Gutachten hat der Gutachter persönlich mit der notwendigen Sorgfalt und Objektivität zu verfahren und im Rahmen des Auftrages nach bestem Wissen seine zahnärztliche Überzeugung zu äußern. Der Gutachter ist persönlich für sein Gutachten verantwortlich.

(2) Für die Bewertung der Befunde, Diagnosen und Behandlungsmethoden sind die anerkannten Regeln der wissenschaftlichen Zahnheilkunde maßgebend; demgegenüber haben individuelle Auffassungen des Gutachters zurückzutreten.

(3) Bei der Untersuchung, der Befragung eines Patienten sowie bei der Erstellung des Gutachtens sind nicht der Sache dienliche oder herabsetzende Äußerungen über die Person oder über die vorliegende Arbeit des Behandlers zu unterlassen.

(4) Der Gutachter hat die Schweigepflicht zu beachten und in die Erstellung des Gutachtens einbezogene Hilfspersonen auf die Einhaltung der Schweigepflicht hinzuweisen.

(5) Der Zahnarzt darf nicht damit werben, dass er als Gutachter tätig ist.

(6) Gutachter sowie die bei ihnen angestellten oder mit ihnen in einer Berufsausübungsgemeinschaft verbundenen Zahnärzte dürfen zur Wahrung der Unabhängigkeit begutachtete Patienten vor Ablauf von 24 Monaten nach Abgabe des schriftlichen Gutachtens nicht behandeln. Notfallbehandlungen sind davon ausgenommen.

### 6. Vorbereitung des Gutachtens

(1) Der Gutachter bestätigt dem Auftraggeber unverzüglich den Eingang des Gutachtenauftrages sowie den Empfang von Unterlagen und Akten. Nach Prüfung der Unterlagen hat er sich unverzüglich dazu zu äußern, ob er den Gutachtenauftrag übernimmt.

(2) Der Gutachter fordert bei Bedarf über den Auftraggeber weitere Unterlagen an und entscheidet, ob eine Untersuchung des Patienten erforderlich ist.

(3) Bei einer Untersuchung im Rahmen der Begutachtung kann der betroffene Zahnarzt anwesend sein, sofern der Patient dem zustimmt.

### 7. Aufbau des Gutachtens

(1) Jedes Gutachten beginnt mit

- Namen und Anschrift des Gutachters,
- Namen und Anschrift des Patienten, Geburtstag,
- Namen und Anschrift des behandelnden Zahnarztes,
- Auftraggeber des Gutachtens, bei Gerichten unter Angabe des Aktenzeichens,
- vorliegende Unterlagen,
- Angaben über vorgenommene Untersuchungen.

(2) Das Gutachtenthema ist umfassend und konkret zu formulieren. Es ergibt sich bei Gerichtsgutachten aus dem Beweisbeschluss, im Übrigen aus der Fragestellung des Auftraggebers. Der Gutachter ist grundsätzlich an das Gutachtenthema gebunden und soll es nicht überschreiten. Hält der Gutachter die Fragestellung für unklar oder für zahnmedizinisch nicht sinnvoll zu beantworten, so soll er dies dem Auftraggeber sofort mitteilen, damit die Fragestellung entsprechend korrigiert werden kann.

(3) Bei der Darstellung des Sachverhalts sind die vom Patienten mitgeteilten Angaben und die von ihm vorgetragene Beschwerden aufzunehmen. Es folgt die Darstellung der eigenen Wahrnehmungen und Feststellungen.

(4) Bei der Beurteilung und Bewertung des Sachverhaltes ist zu beantworten, ob die stattgefunden oder vorgesehene Behandlung nach den anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Regeln der Zahnheilkunde als „lege artis“ zu beurteilen ist und keine Sorgfaltspflichtverletzung vorliegt.

(5) Der Gutachter hat sich einer rechtlichen Beurteilung und eigener alternativer Behandlungsvorschläge zu enthalten, soweit diese nicht ausdrücklich Gegenstand des Gutachtenauftrages sind.

### 8. Weitergabe des Gutachtens

(1) Das Gutachten darf grundsätzlich nur dem Auftraggeber übergeben werden.

(2) Der Gutachter ist berechtigt, das Gutachten in anonymisierter Form der Kam-

mer für Qualitätssicherungszwecke zu übersenden; auf Anforderung der Kammer ist er hierzu verpflichtet.

### 9. Entschädigung des Gutachters

(1) Bei Privatgutachten:

Der Gutachter stellt dem Auftraggeber des Gutachtens eine Kostenrechnung entsprechend den Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ). Hierbei sind insbesondere Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand zu berücksichtigen. Bei besonders umfangreicher Gutachtertätigkeit wird vorher eine schriftliche Vereinbarung gem. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ angeraten. Es besteht weiterhin die Möglichkeit, ein Festhonorar zu vereinbaren.

(2) Bei Gerichtsgutachten:

Für Gerichtsgutachten gilt grundsätzlich das Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (JVEG – Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz). Vorherige Absprachen über Abweichungen der Regelung in Satz 1 mit dem Gericht sind zulässig.

(3) Bei Gutachten im Auftrag von öffentlich rechtlichen Kostenträgern erfolgt die Berechnung von Leistungen gemäß § 11 Abs. 1 GOÄ mit dem 1,0fachen Satz, wenn dem Gutachter gemäß § 11 Abs. 2 GOÄ vorab eine entsprechende Bescheinigung des öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vorgelegt wird, die auf diesen Umstand hinweist. Von diesem Modus kann durch separate Kostenvereinbarung mit dem Kostenträger gem. § 12 Abs. 5 GOÄ oder gemäß der Gebührenordnung der Kammer abgewichen werden.

### 10. Streitschlichtung bei Gutachten

Bei Streitigkeiten über die formelle Ordnungsgemäßheit von Gutachten (nicht deren inhaltliche Aussage) und deren Gebührenrechnung können der Gutachter und der Auftraggeber die Kammer zur Streitschlichtung anrufen.

### 11. Haftpflichtversicherung der Gutachter

Der Gutachter hat dafür Sorge zu tragen, dass er für seine Gutachtertätigkeit ausreichend haftpflichtversichert ist.

*Diese Gutachterrichtlinie wurde durch den Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern auf seiner Sitzung am 28. April 2010 in Schwerin beschlossen. Sie ersetzt die bisherige Gutachterrichtlinie aus dem Jahre 2004.*

## Sachkundenachweis zur Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen nicht notwendig

Derzeit versuchen verschiedene Anbieter Schulungen zur Erlangung der Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten zu verkaufen. Dies geschieht mit dem Hinweis, dass diese Sachkunde unbedingt vorliegen müsse.

Hier verweist die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern darauf, dass die abgeschlossene Ausbildung zur Zahnarzthelferin/Zahnmedizinischen Fachangestellten die Betreffenden befähigt, Medizinprodukte in Zahnarztpraxen aufzubereiten.

Der Zahnärztekammer ist ebenso von Praxisüberprüfungen in Mecklenburg-Vorpommern seitens der zuständigen Behörde, den Abteilungen für Arbeitsschutz und technische Sicherheit im Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS), nichts bekannt.

Nachfolgend ist das Statement des AKDI zur Befähigung von Fachpersonal zur Aufbereitung von Medizinprodukten (Erstveröffentlichung in dens 4/2009, Seite 8) zu finden.

Der bei der Bundeszahnärztekammer angesiedelte Arbeitskreis Dentalinstrumente (AKDI) untersucht die fachspezifischen Besonderheiten bei der Aufbereitung von Medizinprodukten und erarbeitet darauf basierende Empfehlungen für Zahnarztpraxen.

Die zahnmedizinischen Medizinprodukte unterliegen berufsbedingt spezifischen Aufbereitungsabläufen und müssen daher unter anderen Risikogesichtspunkten bewertet werden als die in Krankenhäusern verwendeten Medizinprodukte.

**Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene der ZÄK M-V**

### **Aktuelles Statement des Arbeitskreises Dentalinstrumente (AKDI) der Bundeszahnärztekammer:**

#### **Fachliche Befähigung von zahnmedizinischem Fachpersonal mit abgeschlossener Berufsausbildung zur Aufbereitung von Medizinprodukten**

Der Arbeitskreis Dentalinstrumente stellt betreffend der fachlichen Qualifikation von Personal zur Aufbereitung von Medizinprodukten folgendes fest:

1. Die während der Ausbildung zum/zur Zahnarzthelfer/in und zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vermittelten theoretischen und praktischen Lehrinhalte zur Instrumentenaufbereitung bilden die einschlägigen personenbezogenen Anforderungen des Medizinprodukterechtes für die Aufbereitung von Medizinprodukten ab.
2. Die vorliegenden Erfahrungen der Hersteller von Dentalinstrumenten sowie der Bundes- sowie Landes Zahnärztekammern zeigen, dass Zahnarzthelfer/innen bzw. zahnmedizinische Fachangestellte nach dem Abschluss der Ausbildung über ausreichende Grundkenntnisse und Fertigkeiten zur Aufbereitung von Medizinprodukten verfügen.
3. Die kontinuierliche Fortbildung auch auf dem Gebiet der Hygiene und speziell der Instrumentenaufbereitung gehört zur Sorgfaltspflicht und ist Aufgabe jedes Mitarbeiters der Zahnarztpraxis. Sie bedarf daher keiner gesetzlichen Regelung.

Der Arbeitskreis Dentalinstrumente kommt deshalb betreffend der fachlichen Qualifikation von Personal zur Aufbereitung von Medizinprodukten zu folgenden Aussagen:

#### **Die Ausbildung zur Zahnarzthelferin/Zahnmedizinischen Fachangestellten befähigt die Betreffenden zur Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen.**

Voraussetzungen sind, dass:

- alle die Hygiene in der Zahnarztpraxis betreffenden Maßnahmen unter der Verantwortung und Aufsicht von approbierten Zahnärzten stattfinden.
- die Mitarbeiter die zur Realisierung der Sorgfaltspflicht notwendige Anpassung an veränderte Gesetze und Normen durch Schulungen/Unterweisungen vermittelt bekommen. Diese sind zu dokumentieren.

**Das Recht auf Berufsausübung verfällt nicht.**

## BdZA arbeitet an neuen Schwerpunktthemen und Projekten für junge Zahnmediziner

Der Bundesverband der Zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die jungen Kolleginnen und Kollegen miteinander zu vernetzen und ihnen Informationen und Perspektiven zum Berufsstart bereitzustellen. Um dies weiter voranzubringen, wurden nun vom Vorstand des BdZA sowie

vom Beirat neue Themengebiete erarbeitet und Arbeitsgruppen gebildet, die sich diesen widmen werden. Alle Arbeitsgruppen setzen sich aus Vorstandsmitgliedern sowie Beiräten zusammen und beschäftigen sich mit konkreten Zielen:

Das erste Projekt befasst sich mit Strukturierter Fort- und Weiterbildung

und soll zu diesem Bereich Ideen und Inhalte sammeln. Die Angebote im Fortbildungsbereich werden immer vielfältiger und sind nur schwer zu überblicken. Daher soll ein Kompendium geschaffen werden, welches die Auswahl der passenden Spezialisierung und der entsprechenden Curricula und Fortbildung leichter machen wird.



Ein weiteres Projekt beschäftigt sich mit dem bereits vom BdZA in Kooperation mit der BZÄK entwickelten Thema Berufskunde 2020, das durch die Auseinandersetzung mit dem Strukturwandel im zahnmedizinischen Berufsstand ergänzt wird. Die bereits gesammelten Informationen zum Start in die Freiberuflichkeit und die damit verbundenen Formalitäten und Möglichkeiten sollen erweitert und fortentwickelt werden.

Das dritte vom BdZA ins Leben gerufene Projekt geht auf die immer stärker werdende Globalisierung und den Wunsch der jungen Kolleginnen und Kollegen nach Aufhalten im Ausland ein. Unter dem Thema Good by Dentist – Chancen im Ausland soll in enger Zusammenarbeit mit den Young Dentists Worldwide eine Informations-

sammlung entstehen, die Auskunft darüber gibt, welche Möglichkeiten man als deutscher Zahnmediziner hat, wenn man eine Zeit im Ausland arbeiten möchte. Auch Hilfsprojekte, bei denen

man für einen begrenzten Zeitraum im Ausland den Bedürftigen helfen kann, sollen vorgestellt und gegebenenfalls initiiert werden. Internetportal: [www.dents.de](http://www.dents.de)

BdZA



Die Projekte des BdZA richten sich an junge Zahnmediziner in Deutschland.

## Fortbildung im September 2010

### 11. September *5 Punkte*

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

Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz,  
Dr. Christian Schöntag  
9 – 12.30 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK  
„Hans Morat“  
Stempelstraße 13  
18057 Rostock  
Seminar Nr. 7  
Seminargebühr: 150 €

### 15. September *5 Punkte*

Praxisauflösung und Praxisabgabe (Praxisübertragung – Praxisveräußerung)

Rechtsanwalt Peter Ihle  
Steuerberater Helge C. Kiecksee  
15 – 19 Uhr  
Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminar Nr. 8  
Seminargebühr: 130 €

### 15. September

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“ für Stomatologische Schwestern, ZAH/ZFA  
Prof. Dr. Uwe Rother,  
Dr. Ralf Bonitz  
15 – 18 Uhr  
Trihotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103  
18055 Rostock  
Seminar Nr. 33

Seminargebühr: 40 €

### 17./18. September *16 Punkte*

Hypnosecurriculum (Z1-Z6)  
Z5 Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose II (NLP II)

Erlernen einer wirksamen Interventionsstruktur zur Modifikation von zahnärztlich relevanten psychosomatischen Störungen  
Dr. Wolfgang Kuwatsch  
17. September 14 – 20 Uhr,  
18. September 9 – 18 Uhr  
VCH-Hotel

Wilhelm-Holtz-Straße 5-8  
17489 Greifswald  
Seminar Nr. 4  
Seminargebühr: 385 €

### 18. September *8 Punkte*

Periimplantitis und Parodontitis – zwei Krankheiten, eine Ursache?

