



dens

7-8
2011
20. Juli

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



Gesetzentwurf: Wegfall der Budgetierung?

Verordnete Chancengleichheit stellt große Bewährungsprobe dar

Der Referentenentwurf des GKV-Versorgungsgesetzes liegt nun vor und nach einer ersten Wertung durch die KZBV weichen die vorgesehenen Regelungen des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems im Referentenentwurf im Vergleich zum Arbeitsentwurf nicht ab. Diese Regelungen beinhalten zwei wesentliche Neuerungen für die vertragszahnärztliche Vergütung. Zum einen handelt es sich um die „Aufweichung“ der bisherigen Vorgabe der strikten Grundlohnsummenanbindung bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität und zum anderen um die Herstellung der Chancengleichheit im Wettbewerb unter den Krankenkassen durch die einmalige Ermittlung eines landesdurchschnittlichen Punktwertes auf der Basis der Ist-Punktmengen im Laufe des Jahres 2012 je Kassenart, das gewichtete Ergebnis wiederum als Ausgangsbasis der Honorarverhandlung zwischen den Krankenkassen und der KZV für das Jahr 2013. Die „Aufweichung“ der strikten Grundlohnsummenanbindung, im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff Budgetierung verwendet, soll durch die Berücksichtigung von gleichgewichtigen Parametern neben dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität erzielt werden. Die Parameter heißen jetzt: Zahl und Struktur der Versicherten, Morbiditätsentwicklung, Kosten- und Versorgungsstruktur, für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit sowie Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen.

Diese vorgesehene Formulierung stellt in der Tat einen Fortschritt für den Bereich der Vereinbarung der Honorierung der vertragszahnärztlichen Leistungen dar. Nun besteht endlich die Möglichkeit, die durch den gesetzlich vorgegebenen Wettbewerb der Krankenkassen um gesunde junge Versicherte entstandenen Verwerfungen zu bereinigen. Die durch Budgetüberschreitungen bei den Zahnärzten entstandenen finanziellen Schäden, die primär durch die so genannten virtuellen Krankenkassen herbeigeführt wurden, können zwar nicht mehr rückwirkend behoben werden, jedoch besteht zumindest die Chance, in der Zukunft die erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen durch den vereinbarten Vertragspunktwert angemessen vergütet zu bekommen. In die-

sem Fall wurde das Bohren der dicken Bretter durch die KZBV und hier primär aus dem Vorstand, durch den Kollegen Eßer sowie durch die KZVs von Erfolg gekrönt.

Allerdings hat bekanntlich jede Medaille zwei Seiten. Kollege Eßer hat zu diesem Punkt auf der Vertreterversammlung der KZBV ausgeführt, dass nunmehr der Wettbewerb im Vertragsgeschäft zwischen den KZVs stattfinden kann! Wie diese Ausführung tatsächlich zu interpretieren ist, erschließt sich noch nicht so richtig. Zumal die zweite Neuerung im Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetz noch zu berücksichtigen ist. Sie lautete: Schaffung von Chancengleichheit im Wettbewerb unter den Krankenkassen. Der Gesetzgeber hatte hierfür den gemeinsam vom vdek und der KZBV getragenen Vorschlag aufgegriffen, dass eine Chancengleichheit durch die Schaffung von landesdurchschnittlichen Punktwerten zum Neustart und somit nur für eine kurze Zeit herbeigeführt werden kann. Was könnte dies bedeuten? Wir leben auch im vertragszahnärztlichen Vergütungssystem im Zeitalter des Gesundheitsfonds und somit der Zahlung von durchschnittlich gleichen Beträgen aus dem Fonds für die Versicherten der verschiedenen Krankenkassen. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es nicht eine eigenständige Krankenkasse vor Ort. Es gibt Krankenkassen, die sich über mehrere Bundesländer wenn nicht gar über das gesamte Bundesgebiet erstrecken. Somit erhält z. B. die BEK/GeK für jeden Versicherten, egal ob dieser in Hessen oder in M-V wohnt, den durchschnittlich gleichen Betrag aus dem Gesundheitsfonds. Nur die Vergütungen (Punktwerte) in diesen beiden Bundesländern sind im Durchschnitt nicht gleich. Gut, geht ja auch nicht, da zum einen die historische Entwicklung in Hessen eine andere ist als in den zwanzig Jahren in M-V und zum anderen der Gesetzgeber mit dem Finanzstärkungsgesetz nur 50 Prozent der von der Vertragszahnärzteschaft berechtigt geforderten Angleichung der Ostpunktwerte an die durchschnittlichen Westpunktwerte umgesetzt hat. Zum Start der Chancengleichheit braucht der Osten noch die fehlenden 50 Prozent.

Doch auch in den alten Bundesländern ist eine Chancengleichheit nicht gegeben. Auch ist zu beobachten, dass sich die Krankenkassen durch Fusionen mit anderen Krankenkassen oder über

die Grenzen verschiedener Bundesländer hinweg zusammenschließen und sich somit zu immer größer werdenden Krankenkassenzentralen entwickeln, die den Länder-KZVs als Vertragspartner gegenüber stehen. Die Informationen aus den Verhandlungen aus dem einen Bundesland werden genutzt, um im anderen Bundesland geringere Honorarabschlüsse zu erzielen. Wenn man jetzt die Annahme trifft, dass die zuvor getroffene Aussage zur Realität werden würde, so stellt sich die Frage bei durchschnittlich gleich hohen Zuflüssen aus dem Gesundheitsfonds, wie werden die „Einsparungen“ der Krankenkassen von diesen eingesetzt? Hier kann es die Situation geben, dass möglicherweise Einsparungen aus den unterschiedlichen Punktwerthöhen bei bundesweit agierenden Krankenkassen genutzt werden, um höhere Punktwerte in einzelnen Bundesländern zu vereinbaren, oder es werden die Einsparungsbeträge genutzt, um diese z. B. für Selektivverträge in einzelnen Bundesländern einzusetzen. Wohlgedenkt bei durchschnittlich gleich hohen Zuflüssen je Versicherten aus dem Gesundheitsfonds. Aber wie sollen Krankenkassen den vom Gesetzgeber gewollten Wettbewerb auch sonst finanzieren? Ein Zusatzbeitrag wird hierfür sicherlich nicht das Mittel zum Zweck sein können. Das Beispiel City-BKK hat es deutlich gemacht. Deshalb muss die Frage erörtert werden, ob es nicht im gesetzlich gewollten Zeitalter des Wettbewerbs besser gewesen wäre, wenn jetzt im GKV-Versorgungsgesetz statt landesdurchschnittlicher Punktwerte ein bundesdurchschnittlicher Punktwert vorgesehen worden wäre, ggf. auch mit einer Spannweite wie es bei der Einführung des Festzuschussystems Zahnersatz für den zahntechnischen Bereich umgesetzt worden ist. Ein bundeseinheitlicher Punktwert bedeutet nicht gleichzeitig eine Zentralisierung, aber bei den zunehmenden Konzentrationsprozessen sollten auch zentral orientierte Aufgabenlösungen nicht sofort verneint werden. Denn nichts wäre schlimmer, als wenn durch das Fähnchen Regionalisierung bei einer fast solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung Finanzmittel entzogen würden.

Die Zeit bleibt spannend, doch vorerst wünscht der Vorstand eine gute Erholung in der anstehenden Sommer- und Urlaubszeit. **Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln**

ZahnRat 65

Die Röhrende Lücke – Zahnverlust oder Ersatz?

Zahnerhalt oder Implantat?



Ein zahnärztliches Implantat ist ein künstliches Gebissstück, das in den Kieferknochen eingebettet wird. Es ersetzt ein oder mehrere fehlende Zähne. Im Gegensatz zu einer Zahnkrone, die auf dem natürlichen Zahn aufgesetzt wird, ist ein Implantat fest mit dem Kieferknochen verbunden. Dies ermöglicht eine natürliche Kaukraftübertragung und ein natürliches Aussehen. Die Implantation ist ein chirurgischer Eingriff, der von einem Zahnarzt durchgeführt wird. Die Kosten für ein Implantat sind höher als für eine Zahnkrone, aber die Lebensdauer ist deutlich länger. Ein Implantat kann über Jahrzehnte hinweg funktionsfähig bleiben, während eine Zahnkrone in der Regel nur für einige Jahre hält. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie dem Zustand des natürlichen Zahns, der Knochenqualität und den persönlichen Präferenzen des Patienten. Ein Zahnarzt kann bei der Entscheidung helfen.

Patenschaftung der Zahnärzte
Kommunikation, Patientenschutz, Qualität, Fortschritt, Innovation

ZahnRat 66

Immobilisierendes • Zahnpflege • Festschienen/traumatischer Zahnschutz • Rehafragen

Der immobile mundgesunde Patient



Der immobile mundgesunde Patient ist ein Patient, der aufgrund von körperlichen Einschränkungen nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen. Dies kann durch eine Krankheit, eine Verletzung oder eine Behinderung verursacht werden. Die Pflege dieser Patienten ist eine Herausforderung für den Zahnarzt, da er sicherstellen muss, dass der Patient während der Behandlung sicher und komfortabel ist. Dies erfordert oft die Hilfe von Assistenten oder Angehörigen. Die Zahnbehandlung für immobile Patienten sollte sorgfältig geplant werden, um die Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen. Dies kann die Verwendung von speziellen Hilfsmitteln, die Anpassung der Behandlungsposition und die Kommunikation mit dem Patienten umfassen. Die Zahnärzte sind verpflichtet, die gleiche Qualität der Versorgung für alle Patienten zu gewährleisten, unabhängig von ihrer Mobilität.