Prof. Dr. Reiner Mengel  
9 – 17 Uhr  
Trihotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103  
18055 Rostock  
Seminar Nr. 9  
Seminargebühr: 185 €

### 22. September

„PEP“ Tag –  
Probieren Erleben Profitieren  
Antje Kaltwasser  
14 – 18 Uhr  
Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin

Seminar Nr. 34  
Seminargebühr: 175 €

### 29. September *5 Punkte*

Strukturanomalien –  
Richtig erkennen – richtig behandeln

Dr. Leonore Kleeberg  
14 – 18 Uhr  
Radisson Blu Hotel  
Treptower Straße 1  
17033 Neubrandenburg  
Seminar Nr. 10  
Seminargebühr: 130 €

Das Referat Fortbildung ist unter Tel: 0385-59108-13 und Fax: 0385-59108-23 zu erreichen

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

### Bitte beachten Sie die Terminänderung

Das Seminar Nr. 38 „Erfolgreiches Konfliktmanagement im Praxisteam und im ganzen Leben“ mit dem Referenten Dipl.-Päd. Herbert Prange, geplant am 27. November 2010 in Rostock, wird auf den 11. Dezember verlegt.

Das Seminar findet am 11. Dezember von 9-16 Uhr im Trihotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103 in Rostock statt.

# Orientierungshilfe für zahnärztliche Honorierung

## Bayerische Landeszahnärztekammer hat Bayerische Tabelle 2010 neu aufgelegt

Die Bayerische Landeszahnärztekammer hat die Bayerische Tabelle überarbeitet und für das Jahr 2010 neu aufgelegt. Die Orientierungshilfe für die zahnärztliche Honorierung stellt die aktuellen vdek-Punktwerte Bayerns den GOZ-Gebührensätzen sowie – gegebenenfalls – den GOÄ-Sätzen und HOZ-Werten gegenüber. Die Tabelle kann ab sofort unter [www.blzk.de](http://www.blzk.de) heruntergeladen werden.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist seit ihrer Einführung 1988 unverändert geblieben – die Honorierung ist auf dem Stand von vor über 20 Jahren eingefroren. Die Bayerische Tabelle zeigt sehr anschaulich, dass Zahnärzte bei vielen Leistungen den 3,5-fachen Steigerungssatz verlangen müssen, um für vergleichbare Leistungen eine Vergütung zu erhalten, wie sie gesetzliche Krankenkassen im BEMA bezahlen. Sind Patienten, bei denen der Zahnarzt weniger für seine Leistung in Rechnung stellen darf,

„Patienten zweiter Klasse“? Dann wären in Zahnarztpraxen inzwischen oft die Privatpatienten, bei denen die GOZ Anwendung findet, „Patienten zweiter Klasse“!

Die Leistungsziffern und betriebswirtschaftlichen Werte der HOZ 2009 in der Bayerischen Tabelle 2010 verstehen sich als Mindestwerte, die es praxisindividuell anzupassen gilt. „Die Zahnärzte selbst müssen dafür sorgen, dass die HOZ in der Praxis gelebt wird“, sagt Christian Berger, Vizepräsident der BLZK und Initiator der Bayerischen Tabelle. Jeder Zahnarzt sei aufgefordert, gegebenenfalls mit seinem Steuerberater, seinen eigenen betriebswirtschaftlichen Minutenwert zu errechnen und die Mindestwerte entsprechend anzupassen.

### HOZ: Fachlich und wirtschaftlich transparent

Als Maßstab für eine GOZ-Novellierung hat die Bundesversammlung

der Bundeszahnärztekammer 2007 in großer Geschlossenheit die Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) verabschiedet. Darin beschreibt die Zahnärzteschaft fachlich und wirtschaftlich auf transparente Weise ihre Leistungen. Bereits seit 2005 gibt die BLZK den bayerischen Zahnärzten mit der Bayerischen Tabelle eine Orientierungshilfe für die Honorierung zahnärztlicher Leistungen an die Hand. Die Tabelle versteht sich als Hilfestellung für die Honorarfindung in der Praxis und erleichtert die rasche Orientierung bei der Vergütung zahnärztlicher Leistungen.

Die Bayerische Tabelle 2010 kann im Online-Shop der Bayerischen Landeszahnärztekammer unter [www.blzk.de/shop](http://www.blzk.de/shop) als PDF heruntergeladen werden. Eine Bestellung ist ebenfalls im Online-Shop oder per Fax unter 089 72480-272 gegen eine Schutzgebühr von drei Euro möglich.

BLZK

# Aktuelles Urteil zur Kostenerstattung

## Dentinadhäsive Kompositrestaurationen bei Beihilfeberechtigten in Mecklenburg-Vorpommern

Bei dentinadhäsiv befestigten Kompositrestaurationen handelt es sich um ein neu entwickeltes Therapiesystem, mit dessen Hilfe Zahnhartsubstanzdefekte fast naturgetreu wieder aufgebaut werden können. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der medizinischen Indikation, der Materialien, der Art der Verbindung zum Zahn, der klinischen Vorgehensweise sowie der Schwierigkeit und des Zeitbedarfs bei der Behandlung ganz erheblich von konventionellen Füllungen. Dies gilt sowohl für den Bereich der Schneidezähne, als auch für den Bereich der Molaren und Prämolaren.

Dentinadhäsive Restaurationen stellen eine neue selbstständige zahnärztliche Leistung dar, die erst nach Inkrafttreten der GOZ 88 zur Praxisreife gelangte. Keinesfalls sind sie nach § 2 Abs. 3 GOZ berechenbar, wie manche Abrechnungskünstler uns Glauben machen wollen. Einzige Ausnahme würde hier das Auswechseln intakter Amalgamfüllungen bilden, da dieses Auswechseln keine zahnmedizinisch



Vizepräsident Dipl.-Stom. Andreas Wegener

notwendige Leistung ist! Als zahnmedizinisch notwendige Leistung sind die dentinadhäsiv befestigten Kompositrestaurationen nach § 6 Abs. 2 GOZ analog berechenbar.

Welche Leistung der Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 6 Abs. 2 GOZ als gleichwertig erachtet, bleibt grundsätzlich sein Ermessen. Als mögliche Analogpositionen bieten

sich z. B. die Inlaypositionen 215 bis 217 GOZ an. Auch die Position der Goldhämmerfüllung (214 GOZ) kann als durchaus geeignet gelten.

Die analoge Berechnung schließt die Berechnung der Politur der Rekonstruktion mit ein. Die Füllung ist fachlich nur korrekt, wenn diese auch poliert wurde.

Die Rechtmäßigkeit der analogen Berechnung von dentinadhäsiven Kompositrestaurationen wurde nach zahlreichen Gutachten inzwischen auch obergerichtlich anerkannt. Bei Bedarf können entsprechende Urteile im GOZ-Referat abgefordert werden. Auch die Bundeszahnärztekammer, die Hochschullehrer für Zahnerhaltung sowie die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung befürworten die Analogberechnung.

Erfreulicherweise erkennen private Krankenversicherungen und Beihilfestellen aufgrund der eindeutigen Rechtsprechung die Analogberechnung mittlerweile an, erstatten diese Leistung allerdings oftmals nur mit

einem begrenzten Steigerungsfaktor unterschiedlicher Höhe. Bei den Beihilfestellen in Mecklenburg-Vorpommern war dies bisher der 1,5-fache Steigerungsfaktor bei den Analogziffern GOZ 215-217 mit dem Hinweis, dass dies nach behördlicher Ansicht für den Behandlungsaufwand ausreichend ist. Gegen diese Erstattungsbeschränkung hatte ein beihilfeberechtigter Landesbeamter gegen das Landesbesoldungsamt Mecklenburg-Vorpommern vor dem **Verwaltungsgericht Schwerin (Beschluss vom 8.1.10., Az 1 A 237/08)** geklagt und Recht bekommen. Aufgrund der bisher ergangenen öffentlichen Rechtsprechung sah das Gericht die Analogberechnung als zulässig an. Auch gegen Steigerungsfaktoren oberhalb 1,5 gab es keine rechtlichen Bedenken, da die Gebühr nicht über den vorgegebenen Schwellenwert (2,3) hinausging und somit keiner gesonderten Begründung bedurfte. Die Gebühr bewege sich mit dem Faktor 2,3 in dem durch § 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ vorgegebenen Rahmen (Faktor 1,0 bis 3,5). Die GOZ fordert erst bei Überschreitung des Schwellenwertes 2,3 eine gesonderte Begründung. Anhaltspunkte, dass der Zahnarzt das ihm eingeräumte Ermessen fehlerhaft ausgeübt hätte, seien nicht ersichtlich. Die Beihilfestelle wurde zur Zahlung der ausstehenden Kosten verpflichtet.

Auf Nachfrage beim Landesbesoldungsamt M-V in Neustrelitz, das für Landesbeamte in unserem Bundesland zuständig ist, wurde uns bestätigt, dass seit der o. g. Rechtsprechung die Begrenzung auf den 1,5-fachen Faktor bei der Kostenerstattung aufgehoben wurde. Faktorensteigerungen oberhalb 2,3 mit entsprechender Begründung sind auch bei der Analogberechnung der dentinadhäsiven Restaurationen möglich. Allerdings darf dann das dentinadhäsive Verfahren nicht Bemessungskriterium für die Schwellenwertüberschreitung 2,3 sein, da dies bereits in der analogen Leistungsbeschreibung enthalten ist. Eine patientenbezogene Behandlungsbesonderheit für die Begründung ist hier notwendig.

Bedauerlicherweise ist das Urteil nicht für alle Beihilfestellen in unserem Bundesland bindend. Entsprechende Anfragen haben wir auch an die Beihilfestellen, die für die kommunalen Beihilfeberechtigten in unserem Bundesland zuständig sind, gestartet. Die kommunalen Beihilfestellen erstaten weiterhin dentinadhäsive Restaurationen nur bis zum 1,5-fachen

Faktor. Sie sind nicht an die o. g. Einzelfallentscheidung gebunden. Erst eine höchstrichterliche Entscheidung (BGH-Urteil) hätte hier eine entsprechende Leitfunktion. Trotzdem hat sich die gerichtliche Entscheidung im GOZ-Referat bereits positiv bemerkbar gemacht, da Anfragen und Wünsche nach Stellungnahmen zu diesem Thema kaum noch anfallen. Ohne genauere Zahlen zu kennen, ist davon auszugehen, dass der größte Teil der Beihilfeberechtigten seine Kostenerstattung über das Landesbesoldungsamt Neustrelitz bekommt und somit Streitigkeiten zu dieser Thematik deutlich reduziert wurden.

Aufgrund gelegentlicher Nachfragen möchten wir noch mal darauf hinweisen, dass selbstverständlich auch weiterhin die Möglichkeit besteht, dentinadhäsive Restaurationen über die normalen Füllungspositionen (Ziffern 205 GOZ ff.) unter Ausnutzung des gesamten Gebührenrahmens oder ggf. einer Vereinbarung nach § 2 Abs.

1 und 2 GOZ (Faktor oberhalb 3,5) zu berechnen. Hier sollte der Behandler in jedem Fall betriebswirtschaftliche Überlegungen treffen. Der Zeitaufwand einer dentinadhäsiven Restauration in Mehrschichttechnik ist im Vergleich zu einer herkömmlichen Füllung nach den Ziffern 205 GOZ ff. je nach Größe des Defektes wesentlich höher. Durch den Einsatz kostenintensiver Bondings und Kompositmaterialien wird das Honorar der Ziffern 205 GOZ ff. bereits zu einem erheblichen Teil durch den Materialeinsatz aufgebraucht. Auch die Ausarbeitung der ausgehärteten Kunststoffoberflächen ist deutlich zeitaufwendiger als das Schneiden einer noch plastischen Amalgamoberfläche. Die Politur der Kompositrestauration in derselben Sitzung ist ebenfalls mit den Ziffern 205 GOZ ff. abgegolten (keine Berechnung der Politurpositionen 206 GOZ ff in derselben Sitzung möglich).

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

Anzeige



# Registrierverfahren in der restaurativen Zahnheilkunde

Im Zuge der prothetischen oder konservierenden Neuversorgung eines Patienten ist die Lagebestimmung des Unterkiefers zum Oberkiefer ein wichtiger Arbeitsschritt. Schon in der Planungsphase ist die Okklusionsanalyse im Artikulator eine sinnvolle Maßnahme zur Abschätzung vertikaler und horizontaler Relationen. Spätestens mit der Herstellung der Arbeitsmodelle und deren Übertragung in den Artikulator stellt sich für den Zahnarzt die Frage nach dem Registrierverfahren. Ungenauigkeiten oder Fehler während der Kieferrelationsbestimmung führen mitunter zu okklusalen Interferenzen der angefertigten Arbeit. Diese am Patienten zu beseitigen, kostet den Zahnarzt viel Zeit. Aus diesem Grund beschäftigt sich dieser Artikel mit dem aktuellen Stand der Kieferrelationsbestimmung, den verwendeten Materialien und deren Indikationen sowie möglichen Fehlerquellen. Auch die Indikation zur Verwendung eines Gesichtsbogens soll kurz angesprochen werden. Die genannten Verfahren werden den meisten Lesern bekannt sein.

Grundlagen des Artikels sind die Beiträge und Diskussionen des 41. Symposiums der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde in Eisenach mit den Themen „Stellenwert des Gesichtsbogens, Registrierungen, Kieferrelationsbestimmung“. Der Autor bezieht sich auf den funktionsgesunden Patienten. Registriertechniken zu funktionsdiagnostischen und funktionstherapeutischen Zwecken würden den gewählten Rahmen sprengen.

## Grundlagen

Die Lagebestimmung von Unterkiefer zu Oberkiefer erfolgt in einem dreidimensionalen Koordinatensystem. Definiert man den Oberkiefer als fixe Ebene, kann der Unterkiefer entsprechend den horizontalen, vertikalen und transversalen Achsen zugeordnet werden. Diese Lagebeziehung kann durch den Patienten entsprechend seiner Gewohnheit durch die habituelle Interkuspidation determiniert sein oder nach Auflösung von irritierenden Zahnkontakten in zentrischer Kondylenposition festgelegt werden. Untersuchungen haben gezeigt, dass diese beiden Unterkie-

ferlagen eher selten übereinstimmen. Meist weicht die Lage der Kondylen in Zentrik von der Lage in maximaler Interkuspidation um bis zu einem halben Millimeter ab. Ist die Kieferrelation durch eine ausreichende Verzahnung in den Stützzonen definiert und eine Okklusionsveränderung nicht geplant, würde sich der Behandler eher für die Registrierung der habituellen Okklusion entscheiden. Selbst bei einem reduzierten Restzahnbestand können die einzelnen okkludierenden Zahnpaare noch Hinweise auf die maximale Interkuspidation geben. Registrare in habitueller Okklusion sind mit einer Abweichung von 20 µm auch reproduzierbarer als Registrare der zentrischen Kondylenposition mit einer Abweichung von ca. 200 µm.

## Voraussetzungen

Der Prozess zur Herstellung von Zahnersatz ist eine systemabhängige Werkstoffkette. Bereits vor der Kieferrelationsbestimmung sind Arbeitsschritte nötig, in deren Verlauf es zu Fehlern kommen kann, die die Registrierung der Lage beider Kiefer zueinander unmöglich macht.

Bereits bei der Auswahl der Abformlöffel ist darauf zu achten, dass diese verwindungsstabil sind, der Kiefergröße entsprechen und mit einem dem Abformwerkstoff entsprechenden Adhäsiv versehen werden. Verarbeitungszeiten entsprechend den Herstellerangaben der Abformwerkstoffe sollten eingehalten werden, um Dimensionsveränderungen zu vermeiden. Abformungen des Unterkiefers sollten nicht bei weit geöffnetem Mund stattfinden, da es so eventuell zu einer klinisch relevanten Verwindung der Mandibula kommt, die in dieser Position im Abdruck fixiert ist. Eventuell können dementsprechend die Zahnreihen des Ober- und Unterkiefers nicht exakt aufeinander passen. Ablösungen des Silikons, Polyesters oder Alginates vom Löffel beim Entformen aus dem Mund bringen zwangsläufig Verziehungseffekte mit sich, da sich die Masse nicht exakt in den Löffel reponieren lässt. Rim-Lock Löffel bieten hier eine gute Sicherung gegen derartige Effekte. Sieht der Behandler in der Abformung durchgedrückte Zähne, ist gerade bei erhöhtem Lockerungsgrad von einer

Auslenkung dieser Zähne auszugehen. Resultat wären wieder nicht exakt zuordenbare Modelle, da „nur“ ein Zahn im Vorkontakt steht. Auch dem Gegenkiefer sollte entsprechende Beachtung geschenkt werden. Er ist für die Übertragung der korrekten okklusalen Beziehungen in den Artikulator ebenso wichtig wie der Arbeitskiefer. Deshalb sollten Alginatabformungen rasch ausgegossen werden und nicht zulange trocken aber auch nicht nass gelagert werden. Über die Löffelwand abstehendes Material würde entfernt werden, um Verwindungen bei der Lagerung oder beim Transport zu vermeiden.

Nach der Modellherstellung sollten Gipsperlen auf den Okklusalfächen sowohl des Arbeits- als auch des Gegenkiefers entfernt werden. Gerade bei der Verwendung von elastomeren Registratmaterialien soll das „negative“ Registrat in die „positive“ Fissur greifen, ohne zu federn. Aus diesem Grund sind die Zahnreihen vor der Abformung zu trocknen und gegebenenfalls mit einer kleinen Portion Abformmaterial vor dem Einbringen des Löffels zu bestreichen. Trotzdem ist eine Inspektion der Modelle ratsam, um eventuelle Gipsperlen erkennen und radieren zu können.

## Registrierung der maximalen Interkuspidation

### Okklusaler Checkbiss

Die Indikation zur Registrierung der Bisslage in maximaler Interkuspidation mit Hilfe von Checkbissen kann bei Einzelzahnversorgungen wie Inlays, Teilkronen, Kronen aber auch bei festsitzendem Zahnersatz bestehen. Voraussetzungen sind stabile Höcker-Fossa-Kontakte und das Vorhandensein von ausreichenden Stützzonen.

Wird zum Beispiel in einem vollbezahnten Gebiss mit einer sicheren Okklusion der Zahn 46 mit einer Metallkeramikkrone versorgt, stellt sich die Frage, ob überhaupt ein Registrat nötig ist. Jedes Material bringt im Artikulator eine leichte Bisserrhöhung mit sich. Somit ist das gewohnheitsmäßige Nehmen eines Checkbisses bei Einzelzahnrestaurationen kritisch zu reflektieren.

Als Registratmaterial zum Einarbeiten von Situationsmodellen

bieten sich erwärmte Wachsplatten an. Dieses Material sollte aufgrund reduzierter Formstabilität für die definitive Arbeit jedoch nicht verwendet werden.

Muss ein Zwischenbiss genommen werden, bieten A-Silikone mit einer hohen Shore A-Härte gute physikalische Eigenschaften zur Sicherung der Kieferrelation. Nach der Entnahme aus dem Munde des Patienten ist es sehr wichtig, Abformungen tiefer Fissuren, interdentaler Einziehungen und unter sich gehender Bereiche rigoros zurückzuschneiden. Wird dies auch vom Zahntechniker unterlassen, kann das Registrat nicht ruhig auf dem Modell liegen und wird immer federn. Auch Kunststoffe kommen als Materialien für Checkbisse in Frage. Dabei sind konventionelle Kaltpolymerisate von lighthärtenden Composites zu unterscheiden. Vorteile sind hier in der einfacheren Fräsbarkeit zu sehen. Bei Kaltpolymerisaten ist darauf zu achten, dass sie für die intraorale Anwen-

dung zugelassen sind. Gipsschlüssel sollten nicht mehr verwendet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das beste Registrat kein Registrat ist.

Ist noch eine umfangreiche Restbeziehung vorhanden, bietet sich die Aufnahme eines Okklusionsprotokoll an. Der Zahnarzt überprüft



Abb. 1-3: Über die Löffelfassung hinausquellende Abformmasse kann bei der Lagerung zu Ablösungen und Verziehungen führen. Das Zurückschneiden des Materials sichert die Dimensionsstabilität.



Abb. 4 und 5: Molar eines Gegenkiefers vor und nach Radierung der Gipsperlen.



Abb. 6-8: Wachsregistrat; Silikonregistrat vor und nach Zurückschneiden schwer zu reponierender Bereiche



Abb. 9 und 10: Teilregistrat aus Beauty-Pink-Wachs/Futar-Occlusion mit Erfassung der präparierten Stümpfe und auf dem Meistermodell



Abb. 11-13: Zurückgeschnittenes Teilregistrat mit Kontrolle der Passung auf dem Meistermodell

jedes okkludierende Zahnpaar mit Shimstock Folie und die Assistenz notiert die vorhandenen Kontakte. Diese Information wird dem Techniker übergeben und er radiert die Gipsmodelle, bis die klinischen Verhältnisse im Artikulator wiedergegeben werden.

**Dental gestützte Teilregistrare**

Vor allem bei der Anfertigung von mehreren Kronen oder einzelnen Brücken im Seitenzahnggebiet kann es zum Verlust von ein oder zwei Stützzonen

kommen. Oft gibt die Restbeziehung jedoch immer noch die maximale Interkuspitation vor. In solchen Fällen ist es sinnvoll, mit Teilregistralen zu arbeiten. Auch wenn festsitzender mit abnehmbarem Zahnersatz kombiniert wird, ist in der Regel bereits für den festsitzenden Teil eine provisorische Kieferrelationsbestimmung indiziert.

Prinzipiell kann auch in diesen Fällen die Bestimmung der horizontalen und vertikalen Relationen über einen Checkbiss erfolgen. Günstiger ist es

jedoch, nur über die präparierten Zähne ein rein dental abgestütztes Teilregistrat zu nehmen. So vermeidet man die Bisserrhöhung, die beispielsweise ein Silikoncheckbiss über den gesamten Kiefer mit sich bringen würde. Trägermaterial für ein Teilregistrat ist beispielsweise Beauty Pink Hartwachs. Bei Raumtemperatur ist es hart und spröde und somit sehr dimensionsstabil. Löst der Behandler zum Beispiel durch Präparation zweier Seitenzähne zur Aufnahme einer Brücke die Stützzonen in diesem Bereich auf, sollte mit einem partiellen Registrat



Abb. 14 und 15: Zirkoniumdioxid-Brückengerüst ohne und mit Nachregistrierung



Abb. 16 und 17: Die auf einem Situationsmodell hergestellte Basisplatte (Abb.16) passt schon aufgrund der unterschiedlichen Modellextension nicht auf dem Meistermodell (Abb.17)

Abb. 18-21: Die Registrierschablone aus lichthärtendem Laborkomposite und Wachswall liegt der Schleimhaut auf und stützt sich auf den Zähnen 43 und 44 sowie auf dem Implantat regio 33 ab. Es wurde mit einer ZnO-Eugenolpaste nachregistriert. Abb. 20 zeigt die Schablone von basal mit dem einpolymerisierten Retentionszapfen.



Abb. 22-24: Zentrikregistrare aus Hartwachs mit Silikon, sowie aus lichthärtendem Laborkunststoff mit Temp Bond und Aluwachs



Abb. 25: Arbiträrer Gesichtsbogen mit einartikuliertem Oberkiefermodell



gearbeitet werden. Der Patient wird während der Registrierung gebeten, die Kiefer in habitueller Okklusion zu schließen. Die präparierten Stümpfe greifen dabei in die vorgeformte und erwärmte Wachsplatte. Für den Patienten ist die Information wichtig, dass er bis zu den ersten Zahnkontakten schließen soll. Presst er zu kräftig, kann dies zur Kompression eines Kiefergelenkes führen und somit den Erfolg der Relationsbestimmung gefährden. Gegebenenfalls kann dieser Träger noch mit Silikonen oder ZnO-pasten verfeinert werden. Vor dem Aufbringen des Silikons wird etwas Adhäsiv auf das Wachs gegeben und sehr dünn ausgestrichen, anschließend das Registratmaterial aufgebracht und wieder in den Mund des Patienten gegeben.

Auch in diesem Fall müssen fein abgeformte Fissuren zurückgeschnitten werden, um die Passung des Registrates auf den Modellen überprüfen zu können.

Ist die Einprobe des Gerüsts einer vollverblendeten Brücke vorgesehen, bietet es sich an, das Gerüst als Träger für eine Nachregistrierung zu verwenden. Im folgenden Beispiel wurde über das Zirkonoxidgerüst ein Checkbiss mit einem Kaltpolymerisat genommen. Eventuell lässt sich dieser Arbeitsschritt mit einer Verblendabformung kombinieren. Wichtig ist jedoch, dass dem Zahntechniker bereits vor der Herstellung des Brückengerüsts die horizontalen und vertikalen Kieferrelationen bekannt sind. Nur so kann er das Gerüst „höckerunterstützend“ modellieren, um eine gleichmäßige Schichtstärke der Verblendkeramik zu gewährleisten.

#### **Mukosal gelagerte Teilregistrare**

Schleimhautgelagerte Registriererschablonen mit Wachswällen werden auf Gipsmodellen hergestellt. Gips ist im Gegensatz zur resilienten Schleimhaut starr. Die Mukosa wird unterschiedlich durchblutet, Falten verändern sich, die Abformung stellt somit immer nur eine Momentaufnahme der weichgeweblichen Verhältnisse dar. Aus diesem Grund können Registriererschablonen nur auf dem Modell exakt passen, auf dem sie gefertigt wurden. Zusätzlich zur Schleimhautlagerung kann die Restbeziehung über eine kragenähnliche Gestaltung der Basisplatte als Abstützung bzw. zur Stabilisierung hinzugezogen werden.

Aber auch inserierte Implantate können als Retentionselemente für

Schablonen herangezogen werden. Zum Beispiel können Abformpfosten in die Basisplatte einpolymerisiert und die Registrerschablone anschließend auf den Kiefer aufgeschraubt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Schablone nicht durch verschiedene Anzugsmomente auf der kontralateralen Seite wieder von der Schleimhaut abgelöst wird, sondern immer noch ruhig aufliegt. Aber auch vorgefertigte Kunststoffzapfen dienen der Verankerung im Implantat.

Unabhängig von der Art der Kieferrelationsbestimmung bietet es sich nach Desinfektion der Schablone an, Arbeitsmodell und Gegenkiefer auf Passfähigkeit des Registrates zu überprüfen. Ungetrimmte Gipsanteile verhindern mitunter eine eindeutige Reposition. Auch erhält man hier bereits Hinweise auf Dimensionsungenauigkeiten der Modelle.

#### **Registrierung der zentrischen Kondylenposition Handgeführtes Zentrikregistrat**

Ist die horizontale und vertikale Relation beider Kiefer zueinander verloren gegangen, oder soll neu bestimmt werden, besteht die Indikation zur Registrierung der zentrischen Kondylenposition. Unter dieser Position versteht man per definitionem die „kranio-ventrale, nicht seitenverschobene Position beider Kondylen bei physiologischer Kondylus-Diskus-Relation und physiologischer Belastung der beteiligten Gewebestrukturen“. Als Behandler steht man vor der Frage, wo diese Position denn nun sei. Letztlich gibt es keine Möglichkeit, in das Kiefergelenk hineinzuschauen. Diese Unsicherheit spiegelt sich auch in der nicht immer exakt reproduzierbaren Position wieder, in der schließlich beide Kiefer verschlüsselt werden.

Trägermaterialien für handgeführte, bissperrende Zentrikregistrare sind Hartwachse und Laborkunststoffe. Hartwachse sind anfälliger gegenüber einem unachtsamen Transport, Kunststoffplatten schrumpfen bei der Polymerisation, deshalb muss mit ihnen nachregistriert werden. Die Feinjustierung erfolgt entweder über Registratersilikone, ZnO-Eugenolpasten oder Aluwachs.