Patenschaftung der Zahnärzte
Kommunikation, Patientenschutz, Qualität, Fortschritt, Innovation

ZahnRat 67

Implantologie • Implantatfestsitzend • Aufwickeln des Zahns

Implantat: Wann? Wie? Wo? Wer?



Was ist Implantologie? Die Implantologie ist ein Teil der Zahnmedizin, der sich mit der Einbringung von künstlichen Zahnwurzeln in den Kieferknochen beschäftigt. Diese Implantate werden verwendet, um fehlende Zähne zu ersetzen. Die Implantation ist ein chirurgischer Eingriff, der von einem Zahnarzt durchgeführt wird. Die Kosten für ein Implantat sind höher als für eine Zahnkrone, aber die Lebensdauer ist deutlich länger. Ein Implantat kann über Jahrzehnte hinweg funktionsfähig bleiben, während eine Zahnkrone in der Regel nur für einige Jahre hält. Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie dem Zustand des natürlichen Zahns, der Knochenqualität und den persönlichen Präferenzen des Patienten. Ein Zahnarzt kann bei der Entscheidung helfen.

Patenschaftung der Zahnärzte
Kommunikation, Patientenschutz, Qualität, Fortschritt, Innovation

ZahnRat 68

Was wichtig ist bei der Zahnversicherung 12 und 18

Teeth & Teens: Zähne in den Zehnern



Teeth & Teens: Zähne in den Zehnern ist ein Artikel, der sich mit den Zahngesundheitsproblemen von Jugendlichen beschäftigt. In den Zehnern treten viele Jugendliche mit Zahngesundheitsproblemen auf, wie Karies, Parodontitis und Zahnerosion. Dies ist oft auf schlechte Mundhygiene, eine ungesunde Ernährung und den Konsum von zuckerhaltigen Getränken zurückzuführen. Die Zahnärzte sollten sich auf die Prävention von Zahngesundheitsproblemen bei Jugendlichen konzentrieren. Dies kann die Verwendung von Zahnpasta mit Fluorid, die Verwendung von Zahnseide und die Verwendung von Mundspülung umfassen. Die Zahnärzte sollten auch die Eltern der Jugendlichen über die Bedeutung der Mundhygiene aufklären. Die Zahnärzte sind verpflichtet, die gleiche Qualität der Versorgung für alle Patienten zu gewährleisten, unabhängig von ihrem Alter.

Patenschaftung der Zahnärzte
Kommunikation, Patientenschutz, Qualität, Fortschritt, Innovation

ZahnRat 69

Der Einfluss von Allgemeinmedikationen und Medikamenten auf die Zahnärztliche

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



Bei Risiken und Nebenwirkungen ... Fragen Sie Ihren Zahnarzt! ist ein Artikel, der sich mit den Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten beschäftigt, die von Zahnärzten verschrieben werden. Viele Medikamente können die Mundgesundheit beeinflussen. Einige Medikamente können die Mundtrockenheit verursachen, was das Risiko von Karies und Parodontitis erhöht. Andere Medikamente können die Zahnfärbung verursachen. Die Zahnärzte sollten sich über die Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten informieren, die von ihren Patienten eingenommen werden. Dies kann die Verwendung von Mundspülung, die Verwendung von Zahnpasta mit Fluorid und die Verwendung von Zahnpoliermitteln umfassen. Die Zahnärzte sollten auch die Patienten über die Bedeutung der Mundhygiene aufklären. Die Zahnärzte sind verpflichtet, die gleiche Qualität der Versorgung für alle Patienten zu gewährleisten, unabhängig von ihrer Medikation.

Patenschaftung der Zahnärzte
Kommunikation, Patientenschutz, Qualität, Fortschritt, Innovation

ZahnRat 70

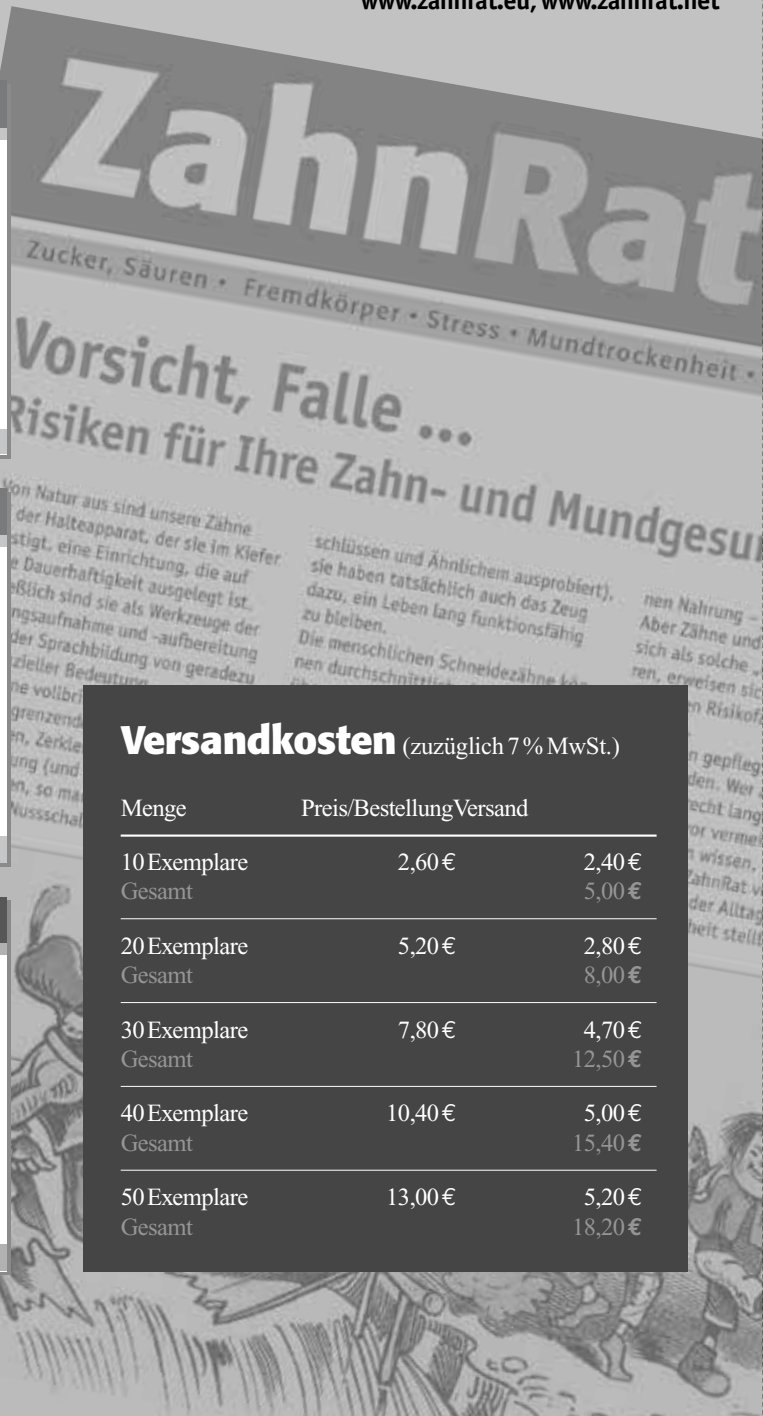
Erkennung • Haltschmerz • Aufwand • Anbahnung • Verantwortlichkeit • Kosten

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



„Wenn der Zahn aber nu en Loch hat? Lieber Heinrich, lieber Heinrich! Stopf es zu, liebe, liebe Liese; liebe Liese, stopf's zu!“ ist ein Artikel, der sich mit den Risiken von Zahnlöchern beschäftigt. Ein Zahnloch (Karies) kann zu Schmerzen, Entzündungen und schließlich zum Zahnverlust führen. Die Zahnärzte sollten sich auf die Prävention von Zahnlöchern konzentrieren. Dies kann die Verwendung von Zahnpasta mit Fluorid, die Verwendung von Zahnseide und die Verwendung von Mundspülung umfassen. Die Zahnärzte sollten auch die Patienten über die Bedeutung der Mundhygiene aufklären. Die Zahnärzte sind verpflichtet, die gleiche Qualität der Versorgung für alle Patienten zu gewährleisten, unabhängig von ihrem Alter.

Patenschaftung der Zahnärzte
Kommunikation, Patientenschutz, Qualität, Fortschritt, Innovation



Versandkosten (zuzüglich 7% MwSt.)			
Menge	Preis/Bestellung Versand		
10 Exemplare	2,60€	2,40€	
Gesamt		5,00€	
20 Exemplare	5,20€	2,80€	
Gesamt		8,00€	
30 Exemplare	7,80€	4,70€	
Gesamt		12,50€	
40 Exemplare	10,40€	5,00€	
Gesamt		15,40€	
50 Exemplare	13,00€	5,20€	
Gesamt		18,20€	

FAX - Bestellformular 03525 - 71 86 12

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

- Stück
- 65 Zahnerhalt oder Implantat?
 - 66 Der immobile mundgesunde Patient
 - 67 Implantate: Wann? Wie? Wo? Wer?
 - 68 Teeth & Teens: Zähne in den Zehnern
 - 69 Bei Risiken und Nebenwirkungen ... Fragen Sie Ihren Zahnarzt!
 - 70 „Wenn der Zahn aber nu en Loch hat? ...“

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis _____

Ansprechpartner _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

Datum _____ Unterschrift _____

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.



dens

20. Jahrgang

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

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

Redaktion:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Redaktionshinweise:

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

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

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztlichen Körperschaften Mecklenburg-Vorpommern kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zuzüglich Versandkosten.