Ist die Verwendung eines Zentrikregistrates geplant, sollte vor dem Einartikulieren beider Kiefer eine Gesichtsbogenübertragung stattgefunden haben. Es ist darauf zu achten, dass die Trägerplatten den Biss nicht zu sehr sperren, um von einer reinen

Rotationsbewegung beider Kiefergelenke ausgehen zu können. Ist das Registrat zu dick, kommt es zusätzlich zu einer Translation der Gelenkköpfechen, was mit der Gesichtsbogenübertragung nicht erfasst werden kann und Dimensionsfehler nach sich ziehen würde. Trotzdem müssen die Platten eine ausreichende Stärke vorweisen, um verwindungsstabil zu sein. Auch Zahnkontakte, die den Patienten in einen Zwangsbiss führen würden, müssen unterbunden werden. Dies geschieht am besten durch den Aufbau eines anterioren Jiggs, einem Wachsbänkchen auf der Platte, das nur Einbisse der UK-Frontzähne erlaubt.

Auch für Patienten mit weitgehend erhaltener Restbeziehung stehen mechanische oder elektronische Stützstiftbestecke zur Aufzeichnung von Pfeilwinkelregistraten zur Verfügung. Der Aufwand ihres Einsatzes beim funktionsgesunden Patienten sollte jedoch kritisch geprüft werden.

Ein Sonderfall der Registrierung in zentrischer Kondylenposition stellt die horizontale Kieferrelationsbestimmung beim zahnlosen Patienten dar. Sie erfolgt entweder über die „Handbissnahme“ in einfachen Fällen oder die Aufzeichnung eines Pfeilwinkelregistrates bei Vorliegen unklarer Relationsverhältnisse. Vorteil des Stützstiftbesteckes ist der gleichmäßige Druck, mit dem die Schablonen auf die Kieferkämme gepresst werden. Es kann nicht, wie bei der Handbissnahme möglich, zum unbemerkten Abhebeln der Wachswälle vom zahnlosen Kiefer kommen. Ein weiterer Vorteil ist der verminderte Nachsorgeaufwand nach Fertigstellung der Prothesen. Okklusale Korrekturen scheinen in geringerem Maße nötig zu sein.

#### **Zur Verwendung arbiträrer Gesichtsbögen**

Die Aufgabe des Gesichtsbogens ist die Übertragung der Lage eines Kiefers zum Rotationszentrum des Kiefergelenkes. Dies kann entweder arbiträr, also unter Zuhilfenahme von Mittelwerten, oder individuell erfolgen. Beim gebräuchlichen arbiträren Gesichtsbogen wird davon ausgegangen, dass der Abstand zwischen Gehörgang und Zentrum des Kiefergelenkes relativ konstant bei 12mm auf der Linie zwischen Tragus und lateralem Lidwinkel liegt. Es wird also eigentlich die Lage des Oberkiefers zum Gehörgang abgegriffen. Über die erwähnten 12mm gelangt man zur Beziehung zwischen Oberkiefer und

Scharnierachse des Kiefergelenkes.

Wurde ohne Gesichtsbogen mittelwertig einartikuliert, stimmen die Lagebeziehungen beider Kiefer zueinander im Artikulator nur so lange mit der Situation im Patientenmund überein, wie es nicht zu einer Veränderung der vertikalen Dimension kommt. Da in diesem Fall die Rotationsachsen beider Systeme nicht identisch sind, würde es zu einem veränderten Okklusionsmuster kommen. Die Indikation zur Verwendung eines Gesichtsbogens besteht somit vor allem bei Arbeiten, in deren Verlauf mit einer Veränderung der vertikalen Dimension zu rechnen ist. Dies ist vor allem in der Total- und Teilprothetik der Fall. Wird jedoch zum Beispiel eine einzelne Seitenzahnbrücke angefertigt, ohne Veränderung der okklusalen Verhältnisse, sind eventuell auftretende Vorkontakte der Restauration nicht auf eine fehlende Gesichtsbogenübertragung zurückzuführen. In diesem

Fall können zwar die Scharnierachsen beider Systeme abweichen, die Lagebeziehung beider Kiefer in maximaler Interkuspidation sollte jedoch deckungsgleich sein. Der Fehler ist in diesem Fall eher in den Abformungen, den Modellen, der Kieferrelationsbestimmung, dem Einartikulieren oder den Wanderungen der Stümpfe während des Tragens der Provisorien zu suchen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Gesichtsbogenübertragung bei geplanten Veränderungen der vertikalen Dimension, bei starken Abweichungen des Patienten von der Norm und bei sehr umfangreichen prothetischen Arbeiten stattfinden sollte. Der Gesichtsbogen ist nicht Garant für eine okklusal einwandfrei passende Restauration.

#### Zusammenfassung

Bei der Herstellung von Zahnersatz

oder Kronen haben viele Faktoren einen Einfluss auf die Passgenauigkeit der Restauration. In Bezug auf okklusale Interferenzen sollte der Abformung beider Kiefer und der Herstellung einwandfreier Modelle größte Aufmerksamkeit zukommen.

Auch die Kieferrelationsbestimmung als korrekte Übertragung der Patientensituation in den Artikulator ist ein wichtiger Schritt während der Anfertigung von Zahnersatz. Die Gesichtsbogenübertragung hat ihren Stellenwert, liegt jedoch hinter den zuvor genannten Faktoren im Einfluss zurück. Wichtiger ist es, während der gesamten Behandlung in ein und demselben Artikulator zu arbeiten und mit der entsprechenden Technik vertraut zu sein.

ZA Stephan Jacoby

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik  
Universitätsklinikum der TU Dresden

## Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen

Gemeinsames Seminar mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank zum Zahnärzteball am 27. November von 14 bis 17 Uhr



Professor Dr. jur. Vlado Bicanski ist der Referent des gemeinsamen Seminars

Die Einkommensteuer schöpft auch 2010 inklusive Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer immer noch fast 50 Prozent Ihres Gewinnes ab. Reich im Alter oder reicht's im Alter? Das „Alterseinkünftegesetz“ verringert die Altersrente des Zahnarztes durch drastische Erhöhung der Besteuerung – mit gesetzlich

festgeschriebener Erhöhungstendenz. Dadurch zwingt die Politik den Freiberufler, nicht zuletzt seit der dramatischen Finanzmarktkrise 2009, eine eigene Existenz- und Alterssicherung aufzubauen. Chancen sind da und müssen mit Sachkenntnis ergriffen werden. Das gilt für den Praxisbereich ebenso wie für die private Lebensführung und die Vermögensanlage.

Vorsorge ist unentbehrlich. Das Seminar zeigt mit neutraler Information intelligente Lösungen auf. Der Referent des Seminars wird Ihre Phantasie anregen, Möglichkeiten einer (auch steuerlich gestaltenden) Liquiditäts- und Vermögensmehrung zu ergreifen. Gleichzeitig warnt er jedoch vor „falschen Propheten“. Das Seminar wird einen finanziellen Gewinn für jeden Zuhörer bringen – garantiert! Jeder Hörer ist nach dem Seminar gerüstet, mit seinem persönlichen steuerlichen und rechtlichen Berater die richtigen Gestaltungen zu wählen.

#### Die Themenschwerpunkte

- Die richtige Steuerstrategie 2010
- Abschreibungserleichterungen für die Steuererklärung 2009 nutzen
- Abgeltungssteuer: Verluste nutzen bis ins Jahr 2013
- Geld verdienen mit der richtigen Finanzierung
- Die Erbschaftsteuerreform 2009 eröffnet Chancen
- Steuersparende „Beteiligung“ von Ehegatten, Partnern und Kindern am Gewinn der Praxis
- Einkünfte verlagern in der Familie
- Arbeits-, Miet- und Darlehensverträge mit Ehegatten und Kindern
- Schenkung der Praxisimmobilie an nahe Angehörige und Rückvermietung
- Verkaufen statt verschenken – eine intelligente Alternative im Familienverbund
- Die „Denkmalgeschützte Immobilie“: steuerfinanzierte Gestaltung bei Eigennutzung.

KZV

# Qualitätsmanagement? Qualitätssicherung?

## Gesetzgeber will Praxen an Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen

Arzt- und Zahnarztpraxen sind nicht nur gesetzlich verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu installieren und fortzuentwickeln, sie sollen sich auch an einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen. Was ähnlich klingt, ist trotzdem unterschiedlich. Während das Qualitätsmanagement nur die eigene Praxis tangiert, also intern wirkt, sind Qualitätssicherungsmaßnahmen praxisübergreifend ausgerichtet. Im Fokus soll hier die Qualität der ärztlichen und somit auch der zahnärztlichen Arbeit insgesamt stehen.

Entsprechende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland gibt es seit Mitte April. Inhaltlich sind diese insbesondere für den zahnärztlichen Bereich noch nicht konkretisiert worden. Die themenspezifischen Regelungen fehlen noch und damit sind auch die so genannten Qualitätsindikatoren für den zahnärztlichen Fachbereich noch völlig unklar. Nach Auskunft des Vorsitzenden des Vorstands der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, einziger zahnärztlicher Vertreter im G-BA, wird es allerdings

zu keiner Installierung eines „Qualitätstribunals“ kommen. Doch eines ist bereits jetzt klar: Es wird zu einer gigantischen Datensammlung nicht nur über die KVs kommen. Diese müssen in den Körperschaften anonymisiert und aufbereitet, weitergeleitet und ausgewertet werden, damit sie schlussendlich noch genau zu definierenden Vergleichen standhalten. Zur Erfüllung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben sind in den einzelnen Bundesländern Landesarbeitsgemeinschaften zu etablieren, in denen entsprechende Fachkommissionen zu bilden sind, die als gemeinsames Ziel die Verbesserung der Ergebnisqualität formulieren. Mögliche Konsequenzen, wie Beratung über Zwangsfortbildung bis zur Honorarminderung stehen bereits im Raum. Vor allem aber bedeutet dies alles einen gewaltigen zusätzlichen Bürokratieaufwand – mal wieder.

Ob dieser Aufwand dem zu erwartenden Nutzen adäquat entspricht, dürfte zumindest zweifelhaft sein. Denn qualitativ hochwertige Versorgung lässt sich selten an bloßen Zahlenreihen ablesen. Die Vorschläge des G-BA gehen in diesem Fall – und das ist neu und positiv – sogar dem Bundesgesundheitsministerium zu weit. Es verlangt nähere Informationen zum geplanten Datenfluss und abschließende Prüfungen für

den Datenschutz. Bis dahin sind das Verfahren und alle Fristen erst einmal unterbrochen. Die gesetzlich vorgegebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind aber keinesfalls vom Tisch, sondern nur aufgeschoben. Besonders problematisch ist es zum jetzigen Zeitpunkt, die Zahnärzteschaft über ihre KZVs bereits in die Landesarbeitsgemeinschaften einzubinden, ohne dass klare Vorstellungen für Zahnärzte vorliegen. Hier gehen insbesondere die KVs und die Krankenhausgesellschaften in einer Weise vor, die vermuten lässt, dass diese Gesetzesvorgabe durchaus auch für andere Zwecke als dem vorgegebenen genutzt werden soll. Nicht ohne Folgen ist sicherlich die Nutzung der eigenen Position einiger Krankenhausgesellschaften in Rankinglisten großer Illustrierter geblieben, um diese dann werbewirksam nutzen zu können. Aber es ist von immenser Wichtigkeit, hier auf Qualitätskriterien zurückzugreifen, die letztlich ausschließlich dem allumfassenden Versorgungsniveau der Patienten zugute kommen. Es sollte also mit Augenmaß und Umsicht eine im wahrsten Sinne des Wortes ganzheitliche sektorenübergreifende Betrachtung des Krankheitsfalles, also des Patienten, das Ziel sein und die Zahnheilkunde wäre das, was sie ist, ein Fachgebiet innerhalb der Humanmedizin. **KZV**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Für die Zahnärzte sitzt Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Einfluss der Zahnärzte ist da, aber bei weitem nicht groß genug, um Entscheidungen zu forcieren.





# Zahnmedizinische Prävention im Berufsalltag

## Fortbildungsveranstaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rostock

Auf Initiative von Dr. Britt Schremmer, Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes des Rostocker Gesundheitsamtes, wurde in der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Zahnmedizinische Prävention im beruflichen Alltag“ durchgeführt. Hierzu waren alle niedergelassenen Zahnärzte, Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie interessierte Kollegen und Studenten der Universität eingeladen. Die Teilnehmer wurden von Organisatorin Dr. Schremmer, dem kommissarischen Amtsleiter des Gesundheitsamtes Rostock Dr. Markus Schwarz und von Prof. Dr. Rosemarie Grabowski als Vertreterin der Universität begrüßt.



Interessante Vorträge standen auf dem Programm.

Foto: privat

### Vier interessante Vorträge

Dr. Sebastian Zingler vom Universitätsklinikum Heidelberg referierte zum Thema „Die Prävention von Demineralisationen bei Kindern mit festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen“. Dr. Zingler erläuterte in seinem Vortrag das erhöhte Risiko für Demineralisationen bei Multiband-Patienten. Retentionsstellen (Bänder, Brackets, Bögen) können zu einer Behinderung der natürlichen und manuellen Zahnreinigung führen. Demineralisationen finden sich besonders häufig im zervikalen und mittleren Drittel der Vestibularflächen von OK-Frontzähnen und UK-Eckzähnen sowie an Prämolaren.

Vermehrt tritt Plaqueakkumulation auf in der Bracketzirkumferenz, in der Approximalraumregion und in der Gingivalsaumregion. Bereits nach einem Monat können Demineralisationen an Retentionsstellen entstehen. Die White-Spot-Läsionen (WLS) sind häufig irreversible. Deshalb ist es wichtig, Multibracket-Zeiten von 15 bis 18 Monaten nicht zu überschreiten.

Dr. Zingler erarbeitete in seinem Vortrag Präventionsstrategien für MB-Patienten. Dazu zählen die Aufklärung des Patienten, eine risikoabhängige Prävention, eine korrekte Arbeitssystematik, mechanische Barrieren, die mechanische und die chemische Plaquekontrolle. Zu den mechanischen Barrieren ging der Referent ausführlich auf die Glattflächenversiegelung und die Bracketumfeldversiegelung ein, bei der keine Säurekonditionierung notwendig ist. Für die korrekte Arbeitssystematik zeichnen die Behandler verantwortlich. Kompositüberschüsse oder -unterschüsse und schlecht adaptierte Bänder (Zementauswaschungen) müssen unbedingt vermieden werden.