Titelbild: Antje Künzel

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

KZBV-Vertreterversammlung: Ja zu Reform	10
Sechs Irrtümer zur Novellierung der GOZ	11-14
Führungswechsel bei Bundesärztekammer	14
Kritik zum Datenschutz der eGK	15
Staatssekretär Thomas Ilka eingeführt	19
EU-Standards unbedingt verhindern	22
Herausforderungen des demografischen Wandels	23
Zahnärztinnenkongress	26-27
Sylter Woche: Aktuelle Wissenschaft und Praxis	27
25. Bundeskongress für medizinische Fachberufe	30
Dreihaupt bleibt Präsident	31
Irreführung bei Branchenbucheinträgen	34
Neues im Umgang mit Gold	41
Bücher	42
Glückwünsche / Anzeigen	44

Zahnärztekammer

Kammerdelegierte tagten in Rostock	4-7
20. Zahnärztetag der ZÄK	16-19, 31
Gefahr durch Aerosolwolke	20-21
Generalist oder Spezialist?	24-25
Fortbildung im September und Oktober	28-29
Medizinische Fachberufe: keine Tarifbindung	30

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Zwischen Engagement und Pflichterfüllung...	8-9
Die eGK kommt	19
Fortbildungsangebote	29
Verordnung von Heilmitteln durch Zahnärzte	33
Service der KZV	35

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Uni Greifswald führt Überbrückungsjahr ein	22
Airflow nur vom Zahnarzt	25
Jahrestagung Implantologie am 8. Oktober	31
Rostocker Kieferorthopäden in Chicago	32
Immaterieller Praxiswert steuerlich absetzbar	34
Osteoporose: Was ist wichtig für den Zahnarzt?	36-39
Auskunftspflichten der KZV zu gespeicherten Sozialdaten	40
Urteil zum Kurzarbeitergeld in Arztpraxen	41
Keine extra Rundfunkgebühr	41

Impressum	3
Herstellerinformationen	43

Aufgabenmarathon in neuer Legislaturperiode

Kammerdelegierte und Kreisstellenvorsitzende tagten in Rostock

Während Fürst Albert II. und seine Braut Charlene alle öffentliche Aufmerksamkeit in das Fürstentum Monaco zogen, trafen sich die gewählten Mitglieder der Kammerversammlung gemeinsam mit den Kreisstellenvorsitzenden am 2. Juli in Rostock.

Eingeleitet wurde die turnusmäßige Kammerversammlung mit der nachträglichen Gratulation von Professor Dr. Dr. Johannes Klammt zu seinem 75. Geburtstag. Ebenso wurde den ausscheidenden Kreisstellenvorsitzenden Dirk Nienkarken, Demmin und Jan Gewert, Parchim für ihre geleistete berufspolitische Arbeit in den Kreisstellen gedankt.

Präsident Dr. Dietmar Oesterreich berichtete einleitend über die gesundheitspolitische Entwicklung und formulierte anstehende Aufgaben nach der Neukonstituierung des Kammervorstandes zu Beginn des Jahres. Im Focus der gegenwärtigen berufspolitischen Debatte stehe der Referentenentwurf zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Während der Verzicht auf eine Öffnungsklausel positiv bewertet werden dürfe, stünden dennoch erhebliche Kritikpunkte im Raum. Im Wesentlichen seien dies die fehlende Punktwerthöhung sowie die unzureichende Honorarsteigerung von lediglich sechs Prozent. Aber auch die geplante Einführung eines Zielleistungsprinzips bei der Bere-



Der Kammervorstand der neuen Legislatur stellt sich den zukünftigen Aufgaben (v.l.n.r. Dr. Jürgen Liebich, Dr. Angela Löw, Dipl.-Stom. Holger Donath, Dipl.-Stom. Andreas Wegener; Dr. Dietmar Oesterreich, Hauptgeschäftsführer RA Peter Ihle, Dipl.-Stom. Gerald Flemming und ZA Mario Schreen.

chenbarkeit von Leistungsbestandteilen kritisierte Dr. Oesterreich. Sie würden Streitigkeiten provozieren, die letztendlich auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden und somit das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig stören. Statt dessen sei die Einführung eines Mechanismus zur jährlichen automatischen Anpassung an den Preisindex zu fordern.

Die polemischen Pressekampagnen der vergangenen Wochen von Seiten der privaten wie gesetzlichen Krankenversicherungen würden darauf abzielen, der Öffnungsklausel Tür und Tor zu öffnen. Hier sei

das gemeinsame Handeln aller ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen gefordert. Die Gleichstellung von GOÄ und GOZ müsse ein gemeinsames Ziel sein. Die Zahnärztekammer habe zu diesen wichtigen Punkten Gespräche mit den Staatssekretären im Innen- sowie im Gesundheits- und Sozialministerium des Landes geführt.

In seinen weiteren Ausführungen bezog sich der Präsident auf das bevorstehende Versorgungsgesetz. Zielvorgaben für dieses Gesetz seien neue Strukturen des Vergütungssystems, die Abschaffung des Budgets in der Zahnmedizin und die Aufhebung der Unterschiede zwischen den Kassen, aber auch zwischen Ost und West. Kritik äußerte Dr. Oesterreich an der unnötigen Wiederholung bereits bestehender berufsrechtlicher Regelungen und dem Fehlen angemessener gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen für die Behandlung Pflegebedürftiger und von Menschen mit Behinderungen. Auch ein neues Patientenrechtegesetz werfe seine Schatten voraus. Hier seien es insbesondere der Behandlungsvertrag, das Haftungsrecht und die Dokumentationspflicht, die eine Kodifizierung erfahren werden. Zur Vermeidung von Defensivmedizin und explodierenden Haftpflichtabsicherungsprämien warnte Dr. Oesterreich vor einer Beweislastumkehr.



Dr. Bernd Gehrman, Kreisstellenvorsitzender aus Waren/Müritz, in der Diskussion zur Notdienstplanung. Fotos: Konrad Curth

Die Nutzung und Anerkennung der körperschaftlichen Selbstverwaltung mit den Möglichkeiten der Schlichtung und Patientenberatung sowie die Implementierung eines Fehlermanagements seien aus Sicht der Bundeszahnärztekammer deutlich zielführender.

Auch das Heilberufsgesetz unseres Bundeslandes hat kürzlich Änderungen erfahren. Neu geregelt sind die Wahlen der Heilberufskammern sowie Bestimmungen zur fach(zahn)ärztlichen Weiterbildung. Demnach sind Hochschulen ohne gesonderte Zulassung als Weiterbildungsstätten geeignet. Dort beschäftigte Professoren benötigen zur Weiterbildung keine Ermächtigung.

Abschließend skizzierte Dr. Oesterreich wesentliche Aufgaben der Zahnärztekammer für die nahe Zukunft. Vornehmliches Ziel sei die Einbeziehung aller Kammermitglieder, ganz besonders der Berufsanfänger und Kolleginnen, in die Professionspolitik. Weiterhin gelte es im Interesse des Berufsstandes, für die Durchsetzung des Berufsrechts auch unter den Bedingungen des zunehmenden Wettbewerbs zu sorgen. Aktuellere Themen seien die Einführung des elektronischen Heilberufsausweises, die Fortentwicklung des Qualitätsmanagements, die Neugestaltung von Homepage und Newsletter und die Umsetzung der GOZ-Novellierung. Weiterhin gelte es, die Zusammenarbeit mit den norddeutschen Kammern, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland und selbstverständlich mit der Schwesternkörperschaft



Dipl.-Stom. Holger Donath berichtete über die Bilanz des Versorgungswerks.

KZV zu aktivieren. Hierzu fand der Geschäftsführer der Zahnärztekammer Dipl.-Phys. Konrad Curth die passende Überleitung. Er berichtete den Kolleginnen und Kollegen über den aktuellen Stand des Kammer- und KZV-getragenen Qualitätsmanagements, an dem nunmehr über 900 Praxen im Land teilnehmen. Im August sei ein weiteres Update zu erwarten. Eine der Neuerungen werde eine Datensicherung sein. Aber auch eigene Dokumente werde man in einzelnen Menüpunkten ablegen können. Ein aufgestockter Editor ermögliche dann das Einfügen von Grafiken und die Bearbeitung von Seitenumbrüchen. Insgesamt wurden circa 80 PDF-Dokumente ausgetauscht bzw. eingefügt.



Dr. Peter Bühren, Landesvorsitzender des FVDZ, war Gast der Kammerversammlung.

Hauptgeschäftsführer RA Peter Ihle informierte anschließend die Kammerversammlung über Änderungen im Heilberufsgesetz zu den Wahlmodalitäten bei den Heilberufskammern. Gleichzeitig wurde die Versammlung über den aktuellen Sachstand des Wahlanfechtungsverfahrens unterrichtet. Der Kläger, Kollege Dr. Peter Bühren, der als Gast anwesend war, erhielt Gelegenheit, seine Beweggründe für die Einreichung der Klage und seine damit verbundenen Vorstellungen vorzutragen. Bekannterweise prägen unterschiedliche Rechtsauffassungen das Verfahren. Der Vorstand der Zahnärztekammer habe sich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt, betonte Präsident Dr. Oesterreich. In einer von den Kammerdelegierten sehr sachlich geführten Diskussion wurde beschlossen, dass sich der Satzungsausschuss und weitere Kollegen in einer Arbeitsgruppe zusammenfinden, um die Vor- und Nachteile von Mehrheitswahlrecht und Verhältniswahlrecht aufzuarbeiten und das Ergebnis zur weiteren Diskussion der Versammlung vorzulegen.