Neben der Patientenaufklärung und Instruktion hat sich die Verwendung von Lacken (Fluorid und Chlorhexidin) als vorteilhaft erwiesen, da sie eine länger anhaltende Wirkung zeigen als Gel und Spülungen und gezielter in Problemzonen applizierbar sind. Für die tägliche Mundhygiene der Patienten sind zu empfehlen elmex<sup>®</sup> Zahnpasta und elmex<sup>®</sup> Karieschutz Zahnpflege. Wenn Gingivitis vorhanden ist, sollten meridol<sup>®</sup> Zahnpasta und meridol<sup>®</sup> Mundspülung täglich angewendet werden.

Nach einer Mittagspause und dem regen Erfahrungsaustausch der Anwesenden sprach Prof. Susanne Kneist vom Universitätsklinikum Jena zum Thema „Frühkindliche Karies“. Als Mikrobiologin ging sie auf den „Bakterienrasen“ ein und erläuterte dessen Entstehung. Heute spricht man von der „erweiterten ökologischen Plaquehypothese“.

Sie erörterte das Ursachengefüge Parameter und Bewertungen, so z. B. dass einige Mütter noch heute der Auffassung sind, dass Karies vererbbar sei. Haben Mütter einen hohen Anteil an infektiösen Keimen im Speichel, so werden diese auf ihre Kinder übertragen. „Mütter sollen ihre Kinder küssen und umarmen“, plädierte die Referentin, „aber ihre eigenen Zähne gründlich mit fluoridhaltigen Zahnpflegemitteln putzen und pflegen.“

Sie wies darauf hin, dass bei geringerer Schulbildung der Mütter der dmf-t Wert ihrer Kinder häufig schlechter ist. Finden sich hohe Laktobazillenzahlen bei zweibis siebenjährigen Kindern, steigt auch die Behandlungsbedürftigkeit an.

Prof. Kneist unterstrich die bedeutende Rolle der Eltern für eine zahngesunde Entwicklung ihrer Kinder. Die regelmäßige Kontrolle des Zähneputzens der Kinder, das Putzen der Zähne der eigenen Kinder durch die Eltern und die Vermittlung einer Systematik beim Zähneputzen sind unumgänglich. Untersuchungen ergaben, dass Mütter, die werktätig sind, öfter die Zahnreinigung ihrer Kinder kontrollieren. Wer frühkindliche Karies hat, hat auch mehr Karies im bleibenden Gebiss. Publikationen weltweit bestätigen diesen Zusammenhang.

Interessant waren die Ausführungen zur Plastiknuckelflasche, die im Durchschnitt von zahngesunden Kindern 2,2 Stunden und von Kindern mit frühkindlicher Karies 8,3 Stunden täglich genutzt werden.

Im Frühkindalter ist es wichtig, dass Zahnärzte, Prophylaxepersonal, aber auch Kinderärzte und Hebamme Hinweise zur Zahnpflege geben. Prof. Kneist plädierte für einen Zahnputzkalender für Kinder. Auf regelmäßiges und systematisches Zähneputzen bei Kindern muss geachtet werden.

Den nächsten Vortrag hielt Prof. Grabowski zum Thema „Funktionelle Ursachen von kieferorthopädischen Anomalien und deren Zusammenhang mit der Zahngesundheit“.

Eine Zahnfehlstellung ist häufig das sichtbare Bild vielschichtiger Funktionsstörungen. In ihrem Vortrag ging sie dann auf aktive und passive Funktionsstörungen ein. Pro Kind finden sich durchschnittlich 2,1 Fehlfunktionen. Im

Milchgebiss kommen über 60 Prozent Störungen der mundmotorischen Entwicklung vor. Langanhaltende Lutsch- und falsche Trinkgewohnheiten bewirken eine funktionelle Retardierung.

Prof. Grabowski stellte fest, dass sich in der Zahnmedizin bereits der Begriff „Karies-Risikokind“ etabliert hat, jedoch sollte auch der Begriff „kieferorthopädisches Risikokind“ eingeführt werden. Von einem kieferorthopädischen Risikokind sollte gesprochen werden, wenn entweder eine statische Fehlfunktion und eine Okklusionsstörung oder wenn zwei Okklusionsstörungen vorliegen.

Prof. Grabowski verlangte eindrucksvoll eine kieferorthopädische Frühbehandlung. Das sei keine Bagatellbehandlung, sondern eine anspruchsvolle Therapie, die ein vorausschauendes Erkennen sich anbahnender Fehlentwicklungen erfordert.

Wegen der fortgeschrittenen Zeit referierte Frau Dr. Vanëssa de Moura Sieber von der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der GABA GmbH, die diese wissenschaftliche Veranstaltung unterstützte, noch vor der geplanten Kaffeepause zum Thema „Intensivfluoridie-

rungsmaßnahmen up date“.

Zunächst ging sie leidenschaftlich auf die Firmengeschichte GABA GmbH ein. Danach machte sie deutlich, dass heute eine Kariesprophylaxe ohne Fluoride nahezu undenkbar ist. Um Unsicherheiten innerhalb der Bevölkerung zu vermeiden, ist es wichtig, den richtigen Wortschatz zu benutzen, also nicht von Fluor, sondern von Fluoridverbindungen zu sprechen. Durch die Anwesenheit von Fluorid am Zahn wird der kritische pH-Wert für die Remineralisation abgesenkt.

Dr. de Moura Sieber referierte über die verschiedenen Fluoridierungsmaßnahmen und ging auch auf die Vorteile von Aminfluorid ein. Sie forderte, vor jeder Fluoridempfehlung in der Individualprophylaxe eine detaillierte Fluoridanamnese zu erheben und dann einen individuellen Fluoridfahrplan zu erstellen.

Aktuelle Marktforschungen zu empfohlenen Fluoridierungsmaßnahmen haben ergeben, so Dr. de Moura Sieber, dass nur für 3,5 Prozent der Patienten die wöchentliche Anwendung von Fluoridgelee empfohlen wird. Nur zehn Prozent aller Erreichten werden im Rahmen der Gruppenprophylaxe intensiv fluoridiert (DAJ

INFOS Spezial 2/2008, Jahresauswertung 2006/2007). Wenn Prophylaxeprogramme eingespart oder eingestellt werden, steigt die Kariesprävalenz wieder. Diese Tendenz wird in Ländern wie Schweiz und Niederlande beobachtet.

Dr. de Moura Sieber endete mit dem Appell, dass alle Möglichkeiten in der Individual- und Gruppenprophylaxe ausgeschöpft werden müssen, insbesondere die Anwendung von Intensivfluoridierungsmitteln, um die Zahngesundheit weiter zu fördern.

Für alle Referenten war das rege Echo auf ihre Ausführungen in der Diskussion erfreulich. Die praxisbezogene Auswahl der Referate sorgte für eine gute Resonanz aller Anwesenden. Der fachliche Austausch von Vertretern der Universität, von niedergelassenen Zahnärzten und den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist im Sinne der Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit von großer Bedeutung und sollte kontinuierlich fortgesetzt werden.

**Dr. Gabriele Stöhring**  
Zahnärztlicher Dienst Gesundheitsamt  
Am Packhof 2-6  
19053 Schwerin

## Stipendiumspreis ging nach Greifswald

Zahnmedizinstudentin aus dem Norden durch Pierre Fauchard Akademie geehrt



Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer (l.) und Oberarzt Dr. Alexander Welk übergaben den Preis an Beate Roderer.

Foto: Universität Greifswald

Pierre Fauchard (1678-1761 Paris) war ein bedeutender französischer Zahnarzt, der mit seinem zweibändigen Lehrbuch „Le chirurgien dentiste“ (1728) die Zahnmedizin erstmalig auf wissenschaftlicher Grundlage beschrieb. Ganz in seinem Sinne vergibt die Stiftung der Pierre Fauchard Akademie, deren Geschäftsstelle ihren Sitz in Las Vegas, USA, hat, weltweit neben der Förderung von wissenschaftlichen Projekten auch Stipendien für hervorragende Studenten. Neben ihren überdurchschnittlichen Leistungen im Studium der Zahnmedizin war das Engagement von Studentin Beate Roderer in der Greifswalder Fachschaft bzw. bei den Bundesfachschaftstagen ausschlaggebend für die Preisvergabe.

Gerne übergaben der geschäftsführende Direktor der Zahnklinik Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer und Oberarzt Dr. Alexander Welk als Vertreter der klinischen Kursleiter im Namen der Stiftung den Preis an Beate Roderer.

Ihre Freude war groß, da sie das Stipendium gut für die Absolvierung ihres kommenden Wintersemesters an der Universität in New Castle/England verwenden kann.

**OA Dr. Alexander Welk,**  
Universität Greifswald

# Aktuelle Entwicklungen in der zahnärztlichen Radiologie und Implantologie – 2D versus 3D

## 15. Greifswalder Fachsymposium

Zum traditionellen Greifswalder Fachsymposium am 26. Juni im Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg konnte Prof. Dr. Wolfgang Sümnick in diesem Jahr bereits zum 15. Mal im Beisein von Dr. Dietmar Oesterreich fast 200 zahnärztliche Fachkolleginnen und -kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern und anderen Bundesländern begrüßen.

Neben den über 20 Ausstellern der dentalen Industrie zeichnete sich diese Veranstaltung wiederum durch ihre hochkarätigen und praxisorientierten Referenten aus, die viele Themen anhand zahlreicher Patientenfälle anschaulich darstellten.

Prof. Dr. Dr. Hans-Robert Metelmann (Greifswald) eröffnete als Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie das diesjährige Fachsymposium.

Im Anschluss sprach Prof. Sümnick selbst zum Thema „Quo vadis – Implantologie – Vom Blattimplantat zur navigierten Implantation“. Hier erhielt das Auditorium einen ausgezeichneten Überblick über die Entwicklung der Implantologie im Laufe der letzten fünf Jahrzehnte. Es ging von der subperiostalen Implantation zur geschlossenen transdentalen Implantation über das Leipziger Blattimplantat bis hin zu der heutigen offenen enossalen Implantation. Darüber hinaus wurde dem Zuhörer der Stellenwert der Implantologie in der heutigen Zeit verdeutlicht.

Den nächsten Vortrag hielt Prof. Dr. Dr. Stefan Haßfeld (Dortmund). Er referierte über die Differentialindikation der modernen 3D-Diagnostik sowie über die Vor- und Nachteile der CT-Verfahren. Eingangs sprach er über die Komplikationen in der Implantologie und deren mögliche Folgen. Durch eine 3D-Planung in der Implantologie erhält man eine gute präoperative Visualisierung aus chirurgischer und prothetischer Sicht. Hieraus ergibt sich eine optimale perioperative Vorgehensweise. Bereits nach diesen ersten beiden interessanten Vorträgen folgte eine angelegte Diskussion mit den Referenten.

Nach der Pause sprach Dr. Lutz Ritter (Köln) über die Möglichkeiten der 3D-Schnittbilddiagnostik. Eingangs wurden dem Zuhörer wichtige



*Blick ins Auditorium*



*Fünf Referenten in gemeinsamer Aktion (v. l. n. re. Dr. Kirste, Prof. Haßfeld, Prof. Sümnick, Dr. Lucas, Dr. Ritter)*

Grundlagen näher gebracht, bevor dann anschließend klinische Anwendungsbeispiele folgten. Er stellte verschiedene Konzepte zur virtuellen Implantatplanung vor. Als Fazit kann formuliert werden, dass sich die 3D-Bildgebung in der heutigen Zeit etabliert hat. Allerdings sind eine effiziente und zuverlässige Software sowie ein ausreichendes Volumen mit einer geringen Strahlenbelastung erforderlich.

Der nächste Redner war Dr. Edgar Hirsch (Leipzig), der den Vortrag von Dr. Dr. Dr. Christian Foitzik (Darmstadt) kurzfristig übernahm. Er referierte kurz und prägnant über die Vor- und Nachteile von 2D- versus

3D-Schablonen. Anhand klinischer Beispiele verwies er insbesondere auf die Erkennbarkeit lokaler Besonderheiten mittels 3D-Diagnostik. Allerdings sollte man bei den Vorteilen der 3D-Planung die höhere Strahlenbelastung, die höheren Kosten sowie auch das Auftreten von Artefakten und Fehlermöglichkeiten nicht außer Acht lassen.

Der Präsident der Zahnärztekammer Sachsen, Dr. Matthias Wunsch aus Bautzen, sprach vor allem aus standespolitischer Sicht über die Entwicklungstendenzen der 3D-Diagnostik. Er verwies darauf, dass das DVT der 2D-Diagnostik gegenüber gleichberechtigt ist und bietet zudem ein



erweitertes Diagnosespektrum. Allerdings sollte vor der Anfertigung einer solchen Aufnahme eine klare Fragestellung existieren und nicht pauschal zur Routineuntersuchung werden.

Nach der Mittagspause hielt Dr. Hirsch (Leipzig) seinen zweiten Vortrag mit dem Thema „Digitale Volumetomographie und Strahlenbelastung – Bilanz nach 10 Jahren und Ausblick“. Hier erhielten die Teilnehmer einen interessanten Beitrag zur Strahlenexposition (natürliche, zivilisatorische), Informationen zur Strahlenbelastung, einen Vergleich der Strahlendosis bei unterschiedlichen medizinischen Untersuchungen und der jeweiligen Geräte.

Anschließend referierte Dr. Christian Lucas (Greifswald) über die Interpretation von Röntgenbefunden. Dieser Vortrag war durch eine breite Vielfalt an interessanten und praxisorientierten Fällen gekennzeichnet. Dies ging über „Bruxismus und Implantologie“, multiplen überzähligen Zahnanlagen im Ober- und Unterkiefer bis hin zu ausgedehnten follikulären Zysten im Unterkiefer mit direkter Lage zum N. alveolaris inferior.

Abschließend erläuterte Dr. Mario



Alle 21 Aussteller in großer Eintracht.