Dr. Jürgen Liebich, Referent für Fort- und Weiterbildung, erläuterte dem Auditorium Änderungen der bisherigen Weiterbildungsordnung. So werde die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern künftig die Anerkennung als „Fachzahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen“ aussprechen, wenn die Weiterbil-



Dr. Holger Garling, hier in der angeregten und sachlichen Diskussion über zukünftige Wahlmodalitäten.

derung in einem geordneten Verfahren erfolgt. Problematisch gewesen sei bisher das Prüfungsverfahren, wenn der Prüfling unmittelbar nach erfolgter Weiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern den Kammerbereich verließ und somit nicht mehr Mitglied der bisherigen Kammer war. Nunmehr bestehe die Möglichkeit, sofern bei Antragsstellung zur Anerkennung der Weiterbildung eine Kammerzugehörigkeit in Mecklenburg-Vorpommern vorlag, die entsprechende Prüfung in unserem Bundesland abzulegen.

Über deutliche Probleme bei der Gewinnung von Auszubildenden berichtete der Referent für ZFA/ZAH, Zahnarzt Mario Schreen. Insbesondere der demografische Wandel, aber auch eine zu überdenkende Arbeitsplatzattraktivität würden dazu führen, dass zunehmend Ausbildungsplätze für zahnmedizinische Fachangestellte nicht mehr besetzt werden könnten. Der „Geist vom Fachkräftemangel“ erreiche somit auch die Zahnarztpraxen. In Konkurrenz um die Bewerberinnen habe das Referat festgestellt, dass bei der Berufssuche eher eine Orientierung am Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten erfolge. Zur Begründung sei oftmals auf die bessere Ausbildungsvergütung beim ärztlichen Hilfspersonal verwiesen worden. Die Kammerversammlung entschloss sich daher, der Kollegenschaft die Empfehlung auszusprechen, die Ausbildungsvergütung künftiger Zahnmedizinischer Fachangestellter der künftiger Medizinischer Fachangestellter gleichzustellen (*dens* wird hierüber in der kommenden Ausgabe ausführlich berichten).



Vizepräsident, Dipl.-Stom. Andreas Wegener, Präsident Dr. Dietmar Oesterreich und Hauptgeschäftsführer Peter Ihle berichten über aktuelle gesundheitspolitische Themen.



Ein Blick in das Auditorium.

Über den Stand und die Entwicklung des Versorgungswerkes berichteten der Vorsitzende des Versorgungsausschusses Dipl.-Stom. Holger Donath und der Versicherungsmathematiker Dr. Horst-Günther Zimmermann. Nachdem durch die globale Krise im Jahr 2008 ein schwacher Ertrag zu verzeichnen gewesen sei, habe nach ersten positiven Signalen im Jahr 2009 eine weitere Erholung für das Geschäftsjahr 2010 festgestellt werden können. So sei die Bilanzsumme bei den Erträgen um 20 329 Euro auf 253 004 Euro gestiegen. Damit liege die Bruttorendite mit 4,27 Prozent auf Vorjahresniveau. Auch die Nettorendite mit 3,74 Prozent habe erfreulicherweise den Rechnungszins von 3,5 Prozent übertroffen. Bei der Anzahl der Mitglieder sei das Versorgungswerk langsam wachsend. Hier müssten gedanklich die zahnärztliche Versorgungssituation und die demografischen Veränderungen in Mecklenburg-Vorpommern berücksichtigt werden.

Zum Thema „Arbeit in den Kreisstellen“ hat der Vorstand den EDV-Berater und Softwareentwickler Mario Kuhn eingeladen. Kuhn stellte der Kammerversammlung und den Vorsitzenden der Kreisstellen eine Softwarelösung für die Notdienstplanung und -dokumentation vor. Diese Excelanwendung mit zentraler Notrufnummer finde auf der Insel Rügen seit nunmehr über zehn Jahren erfolgreich Anwendung. Verständlicherweise stieß das Projekt auf viel Interesse im Auditorium. Man war sich in der Diskussion darüber einig, die Voraussetzungen in den Kreisstellen zu prüfen. Der Kammervorstand wird hier weitere Aktivitäten folgen lassen, um einerseits die Notdienstplanung zu erleichtern, andererseits die positive öffentliche Wahrnehmung der zahnärztlichen Versorgung im Urlaubsland Mecklenburg-Vorpommern zu fördern.

Die nächste Kammerversammlung wird am 3. Dezember in Schwerin stattfinden.

Dipl.-Stom. Gerald Flemming
Referent für Öffentlichkeitsarbeit

Die Kammerversammlung verabschiedete folgende

Resolutionen:

Novellierung der GOZ unzureichend

Die Kammerversammlung fordert die Bundesregierung, den Bundesgesundheitsminister und die Länder auf, bei der GOZ-Novellierung die Kostensteigerungen der vergangenen Jahre zu berücksichtigen und den Punktwert angemessen zu erhöhen. Darüber hinaus fordert die Kammerversammlung den Ordnungsgeber auf, in die GOZ eine Regelung aufzunehmen, nach der der GOZ-Punktwert jährlich an die tatsächliche Kostenentwicklung in den Praxen angepasst wird.

Begründung:

Der vorliegende Referententwurf sieht keinen ausreichenden Ausgleich für fehlende Honoraranpassungen in den letzten 23 Jahren vor. Es ist inakzeptabel, dass die Kostenentwicklungen seit

der letzten Novellierung im Jahr 1988 nicht berücksichtigt werden. Infolge zahlreicher neuer Anforderungen (Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Hygienerichtlinien, Medizinproduktegesetz etc.) durch den Gesetzgeber sind die Kosten in den Praxen zusätzlich zu den erheblichen Steigerungen des Lebenshaltungsindex gestiegen. Der Punktwert ist aus gesundheitsökonomischen und betriebswirtschaftlichen Gründen an die tatsächliche Kostenentwicklung in den Praxen anzupassen. Die Delegierten der Kammerversammlung fordern daher eine angemessene Erhöhung des Punktwertes. Ferner fordern die Delegierten, den in der GOZ vorgesehenen Punktwert jährlich an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen.

Praxisgebühr abschaffen – kein Steuerungseffekt

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern fordert die sofortige Abschaffung der Praxisgebühr. Die daraus resultierenden Mindereinnahmen müssen über den Beitragssatz kompensiert werden.

Generell, aber insbesondere für Patienten in sozial schwierigen Lebenslagen stellt die Praxisgebühr ein Hindernis dar, den Zahnarzt regelmäßig und rechtzeitig aufzusuchen. Genau in diesen Bevölkerungsgruppen liegt das höchste Erkrankungsrisiko, welchem nur durch einen niedrigschwelligen Zugang zu zahnmedizinischen Dienstleistungen begegnet werden kann. Gerade im zahnärztlichen Bereich gilt es durch wissenschaftliche und sozialepidemiologische Studien als nachgewiesen, dass das Erkrankungsrisiko durch Kontrollorientierung und Früherkennung bzw. Frühbehandlung deutlich reduziert werden kann. Mit der Praxisgebühr wurde eine Hemmschwelle geschaffen, mit der neben den möglichen ge-

sundheitlichen Folgen für den Patienten auch gesundheitsökonomische Nachteile verbunden sind. Manifeste und ausgeprägte Erkrankungen erfordern einen höheren und umfangreicheren Ressourceneinsatz. Damit ist die Praxisgebühr im zahnmedizinischen Bereich präventionsfeindlich und unsozial.

Zudem ist der mit der Einführung der Praxisgebühr beabsichtigte Steuerungseffekt in der Zahnmedizin ohnehin von untergeordneter Bedeutung. Sozialepidemiologische Studien belegen die hohe Zahnarzt-Patienten-Bindung und zeigen, dass ein regelmäßiger Zahnarztwechsel (sog. Doctor hopping) in der Zahnmedizin praktisch nicht vorhanden ist.

Gleichzeitig muss auf den unverhältnismäßig hohen Aufwand in den zahnärztlichen Praxen zum Einzug der Praxisgebühr aufmerksam gemacht werden. Mit dem allseits angestrebten Bürokratieabbau ist dies schwer in Einklang zu bringen.

Zwischen Engagement und Pflichterfüllung...

...oder warum Leidenschaft sehr zufrieden machen kann

Schmunzelnd blättert Dr. Harald Möhler ein Bündel geklammerter Kopien durch. Die Schrift ist blass und der Seitenrand schmal. 28 Seiten hatte sie, die „erste dens“, wie Möhler sie nennt. In Wahrheit hießen die ersten Informationen vom 1. September 1990 „Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern“. Erst knapp zwei Jahre später wurde daraus dens, in der heute vertrauten Form. Beide Formate hat Möhler quasi aus dem Boden gestampft. Daran erinnert er sich gern.

„Die ersten Veröffentlichungen habe ich 1990 von der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit dem Wartburg geholt. Hans-Peter Küchenmeister, damals Öffentlichkeitsreferent der Zahnärztekammer in Kiel, hat uns geholfen und die Redaktion übernommen“, erklärt Möhler rückblickend. Während heute ein Großkopierer einige Stunden lang den kompletten Rundbrief für alle Zahnärzte des Landes fertigt, war der Aufwand vor über zwanzig Jahren vergleichsweise riesig. Trotzdem war die Zeit des Umbruchs und der Erfahrung, zum ersten Mal eigene Belange mitentscheiden zu können, befreiend. Die Kopien von 1990 reichten gerade, um die frisch gewählten Kammermitglieder zu informieren. Mund-zu-Mund-Propaganda war notwendig, um alle Informationen und Termine in die Praxen zu tragen. Ein Modell, das damals sehr gut funktionierte.

1992 dann zum ersten Mal dens. Redaktionsmitglieder waren Dr. Harald Möhler, Konrad Curth und Dr. Werner Stockfisch. Letzterer, bis 1991 Kulturredakteur der Norddeutschen Zeitung (NDZ), hatte die Idee für Layout und Titel in der Tasche. Schwarz-weiß sollte dens werden, mit glattem, festem Papier. Keine Farbe, denn die war teuer und man wollte die Gelder der Kollegen verantwortungsvoll nutzen. Im August 1992 zierten erstmals beide Körperschaften den Untertitel von dens. Einhellige Zustimmung fand der Antrag Möhlers auf der Kammerversammlung im Juni, das Mitteilungsblatt fortan gleichberechtigt von beiden zahnärztlichen Körperschaften herauszugeben. In gemeinsamen Redaktionssitzungen besprachen Dr. Harald Möhler für die Zahnärztekammer

und Dr. Ernst Zschunke für die Kasenzahnärztliche Vereinigung unter fachlicher Anleitung von Dr. Werner Stockfisch Monat für Monat redaktionelle Themen und machten dens zu einer festen Größe für die Praxen im Land. „Wenn die Korrekturen kamen, musste es immer schnell gehen“, erinnert sich Möhler. Der gleichwohl charismatische aber auch ungeduldige Werner Stockfisch forderte dabei Engagement und Genauigkeit. „Ich habe jede Ausgabe von vorn bis hinten gelesen, Zeile für Zeile“, bekennt Möhler, „auch dann, wenn die Korrekturdateien am Silvestertag kamen“.

Wenn Möhler dens heute sieht, hat sich augenscheinlich nicht viel ver-

ändert. Noch immer prangt der kurze prägnante Schriftzug auf dem Titel. Der Wiedererkennungswert ist hoch. Darauf haben die Herausgeber immer geachtet. „Ich lese immer noch dens, aber heute auch schon mal quer“, sagt er lächelnd.

Wenn Möhler sich an die Anfänge seiner standespolitischen und ehrenamtlichen Arbeit für die Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern erinnert, dann spielen dens und Redaktionsgespräche, Länderpressereferententreffen und neu zu gründende Ausschüsse eine große Rolle. Neue Strukturen, deren Schaffung notwendig wurden, von denen Anfang der neunziger Jahre aber keiner wusste, wie sie funk-



Am 22. Juni bestritten Dr. Harald Möhler (links) und Dr. Dietmar Göseke ihre letzte Sitzung für den Prothetikeinigungsausschuss. Vom Vorstand der KZV gab es Blumen und ein großes Danke.
Foto: Antje Künzel

tionieren. Pionierarbeit leistete er deshalb gleich mehrmals. Neben der Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung auf Seiten der Zahnärztekammer konstituierte sich bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung der Prothetikeinigungsausschuss (PEA). Zuhilfenahme erfolgte die Bestellung der Mitglieder. Denn nicht nur für die Zahnärzte waren viele Aufgabenfelder komplett neu, sondern auch für die Vertreter der Krankenkassen. Möhler war Gründungsmitglied und gab dem Ausschuss lange Jahre ein eigenes Profil. Am 22. Juni hat er das letzte Mal Fälligkeit begutachtet und Entscheidungen getroffen. Gemeinsam mit Kollegen Dr. Dietmar Göseke beendet er seine Arbeit im PEA, mit ein wenig Wehmut und dem Bewusstsein, Platz zu schaffen für junge Kollegen.

An die erste Sitzung 1993 in der Werkstraße 4 erinnert sich Möhler noch gut. „Drei Zahnärzte waren wir, alles erfahrene Praktiker“, weiß er. Die erste Lektion, die er lernen musste: Mit der Eingliederung ist die prothetische Arbeit abgeschlossen. „Das haben wir anders gesehen. Da gab es viele Diskussionen“, sagt Möhler. Die gibt es auch heute noch, „aber das Klima ist sehr gut“, so Möhler weiter. Und die Sichtweisen ändern sich über zwanzig Jahre. „In der Wurzelbehandlung entscheiden wir heute anders. Da liegen Welten zwischen früher und heute“, meint Möhler. „Und es wird heute nicht mehr zwingend ein Pfeiler-Lockerungsgrad 0 gefordert. Bei sorgfältig gestellter Indikation sind Erweiterungen in der Nutzung des Zahns berechtigt“, erklärt er.

„Die jüngeren Ausschussmitglieder sind rigoroser eingestellt“, unterstreicht auch Dr. Dietmar Göseke. Als langjähriger Gutachter und Mitglied im Prothetikwiderspruchsausschuss arbeitete er die letzten vier Jahre im Prothetikeinigungsausschuss mit. „Ich hatte mir die Arbeit in diesem Gremium kontroverser vorgestellt“, sagt er heute. „Denn viele Kollegen sind betroffen und empfinden den Ausschuss schon mal als Tribunal.“ Das ist er in keinem Fall. „Die Zusammenarbeit ist bei aller Diskussion, die es auch gibt, aber sachlich und fachbezogen“, erzählt Göseke. Die Gelassenheit der erfahrenen Praktiker und die fortschrittliche Sichtweise der jüngeren Fachkollegen ermöglichen eine offene Debatte und immer die Suche nach der bestmöglichen Lösung. Göseke gibt zu, dass er die

Arbeit der KZV, der einzelnen Ausschüsse, anfänglich unterschätzt hat. Die seit vielen Jahren immer wieder diskutierte Abschaffung der zahnärztlichen Selbstverwaltung ist für ihn deshalb heute kein Thema mehr. „Eine Institution wie der Prothetikeinigungsausschuss spart letztlich viele Zivilrechtsverfahren und gibt den Kollegen die Chance, fachliche Fragestellungen intern zu lösen“, meint Göseke. „Wir machen Qualitätssicherung mit und für die Kollegen“, stellt er klar. Denn, und das sagt er auch deutlich, die Patienten werden anspruchsvoller und fordernder. „Jeder Kollege kann mit einem Behandlungsfall vor dem Prothetikeinigungsausschuss landen“, erklärt er. „Wir verstehen uns als Vermittlerposition.“

Möhler empfindet es deshalb besonders wichtig, dass möglichst viele Kollegen der Ladung des PEA zu einer anberaumten Sitzung folgen. „Nur dann ist es möglich, sich ein genaues Bild zu machen und die klinische Situation des Patienten zu komplettieren“, sagt er. Göseke weiß: „Manche Kollegen sind sehr betroffen, wenn ihre fachliche Meinung in Frage gestellt wird, doch die allermeisten sehen den PEA als Bereicherung.“

Fällt es schwer, nach so vielen Jahren Praxisarbeit und ehrenamtlichem Engagement Platz zu machen für jüngere Kollegen? „Jein“, sagen beide

etwas schleppend. „Der Abschied von den Patienten fiel mir schwer“, sagt Möhler, dessen Schweriner Praxis seit Anfang Mai 2010 von einer jungen Kollegin weitergeführt wird. „Ich war Zahnarzt mit Leib und Seele“, lächelt er. Noch heute ist er gelegentlich an seiner alten Wirkungsstelle und bespricht den einen oder anderen Behandlungsfall.

„Ich wollte eigentlich nicht aufhören, war gern Zahnarzt und fachlicher Ratgeber“, sagt auch Göseke. „Für unsere Kinder – Sohn und Schwiegertochter sind ebenfalls Zahnärzte – kann und darf ich dies noch weiter sein“, ergänzt er. „Denn sie führen heute unsere Praxis im Rostocker Zentrum.“

Beide gehen also mit einem lachenden und einem weinenden Auge. Es ist schön zu sehen, wie zufrieden und erfüllt sie das zahnärztliche Berufsleben hinter sich lassen. Während Dr. Harald Möhler sich darauf freut, mit seinem Boot auf dem Schweriner See zu fahren und den langen Winter nutzen will, um liegengeliebtes Papier in Ruhe zu sichten, will Dr. Dietmar Göseke sich dem Radfahren und dem Garten widmen. Sein besonderes Interesse gilt geschichtlichen Themen und der Ahnenforschung. Und sollte mal ein fachlicher Rat gebraucht werden, freuen sich die beiden sicher sehr, diesen geben zu können.

Kerstin Abeln

Hintergrund:

Prothetik-Einigungsausschuss (PEA)

Ist ein nach dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte (BMV-Z) vorgeschriebenes, paritätisch besetztes Gremium aus jeweils drei Kassenvertretern und drei Zahnärzten. Der PEA gilt nur für Primärkrankenkassen.

Der PEA entscheidet über: Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkassen gegen die Stellungnahme des Gutachters und Mängelansprüche der Krankenkasse gemäß § 5 Anlage 12 zum BMV-Z sowie über die Kosten der Begutachtung ausgeführter prothetischer Leistungen (Anhang gemäß § 3 Abs. 3 der Anlage 12 zum BMV-Z).

Bei Verfahren über Mängelansprüche der Krankenkassen gilt: Wenn eine Zahnersatzversorgung nicht zur Zufriedenheit ausfällt, hat der Prothetik-Einigungsausschuss zu prüfen, ob dies auf einem Ausführungs- oder Planungsverschulden des Zahnarztes beruht und ob dem betroffenen Behandler kein Nachbehandlungsrecht mehr zusteht. Ist das nicht mit letzter Sicherheit feststellbar, ist der Regressanspruch der Krankenkasse nicht gegeben.