Foto: privat (3)

Kirste (Frankfurt/Oder) anhand beeindruckender Bilder „missglückte“ Fälle in der Implantologie. Des Weiteren präsentierte er einen Patientenfall von der Planung über die Implantation bis hin zur prothetischen Versorgung. Hier zeigte der Referent, dass eine Verkürzung der OP-Zeit sowie eine sicherere Implantation mit einem erhöhten materiellen und technischen

Aufwand möglich wäre.

Nach einer angeregten Abschlussdiskussion ging hiermit das 15. Greifswalder Fachsymposium zu Ende. Dieses auch in diesem Jahr sehr gelungene Symposium wurde am Abend mit dem traditionellen Zahnmedizinerball in der neu eröffneten Greifswalder Stadthalle gekrönt.

Dr. Peggy Böhlinger

## Ulla Schmidt: „30 bis 50 Kassen reichen aus“

### Finanznot unter den Krankenkassen wächst

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung stuft in einem Rating 23 Krankenkassen als gefährdet ein, wenn es darum geht, die finanzielle Stabilität von Krankenkassen einzuschätzen. Ein erster Ansatzpunkt für eine neue Tendenz. Krankenkassen überleben nicht alle. Die Kassenlandschaft wird sich stark verändern. Es wird weniger von ihnen geben. Ob es am Ende die von Ulla Schmidt im vergangenen Sommer prognostizierten 30 bis 50 sein werden, lässt sich schwer sagen. Sicher ist: Diese Not hat nichts mit der Wirtschaftskrise zu tun und sie wird für Patienten keine negativen Folgen haben. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist nicht bedroht. Sondern: Der Schrumpfungsprozess ist eine gewollte Not, politisch bewusst vorangetrieben.

Im Geburtsjahr der gesetzlichen Krankenversicherung, Ende des 19. Jahrhunderts, sprach man von

35000 Krankenkassen, 1980 waren es noch 1315. Um die 160 Krankenkassen sind es heute

Die Politik ist trotzdem gut beraten, dem Kassensterben nicht tatenlos zuzusehen. Denn während die Patienten mühelos in einer anderen Krankenkasse unterkommen – Pflichtversicherte können innerhalb von zwei Wochen, freiwillig Versicherte innerhalb von drei Monaten zu einer anderen, frei wählbaren gesetzlichen Krankenkasse wechseln -, müssen übrige Krankenkassen, je nach Kassenart, die Kosten der Schließung einer Kasse tragen. In Zeiten von Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen eine schwere Belastungsprobe auch für derzeit gesunde Kassen.

Für Zahnärzte und Zahnärztinnen entsteht eine Verpflichtung im Zusammenhang mit einer Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse dann, wenn z. B. eine zahnärztliche Angestellte als Versicherte einer

insolventen Krankenkasse von ihrem Wahlrecht keinen bzw. keinen rechtzeitigen Gebrauch macht. In diesen Fällen meldet der Arbeitgeber die betroffenen Mitarbeiter bei der Krankenkasse an, bei der sie vor ihrer Mitgliedschaft in der insolventen Kasse versichert waren. Ist diese nicht zu ermitteln, wählt der Arbeitgeber eine neue Krankenkasse für seine Mitarbeiter aus (§ 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V analog). Für den Arbeitgeber resultieren daraus – aufgrund des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes von 14,9 Prozent insgesamt bzw. 7 Prozent Arbeitgeberanteil – keine finanziellen Vor- oder Nachteile.

Den Arbeitgeber treffen damit genau die Pflichten, die er heute schon etwa bei Neueinstellungen hat, bei denen der neue Arbeitnehmer keine Mitgliedsbescheinigung vorlegt. Der GKV-Spitzenverband und die Krankenkassen informieren derzeit in entsprechender Weise. **KZV**

# Fortbildungsangebote der KZV M-V

## PC-Schulungen

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

**Punkte:** 3

Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.

**Gebühr:** 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorb.-Ass. und Zahnarzhelferinnen

## Einrichtung einer Praxishomepage

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

**Wann:** 1. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Tabellenkalkulation mit Excel 2007

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

**Wann:** 8. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Einführung in Windows Vista

**Inhalt:** Erste Schritte mit Windows Vista, Dateien und Ordner verwalten; Systemanpassung und Benutzerverwaltung; die Zusatzprogramme von Windows Vista

**Wann:** 6. Oktober, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Textverarbeitung mit Word 2007

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

**Wann:** 13. Oktober 2010, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Individualprophylaxe – Chance für Umsatzzuwachs in der Praxis

**Referentin:** Professor Dr. Sabine Fröhlich

**Inhalt:** Status quo – KZV-Statistik über Inanspruchnahme von IP-Leistungen; Hinweise und Tipps für die Abrechnung nach BEMA und GOZ; gesetzliche Grundlagen; Prophylaxe Shop; Patientenbindung durch Individualprophylaxe

**Wann:** 29. September, 15 – 18 Uhr in Rostock

**Punkte:** 3

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

## Perfekt im Umgang mit Patienten

Gemeinsames Seminar der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer und der KZV M-V

**Referent:** Ubald Hullin, RITT-Organisationsentwicklung Stuttgart

**Inhalt:** Bedürfnisse: Was Patienten wirklich wollen. Maßnahmen, die Sie sofort umsetzen können. Mit Patienten auf die gleiche Wellenlänge kommen. Reibungsverluste im Praxisalltag vermeiden.

**Wann:** 6. Oktober, 16 – 19 Uhr, Schwerin

**Punkte:** 3

**Gebühr:** 70 €

## Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

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

**Wann:** 3. November, 15 – 19 Uhr in Greifswald

**Punkte:** 4

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Str. 304, Tel.: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498

Ansprechpartnerin: Antje Peters  
 E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

----- ✂  
**Ich melde mich an zum Seminar:**

- Einrichtung einer Praxishomepage am 1. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2007 am 8. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Individualprophylaxe – Chance für Umsatzzuwachs in der Praxis am 29. September, 15 bis 18 Uhr, Rostock
- Einführung in Windows Vista am 6. Oktober, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Perfekt im Umgang mit Patienten am 6. Oktober, 16 bis 19 Uhr, Schwerin im nH Hotel, Zum Schulacker 1
- Textverarbeitung mit Word 2007 am 13. Oktober, Schwerin
- Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung am 3. November, 15 bis 19 Uhr, Greifswald

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

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

\_\_\_\_\_  
 Stempel

# Service der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

## Führung von Börsen

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

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

## Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am **15. September** (*Annahmestopp von Anträgen: 25. August*) sowie am **17. November** (*Annahmestopp von Anträgen: 27. Oktober*) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin, einzureichen sind.

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

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

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Ruhen der Zulassung
- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung

- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
  - Verlegung des Vertragszahnarztesitzes (auch innerhalb des Ortes)
  - Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)
  - Verzicht auf die Zulassung
- Interessenten erfahren Näheres bei der KZV (Tel. 0385-54 92-130 oder unter der E-Mail: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de)).

## Zulassungen zum 1. Juli

Anne Sauseng  
Zahnärztin  
Dammchausee 30  
18209 Bad Doberan

Kirsten Katharina Warnecke  
Zahnärztin  
Wismarsche Straße 132-134  
19053 Schwerin

Hans-Peter Feucht  
Zahnarzt  
Buchenweg 3  
18292 Krakow am See

## Praxisabgabe/Praxisübernahme

Die Zahnarztpraxis von Prof. Dr. med. habil. Klaus Buth in 17489 Greifswald, Gützkower Straße 69, wird ab 1. Juli von Dr. med. dent. Christina Ballke und Anne-Kathrin Buth weitergeführt.

## Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Dr. (UdeC) Viviana Ebbecke, niedergelassen in 19053 Schwerin, Graf-Schack-Allee 20, beschäftigt ab 1. Juli Alice Rensing als ganztags angestellte Zahnärztin.

Dr. med. dent. Dirk Godehard Bruns, niedergelassen in 17489 Greifswald, Mühlenstraße 30, beschäftigt ab 1. Juli Matthias Arndt als ganztags angestellten Zahnarzt.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dres. Ekkehard und Irena Müller, niedergelassen in 17406 Usedom, Geschw.-Scholl-Straße 4, beschäftigt ab 18. Juni Valentina Streich als ganztags angestellte Zahnärztin.

Christiane Merkel, niedergelassen in 18209 Bad Doberan, beschäftigt ab 15. August Ulrike Blum als halbtags angestellte Zahnärztin.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. Thomas und Dirk Röhrdanz, niedergelassen in 18057 Rostock, Wismarsche Straße 32, beschäftigt ab 1. August Anne Kristin Ahrens als halbtags angestellte Zahnärztin.

## Ende der Niederlassung

SR Dr. med. dent. Uwe Rath, niedergelassen seit dem 31. Dezember 1990 in 23942 Kalkhorst, Straße der Jugend 7c, beendete am 30. Juni seine vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Sigrid Reinschmidt, niedergelassen seit dem 1. März 1991 in 19243 Wittenburg, Am Markt 7, beendete am 30. Juni ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Dipl. Med. Brigitte Kosubek, niedergelassen seit dem 1. Oktober 1992 in 18109 Rostock, Herrmann-Flach-Straße 43, beendete am 30. Juni ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

KZV

Anzeige



# Wissenschaftliches Symposium zur CMD-Diagnostik an der Universitätszahnklinik Rostock

Ein Bericht von ZA David Riha, Universität Rostock

Trotz des strahlenden Sonnenscheins und der derzeit stattfindenden Spiele der Fußballweltmeisterschaft nahmen zahlreiche interessierte Kolleginnen und Kollegen am 23. Juni am gemeinsamen Symposium der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Moral“ der Universität Rostock sowie der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. im großen Hörsaal der Rostocker ZMK-Klinik teil.

Referent der Veranstaltung war Prof. Dr. Peter Ottl, Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde und Geschäftsführender Direktor der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Moral“ der Universität Rostock.

Das Symposium befasste sich mit der Thematik Diagnostik kranio-mandibulärer Dysfunktionen, da die CMD-Diagnostik und -Therapie einen der Schwerpunkte in Forschung und Krankenversorgung der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Rostock bildet.

Die Formulierung des Vortragstitels als Frage („Die Diagnostik kranio-mandibulärer Dysfunktionen (CMD) – ein Buch mit sieben Siegeln?“) ist berechtigt, da die Diagnose und Therapie von CMD zu den sehr anspruchsvollen Fachgebieten der Zahnmedizin gehört und diverse Behandlungen zu Misserfolgen führen. „If all else fails...try making a diagnosis.“ Dieser



Prof. Dr. Peter Ottl referiert über das Thema „Diagnostik kranio-mandibulärer Dysfunktionen (CMD)“.

ironisch von Moffet formulierte Satz beschreibt leider die Realität mancher Patientenfälle in der Medizin und Zahnmedizin. Insbesondere für die erfolgreiche Therapie kranio-mandibulärer Dysfunktionen ist die Erstellung einer abgesicherten Diagnose eine unabdingbare Voraussetzung.

Einleitend betonte Prof. Ottl die hohe Relevanz eines interdisziplinären Ansatzes. CMD ist häufig an der Schnittstelle verschiedener medizinischer Fachgebiete platziert. Für eine erfolgreiche Diagnose und Therapie von CMD ist ein interdisziplinäres Konzept, das u. a. die Radiologie, die Orthopädie und Rheumatologie, die HNO-Heilkunde, die Zahnmedizin, die Neurologie sowie die psychosomatische Medizin einschließt, obligat.

Eine zielführende CMD-Diagnostik basiert zudem auf der konsequenten Durchführung eines standardisierten Prozedere. Hierbei ist ein zweistufiges

Vorgehen empfehlenswert, das von der Arbeitsgruppe „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde“ der DGZMK, der BZÄK und der KZBV etabliert wurde. Dieses Konzept besteht aus einer „Basisdiagnostik“, die im Sinn eines schnell durchzuführenden Screenings zu verstehen ist, und einer „erweiterten Diagnostik“, in welcher der klinische Funktionsstatus der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt) in der DGZMK eine zentrale Rolle („Regiezentrale“) spielt und ein systematisches Step-by-Step-Vorgehen ermöglicht. Eine hohe Relevanz für die Diagnostik und die weiterführende Therapie weist das Vorliegen von Schmerzen und einer Bewegungslimitation im Kausystem auf.

In einfacher gelagerten Fällen kann die klinische Funktionsdiagnostik alleine zu einer fundierten Verdachtsdiagnose führen. Bei einem komplexeren Krankheitsgeschehen ist die Indikation für weiterführende diagnostische Maßnahmen gegeben.

Im weiteren Verlauf des Referates erfolgte eine Betrachtung der instrumentellen Funktionsanalyse aus heutiger Sicht. Im zweiten Teil des Symposiums wurde eine Übersicht und Wertung der bildgebenden Verfahren im Rahmen der CMD-Diagnostik durch den Referenten vorgenommen. Insbesondere die zunehmend etablierte Magnetresonanztomographie stellt eine wichtige Maßnahme zur validen Beurteilung der Kiefergelenke unter Einbeziehung der beteiligten Weichgewebsstrukturen dar.

Abschließend fasste Prof. Ottl die Prinzipien einer erfolgreichen Vorgehensweise zusammen: Diese bestehen im schwerpunktmäßigen und konsequenten Einsatz eines Screenings sowie der klinischen/manuellen Funktionsanalyse in Kombination mit der MRT-Diagnostik unter Einbeziehung eines interdisziplinären Gesamtkonzeptes bei komplexen Fällen. Für die Befunderhebung sollten standardisierte Erhebungsbögen (z. B. Klinischer Funktionsstatus der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt) in der DGZMK) Verwendung finden. **ZA David Riha**

Anzeige

# Konservierende/chirurgische Abrechnungshinweise

## Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen

**BEMA-Nr. 12**

**Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**

**Abkürzung: bMF**  
**Bewertungszahl: 10**

*Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen:*

- Das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischer Behandlung und das Anlegen von Spanngummi bei Fissurenversiegelung können nach Nr. 12 abgerechnet werden.
- Die Berechnung der Nr. 12 im Zusammenhang mit den Nrn. 18a, 18b, 20 (a, b, c) und 91 (a, b, c, d) für das Verdrängen des Zahnfleisches zum Zwecke der Abformung, z. B. mittels Retraktionsringen oder -fäden, ist nicht möglich.

Muss jedoch störendes Zahnfleisch, zum Beispiel zum Zwecke des Erkennens von unter sich gehenden Stellen, zur Darstellung der Präparationsgrenze oder der subgingivalen Stufenpräparation, z. B. durch Retraktionsringe, verdrängt werden, ist die Nr. 12 abrechnungsfähig.

Die besonderen Maßnahmen müssen Leistungen sein, die zusätzlich, wie aus den Abrechnungsbestimmungen ersichtlich, zu verschiedenen zahnärztlichen Behandlungsarten anfallen.

Gelangen diese Leistungen als bMF zur Abrechnung, hat der Zahnarzt darauf zu achten, dass die bMF genau wie alle anderen vertragszahnärztlichen Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs.1 unterliegt:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass nach der Leistungsdefinition zur bMF, diese nur einmal je Sitzung für den Bereich eines Frontzahngebietes oder für jede Kieferhälfte berechenbar ist.

Unter dieser Nummer sind die besonderen Maßnahmen abzurechnen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem **Präparieren oder dem Legen einer Füllung** stehen.

Des Weiteren im Zusammenhang mit Fissurenversiegelungen, kieferorthopädischen bzw. prothetischen Leistungen und für das Stillen einer übermäßigen Papillenblutung.

*Differente (abweichende) Maßnahmen können nicht nach der Gebührennummer 12 abgerechnet werden. Damit ist die Abrechnungsmöglichkeit der bMF auf diese Aufzählungen beschränkt.*

Im Zuge der Füllungstherapie müssen die Ränder der Kavität frei von Zahnfleisch sein. Deshalb kann es sich als unerlässlich erweisen, Zahnfleischwucherungen oder

Papillenblutung mit blutstillenden Medikamenten bzw. Kompressionen gestillt werden.

Somit ist die bMF gerade in der Vorbereitungsphase, z. B. neben indirekten bzw. direkten Überkappungen oder Wurzelbehandlungsmaßnahmen nötig, ohne dass es in dieser Sitzung zum Abfüllen des Zahnes kommt.

Auch das Legen einer Füllung unter absolut trockenen Bedingungen, d. h. unter Verwendung von Cofferdam, berechtigt zur Abrechnung der besonderen Maßnahmen. Keine Abrechnungsmöglichkeit der bMF

Kieferhälfte	Frontzahnbereich	Kieferhälfte
Zähne	Zähne	Zähne
18 17 16 15 14	13 12 11	21 22 23
Zähne	Zähne	Zähne
48 47 46 45 44	43 42 41	31 32 33
		34 35 36 37 38

*Abrechnungsbeispiele:*

- Behandlung der Zähne 18 und 12 = eine Kieferhälfte = 1x bMF
- Behandlung der Zähne 13 und 11 = Frontzahngebiet = 1x bMF
- Behandlung der Zähne 12 und 23 = Frontzahngebiet = 1x bMF
- Behandlung der Zähne 14 und 21 = zwei Kieferhälften = 2x bMF

- Behandlung der Zähne 11, 25, 43, 42, 41, 31, 32, 33 = zwei Kieferhälften ] = 3x bMF
- = ein Frontzahngebiet

- Behandlung der Zähne 16, 23, 43, 35 = vier Kieferhälften = 4x bMF

das die kariöse Stelle bedeckende Zahnfleisch zu entfernen.

Mit dem Durchtrennen der störenden Zahnfleischfasern – dem leichten Abtragen des Zahnfleischsaumes – Modulation – oder der Excision von Papillen bzw. Zahnfleischtaschen – wird dies erreicht.

Mit der Umstrukturierung des BEMA ab dem 1. Januar 2004 erfolgte für diese chirurgischen Leistungen eine Neuordnung in der Abrechnung. Danach sind derartige Leistungen nunmehr nach der Gebührennummer 49 in Ansatz zu bringen.

Ist dieses genannte Entfernen nicht notwendig, wird das Zahnfleisch mit Hilfsmitteln, wie Einlagen aus elastischem Material oder Klammern mit Gummiringen, verdrängt. Um eine Füllung lege artis legen zu können, muss häufig auch eine übermäßige

besteht jedoch für das Anlegen von Matrizen oder das Benutzen von Hilfsmitteln, zum Beispiel Zelluloidstreifen zur Formung einer Füllung. Auch die Ätztechnik und Lichtaushärtung zählen nicht zu den besonderen Maßnahmen.

Die Abrechnung der bMF erfolgt auf dem konservierenden/chirurgischen Erfassungsschein, auf der Diskette bzw. per Online. Hier muss in die vorgesehenen Rubriken das Sitzungsdatum der Behandlung mit Angabe des Zahnes und der Leistung eingetragen werden.

**Bei der Abrechnung aus prothetischen Gründen ist es im KZV-Bereich M-V unbedingt notwendig, unter der Rubrik Bemerkungen die „Ziffer 5“ einzutragen.**  
 Elke Köhn

# KfW-Sonderprogramm

## Modalitäten und Konditionen für Freiberufler

Das KfW-Sonderprogramm für mittelständische Unternehmen und Freiberufler umfasst drei Komponenten:

- **Investitionen:** Der Höchstbetrag je Vorhaben beträgt 50 Millionen Euro, rund zwei Drittel aller Firmen resp. Freiberufler beantragen jedoch nicht mehr als 500 000 Euro. Für das Darlehen kann eine Haftungsfreistellung der Hausbank von 50 oder 90 Prozent beantragt werden. Die Laufzeit beträgt bis zu acht Jahren, bei langlebigen Investitionsgütern (z. B. Bauvorhaben) bis zu 20 Jahre. Der Zinssatz kann für bis zu acht Jahre festgeschrieben werden.
- **Betriebsmittel „Standard“:** Betriebsmittel (siehe „Stichwort“) können in einem Umfang von 30 Prozent der Bilanzsumme bzw. des Jahresumsatzes finanziert werden bei einem Höchstbetrag von 50 Millionen Euro. Die Kreditlaufzeit beträgt bis zu fünf Jahre bei drei- oder fünfjähriger Zinsbindung. Es kann eine Haftungsfreistellung der Hausbank von 60 Prozent beantragt werden. Das Darlehen kann innerhalb eines Jahres abgerufen werden.
- **Betriebsmittel „Flexibel“:** Hier können Betriebsmittel in einem Umfang von 50 Prozent der Bilanzsumme bzw. des Jahresumsatzes finanziert werden bei einem Höchstbetrag von ebenfalls 50 Millionen Euro. Die optionale Haftungsfreistellung beläuft sich auf 60 Prozent.

**Wichtige Pluspunkte:** Für die Kreditlaufzeit von bis zu fünf Jahren kann auch eine fünfjährige Zinsbindung beantragt werden. Zudem kann das Darlehen innerhalb von zwei Jahren – je nach Bedarf - abgerufen werden, und es kann jederzeit ohne Vorfälligkeitsentschädigung zurückgezahlt werden. In Summe bedeutet dies einen Gewinn an Planungssicherheit.

**Wichtig zu wissen:** Freiberufler, die bereits ein Darlehen aus der Betriebsmittel-Komponente „Standard“ erhalten oder den 30-Prozent-Finanzierungsanteil ausgeschöpft haben, können ein zusätzliches Darlehen aus der Komponente „Flexibel“ beantragen. Dabei werden bereits ausgezahlte Beträge auf den 50-Prozent-Finanzierungsanteil der Komponente „Flexibel“ angerechnet. Die so genannte Haftungsfreistellung durch die KfW – bei Investitionen bis zu 90 Prozent und bei Betriebsmitteln bis zu 60 Prozent – erhöht die Bereitschaft der Hausbanken, neue Kredite zu geben und bestehende Kontokorrentlinien zu verlängern oder sogar auszuweiten.

**Schnelle Auskunft im Infocenter:** Für Freiberufler, die sich über die Modalitäten und Konditionen des KfW-Sonderprogramms informieren möchten, hat das Infocenter der KfW eine Sondernummer geschaltet: 01801-24 24 28.

## Gemeinsam gegen Aids:

# PKV und BZgA verlängern erfolgreiche Partnerschaft

Die erfolgreichste öffentlich-private Partnerschaft in der Aidsprävention wird weitergeführt. Mit insgesamt 16 Millionen Euro unterstützt der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für weitere fünf Jahre in der Aidsprävention. Die Partnerschaft hat in den vergangenen fünf Jahren wesentlich dazu beigetragen, den Zuwachs der HIV-Neuinfektionen in Deutschland zu stoppen.

Seit Mitte 2005 unterstützt der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Aidsprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit über drei Millionen Euro jährlich. Mit dieser innovativen Partnerschaft konnten die Mittel der Bundesregierung soweit aufgestockt werden, dass Reichweite, Präsenz und Wirkung der bekannten Präventionskampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ deutlich verbessert wurden. **PKV**

## Verordnung: keinerlei Verpflichtungen für Vertragszahnärzte

Software-, Marketing- und andere Firmen versuchen im Moment in vielen Zahnarztpraxen, Inhaber zum Abschluss kostenpflichtiger Verträge zu bewegen, die sie mit angeblichen Informationspflichten der Zahnärzte als Dienstleister aus der im Mai in Kraft getretenen Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung (DL-InfoV) begründen. Diese Verordnung enthält jedoch keinerlei Verpflichtungen für Vertragszahnärzte.

Richtig ist, dass am 17. Mai die DL-InfoV in Kraft getreten ist und Dienstleister, also auch Freiberufler, in Umsetzung der europäischen Dienstleistungsrichtlinie zu umfangreichen Informationen und personenbezogenen Angaben gegenüber Mandanten und Kunden verpflichtet. Diese DL-InfoV gilt zwar grundsätzlich für alle Dienstleister und damit auch Freiberufler, allerdings sind in der genannten Dienstleistungsrichtlinie, auf die sich die DL-InfoV in § 1 ausdrücklich bezieht, Ausnahmen von dem grundsätzlichen Geltungsbereich geregelt. Die Ausnahmen, d. h. die Dienstleistungen, für welche die DL-InfoV nicht gilt, finden sich im Artikel 2 der o. g. europäischen Dienstleistungsrichtlinie.

Dort wird ausgeführt, dass Gesundheitsleistungen, unabhängig davon, ob sie durch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erbracht werden und unabhängig davon, wie sie auf nationaler Ebene organisiert und finanziert sind und ob es sich um öffentliche oder private Dienstleistungen handelt, nicht vom Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie, auf die sich die DL-InfoV bezieht, erfasst werden. Vertragszahnärzte erbringen ausschließlich Gesundheitsdienstleistungen und sie treffen daher keinerlei Pflichten aus der Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung. **KZV**



## Erfolg in wettbewerbsrechtlichem Verfahren gegen Anbieter professioneller Zahnreinigung

Die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e. V. hat erneut in einem wettbewerbsrechtlichen Verfahren gegen einen Anbieter professioneller Zahnreinigung einen Erfolg erzielt. Eine Firma aus Rostock hat für ihre Dienstleistungen in Zeitungsanzeigen wie folgt geworben: „Doch wer geht schon gern zum Zahnarzt? Wohl keiner – im D..., Deutschlands Nr. 1 Beautyfarm für schöne Zähne, kommt alles andere als Zahnarztstimmung auf“. Auch hat die Firma in den Anzeigen be-

hauptet: „Anders als beim Zahnarzt kann sich der Kunde hier zwischen verschiedenen Behandlungsmethoden entscheiden. Im D... richtet man sich nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Kunden“. Die Wettbewerbszentrale hat auf Beschwerde der Zahnärztekammer beim Landgericht Rostock eine wettbewerbsrechtliche Unterlassungserklärung eingereicht. Nach Erörterung der Sach- und Rechtslage und eines entsprechenden Hinweises durch den Vorsitzenden Richter hat die

Firma den Unterlassungsanspruch anerkannt und sich verpflichtet, künftig nicht mehr die streitigen Behauptungen aufzustellen. Etwa zeitgleich hat sich der Inhaber der Firma vor der Einigungsstelle für Wettbewerbsstreitigkeiten verpflichtet, mit keiner Anzeige (mehr) zu werben, die einen ausdrücklichen Bezug auf die Tätigkeit eines Zahnarztes enthält.

Rechtsanwalt Peter Ihle  
Hauptgeschäftsführer  
Zahnärztekammer M-V

## Achtung: Patient wünscht kontraindizierte Zahnextraktion!

### Behandlung zwischen Wunsch und Notwendigkeit

*„Hiermit bestätige ich, dass mir auf ausdrücklichen Wunsch meinerseits, auch gegen die Empfehlung meines behandelnden Zahnarztes, Zähne extrahiert werden sollen.“ Unterschrift Patient!*

Vor solchen Erklärungen muss eindringlich gewarnt werden, denn medizinisch kontraindizierte Behandlungen erlangen auch auf nachhaltigen Wunsch des Patienten keine Rechtmäßigkeit.

Der behandelnde Vertragszahnarzt schuldet dem Patienten nach dem Gesetz die medizinisch gebotene und notwendige Behandlung, welche dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Der Vertragszahnarzt bestimmt auf dieser Grundlage nach umfassender Aufklärung, unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, Art und Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Jede zahnärztliche Behandlung, auch die zu Heilzwecken, stellt haftungsrechtlich gesehen einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten dar und erfüllt damit den Straftatbestand einer Körperverletzung, die nur dann gerechtfertigt ist, wenn der Patient wirksam eingewilligt hat. Die Wirksamkeit der Einwilligung des Patienten hängt aber davon ab, dass die Behandlungsmaßnahme medizinisch

indiziert ist und lege artis erbracht wird.

Vor jeder Zahnextraktion hat der Vertragszahnarzt somit eine Indikation zu stellen und dabei zwischen Erhaltungsfähigkeit und Erhaltungswürdigkeit des Zahnes zu unterscheiden.