Näheres in der Informationsmappe der KZV, Fach-Nr. 7

Gesetzgeber greift langjährige Forderung auf

KZBV-Vertreterversammlung begrüßt Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

Auf der zweiten Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) am 9. Juni in Hamburg haben die Delegierten in einem einstimmig angenommenen Antrag die im Zuge des GKV-Versorgungsgesetzes geplante Strukturreform der vertragszahnärztlichen Vergütung begrüßt. Der Gesetzgeber greife damit eine langjährige Forderung der KZBV auf, die strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen abzulösen. In einem zunehmend wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen sei es „nicht nur konsequent, sondern auch längst überfällig, den absoluten Vorrang des Grundsatzes der Beitragsstabilität aufzugeben, den Vertragspartnern vor Ort größere Spielräume zu geben und die zahnmedizinische Versorgung am Bedarf der Patienten auszurichten.“ Das Morbiditätsrisiko müsse wieder auf die Krankenkassen übergehen.

Die Vertreterversammlung fasste auch zu folgenden Themen Beschlüsse:

Delegierte beanspruchen Chance auf weitere Anpassung der Ost-Honorare

Einmütig appellierten die Delegierten an den Gesetzgeber, „eine Regelung in das GKV-Versorgungsgesetz aufzunehmen, die den Vertragsparteien in den neuen Bundesländern die realistische Möglichkeit gibt, auf dem Vertragswege die weitere Anpassung der Vergütung in den neuen Bundesländern zügig zum Abschluss zu bringen“. Hintergrund der Forderung ist, dass die vertragszahnärztlichen Honorare im Osten trotz der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom vergangenen Jahr eingeleiteten Anhebung noch immer deutlich unter dem West-Durchschnitt liegen.

Deutliche Nachbesserung des GOZ-Referentenentwurfs angemahnt

Am Referentenentwurf einer neuen Gebührenordnung für Zahnärzte forderte das Zahnärzterparlament umfassende Nachbesserungen ein. Folgende Minimalanforderungen müssten umgesetzt werden, um Qualität und Innovationsorientierung der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland weiterhin zu erhalten:

- „Angemessene Erhöhung des Punktwertes unter Berücksichti-



In Hamburg trafen sich die Delegierten zur Vertreterversammlung der KZBV.

gung des nachgewiesenen Anstiegs der Praxiskosten als auch des Kaufkraftverlustes seit 1988

- Aufnahme einer Bestimmung zur regelmäßigen Anpassung der Vergütung an die wirtschaftliche Entwicklung
- Keine Einführung des Zielleistungsprinzips
- Vermeidung erhöhter Bürokratienkosten und verwaltungstechnischen Mehraufwandes in den Praxen (...)

Konsequenter Reform der G-BA-Strukturen gefordert

Die Delegierten begrüßten die Absicht des Gesetzgebers, im Rahmen des GKV-Versorgungsgesetzes eine Reform der schwerfälligen Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einzuleiten. Zugleich beklagten sie, dass die vorgesehenen Regelungen die Sonderstellung des zahnärztlichen Sektors nur unzureichend berücksichtigen. Die Vertreterversammlung forderte den Gesetzgeber daher auf, im G-BA „gleichberechtigte sektorenspezifische und sektorenübergreifende Beschlussgremien zu schaffen“.

Patientenrechtegesetz: Bewährte Haftungs- und Beweislastregelungen nicht antasten

Die Vertreterversammlung rief den Gesetzgeber auf, im Zuge des Patientenrechtegesetzes „die bewährten, von der Rechtsprechung entworfenen

Haftungs- und Beweislastregelungen aufzugreifen“. Eine generelle Umkehr der Beweislast hinsichtlich eines Verschuldens des Zahnarztes wurde abgelehnt. Eine verschuldensunabhängige Haftung führe „zu Defensivmedizin und einer unnützen Maximierung diagnostischer und therapeutischer Leistungen und damit eher zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung“.

Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte in Frage gestellt

Kritisch äußerten sich die Delegierten auch zu den jüngsten Entwicklungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die bekannt gewordene Sicherheitschwachstelle der Lesegeräte stelle „die Sinnhaftigkeit der Fortführung des Basis-Rollouts in Frage“. In einer mit überwältigender Mehrheit angenommenen Resolution forderten sie von den Trägerorganisationen der gematik eine verbindliche Zusicherung,

- „dass eine schnellstmögliche Lösung des Problems erarbeitet wird,
- dass diese Lösung nicht mit Kosten für die Zahnärzte verbunden sein darf. Andernfalls kann den Zahnärzten nicht empfohlen werden, diese Lesegeräte anzuschaffen“.

Gematik und Gesetzgeber müssten für „sichere, praktikable und wirtschaftliche Prozesse beim Einsatz der eGK und der dazu notwendigen Lesegeräte in den Praxen“ sorgen.

KZBV

Sechs Irrtümer zur Novellierung der GOZ

Argumentationshilfen für die Zahnarztpraxen im Land

Die Presselandschaft der letzten Wochen war durch eine tendenziöse Berichterstattung zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geprägt. Mit der von der PKV lancierten Behauptung einer angeblich drastischen Erhöhung der Kosten für zahnärztliche Behandlungen wurde zunächst überwiegend negativ berichtet. Damit soll erkennbar eine öffentliche Diskussion über die GOZ erzwungen werden, der Gesetzgeber unter Druck gesetzt und zu einer Revision der Eckpunkte der neuen GOZ bewegt werden. Es schloss sich eine Veröffentlichung eines Interviews des stellvertretenden Vorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes an, in dem vor vermeintlich negativen Auswirkungen der neuen Gebührenordnung auf die ge-

setzlich krankenversicherten Patienten gewarnt wurde. Blieben solche Behauptungen unwidersprochen, könnten in Zukunft zahnmedizinische Voruntersuchungen von Patientinnen und Patienten aufgrund unberechtigter Sorgen vor eklatanten Mehrkosten gemieden werden. Fehlinformationen zu Folgen und Kosten der GOZ-Novelle können so eine kostensparende präventive Zahnmedizin ad absurdum führen und damit die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ernsthaft gefährden. In einem Pressestatement stellte der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Peter Engel, umgehend klar: „Diese Argumentation ist Panikmache und verunsichert Patienten. Sie ist irreführend und rein politisch moti-

viert.“ In einer gemeinsamen Pressemitteilung von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung verdeutlichten beide anschließend, dass dieses durchsichtige Manöver der Kassen der Versuch sei, die dringend benötigte neue Gebührenordnung zu blockieren. Die Gesamtbevölkerung für diese Strategie über das Schüren von Ängsten zu benutzen, sei unverantwortlich. Die BZÄK hat ergänzend „6 Irrtümer zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)“ als Grundlage für eine sachliche und faire Debatte in der Öffentlichkeit und mit der Politik erstellt. Das Positionspapier sollte als Argumentationsgrundlage für Gespräche in den Zahnarztpraxen genutzt werden.

Behauptung	Richtigstellung
1. Die mit der GOZ-Novellierung verbundene Honorarerhöhung und Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung sei unnötig und maßlos.	<p><i>Die GOZ ist zuletzt 1988 novelliert worden. Nach 23 Jahren Honorarstillstand sind die im Referentenentwurf vorgesehenen sechs Prozent Honorarzuwachs mehr als moderat.</i></p> <p>Allein in der Zeit von 1988 bis 2007 sind die Preise für Dienstleistungen und Reparaturen um 64,9 Prozentpunkte gestiegen. Bezieht man diese Preissteigerung auf den GOZ-Punktwert von 5,6241 Cent, so müsste dieser im Jahre 2008 nach dem in der Begründung zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers bereits 9,274 Cent betragen haben. De facto ist aber der Punktwert im vorliegenden Referentenentwurf auch nach 23 Jahren gleich geblieben. 1988 betrug er elf Pfennig – heute noch nicht mal sechs Cent. Zum Vergleich: Rund 25 Prozent Honorarsteigerung konnten Deutschlands selbständige Ingenieure und Architekten seit 1991 durchsetzen. Die Rechtsanwälte kamen seit 1994 immerhin auf rund 17 Prozent Zuwachs. Die kumulative Inflationsrate seit 1988 – der letzten Novellierung der GOZ – beträgt rund 60 Prozent.</p>
2. Die Versicherten der GKV seien von der Novellierung der GOZ betroffen. So müsse ein GKV-Patient für eine Vollkrone zukünftig 74 Euro mehr und bei einer Teleskopkrone sogar 276 Euro mehr bezahlen.	<p><i>Diese Zahlen treffen nicht zu. Eine Vollkrone zum Beispiel ist als GKV-Leistung preislich fixiert und von einer Veränderung bei der GOZ gar nicht betroffen. Ein Einfluss der GOZ trifft nur dann zu, wenn die Behandlung über das von der GKV versicherte Leistungsniveau hinausgeht und die Behandlung überdurchschnittlich schwierig ist.</i></p> <p>Der Leistungskatalog der GKV umfasst alle Leistungen, die „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. GKV-Versicherte sind nur betroffen, sofern sie höherwertige Leistungen in Anspruch nehmen, als im Leistungskatalog der GKV angeboten werden. Dies betrifft den Bereich der hochwertigen Füllungstherapie (Composite-Füllungen und Inlays aus Gold oder Keramik) sowie Zahnersatzversorgungen, die oberhalb der Regelversorgung einzustufen sind. Bei allen von der Regelversorgung erfassten Kronen (alle Vollgusskronen und verblenden Kronen im sichtbaren Bereich) ändert sich durch die Novelle der GOZ nichts. Die Berechnung der Honorare nach der GOZ erfolgt über ein Punktesystem. Innerhalb des Gebührenrahmens bemisst sich die Gebühr nach Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad einer Behandlung. Der Mittelwert – das ist der 2,3fache Steigerungssatz – entspricht dem durchschnittlich schwierigen Behandlungsfall. 75 Prozent der zahnärztlichen Leistungen werden in der Realität von den Zahnärzten als einfacher oder durchschnittlich schwieriger Fall eher niedrig berechnet – und nicht mit erhöhten Steigerungsfaktoren.</p>

3. Die Ausgaben der PKV steigen, also würden auch die Einnahmen der Zahnärzte steigen.

Die vorliegenden Statistiken weisen auf einen sehr geringen Ausgabenzuwachs hin – im übrigen sind 40 Prozent der entstehenden Kosten nicht dem zahnärztlichen Honorar zuzurechnen,

Zahlen zu den Pro-Kopf-Ausgaben der Privaten Krankenversicherungen werden vom PKV-Verband nicht vorgelegt. Für die Jahre 2001 bis 2008 weist der PKV-Verband aber Informationen zu so genannten Kopfschadenstatistiken der PKV aus, die eine erste Abschätzung der Ausgabenentwicklung je Vollversichertem (einschließlich Beihilfe) ermöglicht. Hier werden die Ausgaben (inkl. Anteil der Beihilfe sowie Selbstbehalt) bestimmter Tarife zur Vollversicherung der Gruppe der Krankenvollversicherten zugeordnet.

Ausgaben für vollversicherte Personen laut Kopfschadenstatistik im zahnärztlichen Bereich insgesamt sowie je Versichertem

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Ausgaben für Vollversicherte insgesamt</i>	2,79 Mrd €	3,05 Mrd €	3,23 Mrd €	3,44 Mrd €	3,28 Mrd €	3,08 Mrd €	3,25 Mrd €	3,62 Mrd €
<i>Ausgaben für Vollversicherte pro Kopf</i>	371,59 €	395,63 €	409,28 €	427,70 €	403,53 €	373,26 €	390,10 €	431,88 €

Quelle: Niehaus, F.; Weber, C. (2005). Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen, WIP-Projektpapier (auch Publikationen zu den Folgejahren).

Diese Statistik belegt in der Tat einen Ausgabenzuwachs der PKV je Vollversichertem zwischen 2001 und 2008 – jedoch von lediglich rund zwei Prozent pro Jahr. Diese Ausgabenentwicklung beinhaltet allerdings auch alle Kosten, die durch zahntechnische Leistungen verursacht sind. 40 Prozent der Kosten im privat Zahnärztlichen Bereich sind nicht dem zahnärztlichen Honorar nach GOZ zuzurechnen. Bevor z. B. eine Krone oder ein Implantat durch einen Zahnarzt eingesetzt wird, sind bereits erhebliche zahntechnische Material- oder Laborkosten verursacht worden. Steigende Edelmetallpreise und aufwendige Fertigungsschritte außerhalb der Zahnarztpraxis sind somit wesentliche Kostenfaktoren. Durchlaufende Posten, die nicht als Honorar beim behandelnden Zahnarzt verbleiben.

4. Die Zahnärzte würden immer mit maximal möglichen Steigerungssätzen abrechnen, um so ihr betriebswirtschaftliches Ergebnis aufzubessern.

Von einem „Missbrauch“ des Abrechnungsverhaltens seitens der Zahnärzte kann nachweislich nicht die Rede sein. Nur ein Viertel der zahnmedizinischen Leistungen wird in der zahnmedizinischen Realität als komplizierter Eingriff eingestuft und dementsprechend mit einem höheren Steigerungssatz berechnet.

Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich – je nach Komplexität und Schwierigkeitsgrad des Eingriffs – nach dem 1,0 bis 3,5fachen des Gebührensatzes. Das ist der so genannte Steigerungssatz. Die geltende GOZ ist jedoch überholt und erfasst das Leistungsgeschehen in den Praxen nicht mehr. Zahlreiche moderne Leistungen fehlen vollständig.

Diese neuen Leistungen müssen daher im Analogieverfahren berechnet werden. Dadurch verzerrt sich die Darstellung des durchschnittlich angewandten Steigerungssatzes. Bezogen auf das Honorarvolumen liegt der durchschnittliche Steigerungsfaktor konstant bei lediglich ca. 2,5.

Durchschnittlicher Multiplikator bezüglich des Honorarvolumens

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>persönliche Leistungen</i>	2,47	2,5	2,51	2,54	2,51	2,52	2,5	2,49	2,49	2,47

Quelle: BZÄK (Hrsg.). (2010). Statistisches Jahrbuch 2009/2010. Berlin: Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärzte e. V.

5. Mit der so genannten „Öffnungsklausel“ will die PKV mehr Wettbewerb und Kostenersparnis ermöglichen. Die deutschen Zahnärzte sperren sich hier als „Wettbewerbsgegner“.

Die Möglichkeit einer Separatvereinbarung zwischen Privatversicherer und Zahnarzt (so genannte „Öffnungsklausel“) würde eine ernsthafte Gefährdung der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland darstellen. Nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb wäre die Konsequenz.

Nicht ohne Grund hat der Gesetzgeber für den Bereich der Zahnheilkunde zum Schutze des Patienten die Möglichkeit einer rechtlichen Honorarvorgabe vorgesehen. Mit der Öffnungsklausel würde dieser Schutzmechanismus ord-

	<p>nungspolitisch zu Gunsten der Versicherungsunternehmen ausgehebelt. Negative Auswirkungen für die Behandlungsqualität wären die zwingende Folge. Unvermeidliche wirtschaftliche Konzentrationsprozesse würden zudem die fatale Entwicklung hin zu medizinisch gut versorgten urbanen Zentren und unterversorgten ländlichen Gebieten beschleunigen. Die in rechtlicher Hinsicht mehrfach bedenkliche Öffnungsklausel schränkt das Patientenrecht auf freie Arztwahl ein, weil Patienten auf Vertragsärzte ihrer Versicherung festgelegt werden. Die Öffnungsklausel würde die GOZ als Vergütungsgrundlage aushöhlen und letztlich überflüssig machen. Es droht die Situation, dass die Unternehmen der PKV aufgrund ihrer einseitigen Marktmacht im Zuge der direkten Verträge mit Zahnärzten unangemessene Forderungen durchsetzen.</p>
<p>6. Mit der Novelle der GOZ betreibe die Bundesregierung Klientelpolitik. Allein die Zahnärzte seien Gewinner dieser Reform.</p>	<p><i>Von einer „Klientelpolitik“ kann nicht die Rede sein. Die Novellierung der GOZ wurde in den Koalitionsvereinbarungen festgelegt und wird zu mehr Transparenz und Konsens für alle Beteiligten führen.</i></p> <p>Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung von CDU, CSU und FDP von 2009 formuliert als Ziel, „die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei Kostenentwicklungen zu berücksichtigen“.</p> <p>Der vorliegende Entwurf wurde unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums, unter Beteiligung der Beihilfestellen von Bund und Ländern, des Verbands der privaten Krankenversicherungen und der Bundeszahnärztekammer erarbeitet. Wichtige Änderungen bzw. Präzisierungen erfolgten in erster Linie dort, wo es in der Vergangenheit vermehrt zu unterschiedlichen Interpretationen bei der Anwendung der Gebührenpositionen gekommen war. Vor allem ging es darum, solche Leistungen in die neue Gebührenordnung aufzunehmen und zu beschreiben, die bereits erbracht werden, aber für die bisher keine Gebührenposition vorhanden war. Hier mussten analoge Gebührenpositionen herangezogen werden. Das hat häufig zu Konflikten geführt. Daneben sind Leistungen, die im zahnärztlichen Behandlungsgeschehen nicht mehr vorkommen oder fachlich obsolet sind, gestrichen worden (Entschlackung). Das Ergebnis ist für alle Beteiligten – für Patienten, Zahnärzte und Kostenerstatter – ein Gewinn, da es unterschiedliche Auslegungen der Gebührenordnung mit daraus folgenden Rechtsstreitigkeiten verhindern kann. Während der jetzt vorliegende Referentenentwurf lediglich ein Plus von sechs Prozent vorsieht, hatte das SPD-geführte Bundesgesundheitsministerium in der letzten Legislatur einen Honorarzuwachs von 10 Prozent in Aussicht gestellt.</p>

Daten & Fakten: Kostenaspekte für Versicherte

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die zuletzt 1988 novellierte GOZ liegt auf dem Tisch. Darin sind einige neue zahnärztliche Leistungen für eine höherwertige und moderne zahnmedizinische Behandlung aufgenommen worden. Nach der letzten Novellierung der GOZ vor 23 Jahren ist außerdem eine Honorarerhöhung für die behandelnden Zahnärzte im einstelligen Bereich vorgesehen. Führt eine Erhöhung der Zahnarzt Honorare im einstelligen Bereich wirklich zu einem deutlich höheren Einkommen für den Berufsstand der Zahnärzte? Und: Kommen mit der neuen GOZ tatsächlich – wie teilweise etwa von den Krankenkassen konstatiert – erhebliche Mehrkosten auf Patientinnen und Patienten der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherungen zu? Mit Daten und Fakten

aus der zahnmedizinischen Realität will die Bundeszahnärztekammer als Vertreter der deutschen Zahnärzteschaft zu diesen Fragen im Folgenden dezidiert Stellung beziehen:

1988 wurde die Amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zuletzt novelliert. Damals war die deutsche Zahnmedizin aber auf einem ganz anderen wissenschaftlichen Stand als heute. Mehr Prävention, aufwändigere Technologien sowie hochwertigere Füllungen und Zahnersatz stellen uns neben dem demografischen Wandel der Bevölkerung als auch einer veränderten Erwartungshaltung der Patienten vor völlig neue Herausforderungen und Ansprüche in punkto Behandlungsqualität und Versorgungssituation.