Unter Beachtung des Grundsatzes der Zahnerhaltung ist die Extraktion die letzte Behandlungsmöglichkeit, die nur dann indiziert ist, wenn der Zahn nicht mehr erhaltungsfähig ist, d. h. nicht mehr durch konservierende, parodontale, prothetische, kieferorthopädische oder chirurgische Maßnahmen erhalten werden kann (OLG Jena 14.05.1997 – 4 U 1271/96; OLG Hamm 24.01.2001 – 3 U 107/00).

Erhaltungswürdigkeit besteht hingegen dann, wenn eine ausreichende Prognose besteht und die Zähne für Funktion und Ästhetik bedeutsam sind.

Diese Grundsätze haben zur Folge, dass bei fehlender Indikation zur Extraktion keine wirksame rechtfertigende Einwilligung des Patienten – auch nicht in schriftlicher Form – erfolgen kann. Der Vertragszahnarzt, der letztendlich die Verantwortung für die Behandlung trägt, begeht bei Vornahme einer kontraindizierten Zahnextraktion eine Körperverletzung. Nicht nur, dass er damit auch seine vertragszahnärztlichen Pflichten verletzt, vielmehr

muss er neben zivilrechtlichen auch mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.

So entschied bereits der Bundesgerichtshof am 22.02.1978 (AZ: 2 StR 372/77) und verurteilte einen Zahnarzt wegen Körperverletzung, der einer Patientin, die seit Jahren über heftige Kopfschmerzen klagte und die Ursachen dafür bei ihren Zähnen sah, sämtliche Zähne im Oberkiefer aufgrund deren unwirksamer Einwilligung extrahierte.

#### Fazit:

Nehmen Sie keine Zahnextraktion vor, die Sie als Behandler medizinisch nicht verantworten können. Weder der ausdrückliche Wunsch des Patienten nach einer kontraindizierten Behandlung, z. B. wie eingangs schriftlich erklärt, noch eine Vereinbarung, dies als Privatleistung abzurechnen, entbindet Sie dann von Ihrer zahnärztlichen Haftung. Im Zweifel ist die Behandlung abzulehnen.

Dies alles ist entsprechend sorgfältig in der Patientenakte zu dokumentieren und zwar auch, um sich nicht der Gefahr der Verletzung der vertragszahnärztlichen Pflicht zur Behandlungsübernahme gesetzlich krankensversicherter Patienten auszusetzen.

Ass. Katja Millies

# Professor Dr. Alfred Gerber wird 90 Jahre alt

Am 25. Juli begeht Obermedizinalrat Prof. Dr. sc. med. Alfred Gerber seinen 90. Geburtstag. Dieses ehrenvolle Jubiläum sollte Anlass sein, seine beruflichen Leistungen zu würdigen, die bereits vor 25 Jahren endeten.

Sein prägendes Wirken im staatlichen Gesundheitswesen der DDR wird daher heute nur noch Ruheständlern oder berufstätigen Kollegen jenseits des 50. Lebensjahres in Erinnerung sein. Für sie war Alfred Gerber Inbegriff für ein unermüdliches Streben nach fortschrittlicher, qualitätsgerechter Zahnmedizin. Dafür hat er sein ganzes Berufsleben gearbeitet und gestritten. Er war ein „Macher“, der vorgefasste Ziele konsequent umsetzte, keine Scheu hatte, gegen Barrieren zu kämpfen. Unter den zeitbedingten Vorgaben und Möglichkeiten war dieses häufig der Fall. Es brachte ihm Gegner, Freunde, Mitstreiter und Verehrer ein. Dieses Spektrum von Antipathien und differenzierten Sympathiebekundungen erfahren oft Persönlichkeiten, die um der Sache Willen überzeugt und geradlinig Zielgebungen setzen und konsequent durchführen.

Alfred Gerber sind die gedanklichen Intentionen für die Organisation der Stomatologischen Bezirkspolikliniken zuzuschreiben. Die Bezirkspoliklinik für Stomatologie Schwerin wurde unter seiner Leitung zu einer führenden Einrichtung unseres Fachgebietes. Als anerkannte Weiterbildungsklinik der Akademie für Ärztliche Fortbildung war sie



*Am 25. Juli begeht Obermedizinalrat Prof. Dr. sc. med. Alfred Gerber seinen 90. Geburtstag.*

Begegnungs- und Bildungsstätte für Zahnärzte der DDR. Die Einheit von Weiterbildung und berufsbegleitender Fortbildung sowie qualitätsbewusster Patientenbetreuung war Kernpunkt aller seiner Bemühungen. Dabei stützte er sich auf einen ausgesuchten und qualifizierten Mitarbeiterstab, den er forderte, aber auch förderte und unterstützte. Bei Erfordernis war seine schützende Hand gegenwärtig. Er verlangte Disziplin, Pünktlichkeit, Qualität und Können. Diese Maßstäbe waren notwendig, um einem langjährigen Kooperationsvertrag mit der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald bei der praktischen Studentenausbildung in der Klinik gerecht zu werden.

Prof. Alfred Gerber war der erste Lehrstuhlinhaber für Stomatologie an der genannten Akademie, er war der erste Vorsitzende der zentralen Fachkommission für die zahnärztliche Weiterbildung junger Kollegen. Der Unterzeichner, der Jahre später seine Nachfolge antreten durfte, kann die hier geleistete Aufbauarbeit würdigend einschätzen. Jeder Mensch lebt, arbeitet und wirkt in seiner Zeit. Prof. Gerber hat in seiner Zeit für unser Fachgebiet erfolgreich gewirkt. Umso erstaunlicher für ihn die spätere Erkenntnis, dass auch ihm eine Durchleuchtung nicht erspart geblieben ist. Das berufliche Leben ist der nicht unwesentliche Teil einer Biographie, die es zu würdigen gilt.

Es ist still geworden um Alfred Gerber. Das Alter fordert doch schon seine kleinen Tribute. Die Reiseleidenschaft ist der Pflege des Gartens gewichen, der besinnlichen Ruhe inmitten sommerlicher Blüten und Blumen oder am erwärmenden Kaminfeuer. Dabei sprudelt immer der Geist beim Austausch von Erinnerungen – ohne Wehmut – oder bei der Analyse professioneller Aspekte der Gegenwart. Alfred Gerber muss sein ehrenvolles Jubiläum kurz nach einem schweren Schicksalsschlag begehen. Es ist ihm zu wünschen, dass er bald die seelische Kraft für neuen Lebensmut zurückgewinnt. Dieser Hoffnung möchten die vielen Gratulanten Ausdruck verleihen. In Freundschaft und alter Verbundenheit.

**Prof. Dr. Gert Seefeld**

## SPRECHZEITEN

### VORSTAND DER KZV MECKLENBURG-VORPOMMERN

DIPL.-BETRW. WOLFGANG ABELN  
Telefon: 0385 – 54 92 - 121, Telefax: 0385 - 54 92 - 499  
Vorsitzender des Vorstands E-Mail:w.abeln@kzvmv.de

DR. MANFRED KROHN  
Telefon: 0385 – 54 92 - 122, Telefax: 0385 - 54 92 - 499  
stellv. Vorsitzender des Vorstands E-Mail:dr.m.krohn@kzvmv.de

Telefonische Anfragen mittwochs in der Zeit von 14-16 Uhr. Für persönliche Gesprächstermine bitten wir um telefonische Voranmeldung. Anfragen per Fax oder E-Mail sind jederzeit möglich.



Reinhard Münstermann; 2. überarbeitete und erweiterte Auflage; 176 Seiten; 224 Abbildungen; 14 Checklisten und Formulare; gebunden; 99,95 Euro; ISBN 978-3-13-127092-4; Georg Thieme Verlag 2009

## Zahnärztliche Behandlung und Begutachtung

### Fehlervermeidung und Qualitätssicherung

Mit diesem Buch gibt der Verfasser, jahrelanger Gutachter und Obergutachter, dem Leser einen Überblick bezüglich der zum Teil komplizierten Gesetzesvorgaben und der daraus resultierenden Richtlinien sowie der möglichen zahnärztlichen Versorgungsformen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Wiedergabe von Richtlinien und gesetzlichen Bestimmungen entspricht natürlich dem Stand bei Abgabe des Manuskripts an den Verlag und fordert somit den Leser stets zur kritischen zeitlichen Betrachtung auf.

Durch den Wandel der Sozialgesetzgebung, insbesondere durch die Einfüh-

rung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) 2003 und der damit verbundenen Richtlinien ist es teilweise zu grundlegenden Änderungen im Zahnmedizinischen Versorgungsbereich gekommen. Es sind eine erhöhte Durchlässigkeit zwischen vertraglichen und außervertraglichen Leistungen, mehr Wahlfreiheit in den Versorgungsformen sowie eine flexiblere Anpassung an den wissenschaftlichen Entwicklungsstand der Zahnheilkunde geschaffen worden. Dies betrifft insbesondere die Bereiche Prothetik, Parodontologie und Implantologie, denen sich der Verfasser in diesem Buch vorrangig widmet.

DS Gerald Flemming

## Zahnärztliche Werkstoffe und ihre Verarbeitung

### Band 2 Werkstoffe unter klinischen Aspekten

Mit dem Erscheinen des 2. Bandes in der nunmehr 6. Auflage ist das Werkstoffkundebuch wieder komplett. Bereits im Jahr 1959 erschien die erste Auflage dieses Klassikers und begleitete somit Generationen von Zahnmedizinern.

Nicht nur die Vielfalt konventionell verwendeter zahnärztlicher Werkstoffe hat in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen, notwendig geworden ist auch die Entwicklung völlig neuer Werkstoffe inklusive fortschrittlicher Technologien und Techniken. Die zahnärztliche Werkstoffkunde hat einen enormen Wandel vollzogen, der auch heute noch in großem Tempo voranschreitet. Eine Entwicklung, die

Chancen, aber auch Probleme birgt und mit der sich Zahnmediziner in Ausbildung und Beruf auseinandersetzen müssen. Der überarbeitete Band 2 vermittelt fundamentale Kenntnisse zum Verständnis von Funktion und Anwendung zahnmedizinischer Werkstoffe sowie deren Verarbeitung. Die Frage, warum welches Material in welchem Verfahren wie angewendet werden muss, wird zuverlässig beantwortet. Mit Sicherheit hat die Auswahl der Autoren dabei unterstützend mitgewirkt. Zu jedem Kapitel wurden fachkundige Autoren herangezogen, die die einzelnen Beiträge mit ihrer Sachkunde prägen.

DS G. F.



6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage; Heinrich F. Kappert, Karl Eichner; 404 Seiten; 425 Abbildungen; gebunden; 79,95 Euro; ISBN 9783131273161; Georg Thieme Verlag 2008

Anzeige

## Zahnarztausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des Zahnarztausweises Nr. 41 der Zahnärztin Silke Richter, Stralendorf, bekannt gegeben.

Dieser Zahnarztausweis wird hiermit für ungültig erklärt.



## Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Juli, August und September vollenden

### das 90. Lebensjahr

Prof. Dr. Alfred Gerber (Schwerin)  
am 25. Juli,

### das 80. Lebensjahr

Dr. Ingrid Reedler (Neuhaus)  
am 18. Juli,

### das 75. Lebensjahr

Prof. Dr. Günter Knak (Schwerin)  
am 6. Juli,  
Zahnärztin Giesela Heßler  
(Rostock)  
am 17. Juli,  
Dr. Egon Tonne (Schwerin)  
am 24. Juli,  
Dr. Dieter Hagendorf  
(Papendorf)  
am 28. Juli,  
Dr. Käthe Hensel (Rostock)  
am 28. August,  
Dr. Marga Haisel (Wismar)  
am 29. August,

### das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Ruth Staufenbiel  
(Stralsund)  
am 10. Juli,  
Zahnärztin Ilse Hansen  
(Dorf Mecklenburg)  
am 26. Juli,

### das 65. Lebensjahr

Dr. Thea Braun (Rostock)  
am 29. Juli,  
Zahnärztin Heidrun Jeschke  
(Wittenbeck)  
am 7. August,  
Dr. Hans Rump (Ludwigslust)  
am 9. August,  
Zahnärztin Susanne Schäfer  
(Reinkenhausen)  
am 23. August,  
Dr. Gerd Dietrich (Rostock)  
am 29. August,

### das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Giesela Cielek  
(Bad Doberan)  
am 13. Juli,  
Dr. Heinz-Günther Ahrens (Wismar)  
am 15. Juli,  
Dr. Annelie Münch (Schwerin)  
am 17. Juli,  
Dr. Gabriele Reichardt  
(Neubrandenburg)  
am 25. Juli,  
Zahnarzt Manfred Schmidt (Barth)  
am 26. Juli,  
Zahnärztin Angret Büttner (Wismar)  
am 2. August,  
Dr. Angelika Pögl (Admannshagen)  
am 11. August,

### das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Carmen Lamp (Rostock)  
am 12. Juli,  
Zahnärztin Christa Scherbarth (Dorf Mecklenburg)  
am 19. Juli,  
Zahnärztin Sabine Rother (Malchow)  
am 28. Juli,  
Prof. Dr. Dr. Wolfram Kaduk  
(Greifswald)  
am 10. August,  
Dr. Sylvia Janenz (Schwerin)  
am 13. August,  
Zahnarzt Norbert Zecher (Boizenburg)  
am 15. August,  
Dr. Dorit Westphal (Rostock)  
am 15. August,  
Zahnärztin Dany Panescu (Sukow)  
am 21. August,  
Zahnärztin Kerstin Müller (Rostock)  
am 24. August,  
Dr. Uwe Dannehl (Bergen)  
am 29. August,  
Dr. Hans-Jürgen Gebert (Rostock)  
am 30. August und  
Zahnarzt Hans-Jürgen Berlin  
(Ludwigslust)  
am 8. September

Wir gratulieren herzlich und wünschen  
Gesundheit und Schaffenskraft.

Anzeigen

Während der ersten Halbzeit beschließen wir, die  
Krankenkassenbeiträge zu verdreifachen, während der  
zweiten Halbzeit, den Atomausstieg um 100 Jahre  
zu verschieben, während der Verlängerung, die Mehrwert-  
steuer auf 30% zu erhöhen und beim Elfmeter-  
schießen auf 50% !!



Und keiner merkt was!

Karikatur: Klaus Stüttmann