11 Pfennig betrug 1988 der so genannte Punktwert für privat Zahnärzt-

liche Leistungen. Das ist so geblieben. Mit der neuen GOZ darf der Zahnarzt 5,62421 Cent berechnen. Das Einzige, was sich somit nach zwei Jahrzehnten für den Berufsstand – auch mit der novellierten GOZ – geändert hat: Die Währung.

6 Prozent Honorarerhöhung bei unverändertem Punktwert nach 23 Jahren Nullrunde sind im Referentenentwurf des BMG zur neuen GOZ für den Berufsstand der Zahnärzte vorgesehen. Zum Vergleich: Rund 25 Prozent Honorarsteigerung konnten Deutschlands selbständige Ingenieure und Architekten seit 1991 durchsetzen. Der Berufsstand der Rechtsanwälte kam seit 1994 immerhin auf rund 17 Prozent Zuwachs. Die kumulative Inflationsrate seit 1988 – der letzten Novellierung der GOZ – beträgt rund 60 Prozent.

2,05 Euro. Von dieser jährlichen

Mehrbelastung wird seitens der Bundesregierung für private Haushalte ausgegangen – unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten privat oder gesetzlich versichert sind. „Vor diesem Hintergrund sind durch diese Verordnung merkliche Auswirkungen auf das Preisniveau nicht zu erwarten“, so das Fazit des Gesundheitsministeriums in seiner schriftlichen Begründung zum Referentenentwurf. Generell wird für GKV-Patienten Zahnersatz mit einer novellierten GOZ nicht automatisch teurer. Der Grund: Für die Regelversorgung ist die GOZ gar nicht maßgeblich. Und: Die ganz überwiegende Zahl der Leistungen als auch der Leistungsbewertungen in der neuen GOZ bleibt völlig unverändert.

5,30 Euro. Mit diesem Ausgabenzuwachs für PKV-Unternehmen je Voll- und Zusatzversichertem rechnet das Bundesministerium für Gesundheit als Folge der Honorarerhöhung für Zahnärzte mit der neuen GOZ – gemeint sind übrigens Ausgaben pro Jahr. Von einer „Kostenexplosion“ für die Privatversicherungen durch eine novellierte GOZ kann somit keineswegs gesprochen werden.

25 Prozent der zahnmedizinischen Leistungen werden in der alltäglichen Praxis von den Zahnärzten als komplizierter Eingriff eingestuft. Nur in diesen Fällen kommen höhere Steigerungsfaktoren und somit eine höhere Leistungsberechnung zum Tragen. Gerade auch beim Zahnersatz ist das Abrechnungsverhalten der Zahnärzte sehr moderat und wird keineswegs „missbraucht“, in dem per se maximale Steigerungsfaktoren für Behandlungen gewählt werden.

40 Prozent der Kosten im privat-zahnärztlichen Bereich sind nicht dem zahnärztlichen Honorar nach GOZ zuzurechnen. Bevor z. B. eine Krone oder ein Implantat durch einen Zahnarzt eingesetzt wird, haben diese schon erhebliche zahntechnische Material- oder Laborkosten verursacht. Steigende Edelmetallpreise und aufwändige Fertigungsschritte außerhalb der Zahnarztpraxis sind somit wesentliche Kostenfaktoren. Geld, das gar nicht als Honorar beim behandelnden Zahnarzt verbleibt.

Argumente zur GOZ-Novelle aus vertragszahnärztlicher Sicht

- Die zahnmedizinische Versorgung in der deutschen GKV ist im internationalen Vergleich sehr umfangreich. Bei der Mundgesundheit der nachwachsenden Generation und beim Versorgungsniveau belegt Deutschland einen internationalen Spitzenplatz. Es gibt für alle Versorgungsbereiche eine oder mehrere Therapiemöglichkeiten, die von den Krankenkassen voll übernommen bzw. nicht über die GOZ berechnet werden und somit auch nicht von der Fortentwicklung der GOZ betroffen sein können. In diesem Bereich sind die zahnärztlichen Honorare durch den BEMA vorgeschrieben.
- Zu den konkreten Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes vom Sonntag hinsichtlich angeblich enormer Kostensteigerungen bei „Vollkronen“ und „Teleskopkronen“ für GKV-Versicherte muss man korrigierend feststellen:
 - Unverblendete Vollgusskronen, (vestibulär) verblendete Kronen im

Sichtbereich und viele Teleskopkronenfälle sind im Festzuschussystem für Zahnersatz GKV-Leistungen und werden damit gar nicht über die GOZ abgerechnet.

- Die Beispiele sind unrealistisch und gehen von falschen Annahmen aus. Z.B. wird unterstellt, dass der Zahnarzt stets den 3,5fachen GOZ-Satz ansetzt.
- Rund drei Viertel aller GOZ-Leistungen wurden bei Privatversicherten laut GOZ-Analyse in 2009 unter oder beim 2,3fachen GOZ-Satz abgerechnet, bei dem das Honorar im Durchschnitt der Leistungen nur leicht über GKV-Niveau liegt. Das Abrechnungsverhalten der Zahnärzte ist gegenüber GKV-Versicherten erfahrungsgemäß noch defensiver als gegenüber PKV-Versicherten.
- Die aktuelle Panikmache der GKV gefährdet die Mundgesundheit, weil sie dazu führen kann, dass weniger Patienten vorsorgeorientiert zum Zahnarzt kommen. Das zeigen vergleichbare Situationen in der Vergangenheit:
 - Bei der Einführung der von den Krankenkassen befürworteten Praxisgebühr im Jahr 2004 ging die Zahl der Patientenkontakte um 10 Prozent zurück.
 - Nach der Einführung der Festzuschüsse für Zahnersatz in 2005 gab es ebenfalls Einbrüche bei den Patientenzahlen. Folge war, dass die Kassen Milliardenbeträge eingespart haben. Es stellt sich die Frage, ob die Krankenkassen nun darauf spekulieren, durch die Verunsicherung der Patienten erneut GKV-Mittel einzusparen.

„Finanziell motivierte Patientenverunsicherung“

Durch Novellierung der Gebührenordnung keine Mehrbelastungen

Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) führt zu keinen hohen Mehrkosten für Patientinnen und Patienten. BMG-Studie geht von jährlichen Mehrbelastungen der Privathaushalte von nur 2,05 Euro aus.

Jede Patientin und jeder Patient in Deutschland hat einen Anspruch auf eine bezahlbare und qualitativ hochwertige Zahnmedizin – egal ob privat oder gesetzlich versichert. Das, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Dr. Peter Engel und der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Dr. Jürgen Fedderwitz, ist und bleibt Leitlinie des Berufsstandes der Zahnärzte in Deutschland und gleichzeitig das Ziel des aktuellen Referentenentwurfs für eine Novellierung der GOZ aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG). Dass eine seit 23 Jahren dringend notwendige GOZ-Novelle mit kassenseitigem Säbelrasseln begleitet wird – so Engel und Fedderwitz weiter – sei ein „regelmäßig wiederkehrendes Ritual der Kostenträger, mit dem zu rechnen war“. Die aktuellen „Rechenbeispiele“ der GKV, die eine „Kostenexplosion“ für Kassen und Patienten suggerieren, verlassen jedoch – so die beiden Zahnmediziner – den Boden der Realität und stellen eine ernsthafte Gefährdung der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland dar.

Die finanziellen Folgen einer GOZ-Novelle wurden laut Engel im Vorfeld neutral und seriös evaluiert. So geht eine vom BMG in Auftrag gegebene Studie des renommierten BASYS-Instituts von einer finanziellen Mehrbelastung von Privathaushalten von lediglich 2,05 Euro aus – pro Jahr und Patient! „Vor diesem Hintergrund sind merkliche Auswirkungen auf das Preisniveau nicht zu erwarten“, schlussfolgert dementsprechend auch das BMG in seiner Stellungnahme zur GOZ-Novelle.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung übte heftige Kritik an den Krankenkassen. Ihr Vorstandsvorsitzender, Dr. Jürgen Fedderwitz, sagte: „Das ist ein durchsichtiges Manöver, mit dem die Kassen versuchen, die dringend benötigte neue Gebührenordnung zu hintertreiben. Für GKV-Leistungen wie zum Beispiel Vollgusskronen ist die GOZ überhaupt nicht maßgeblich.“

Selbst da, wo gesetzliche Krankenversicherte private Leistungen in Anspruch nehmen, wird es keine dramatischen Kostensteigerungen geben: Der so genannte Punktwert, mit dem einzelne zahnärztliche Leistungen in der GOZ bewertet werden, ist – nach 23 Jahren Nullrunde seit der letzten GOZ-Novelle – nicht verändert. Damit bleiben die meisten Leistungsbewertungen ohnehin auch in der neuen Gebührenordnung unverändert.

Das Abrechnungsverhalten der Zahnärzte ist und bleibt auch beim Zahnersatz sehr moderat und wurde nie – wie GKV-seitig behauptet – in irgendeiner Form „missbraucht“, in dem grundsätzlich Maximalwerte – etwa über so genannte mögliche Steigerungsfaktoren – gewählt werden. Fakt ist vielmehr: Die Zahnärzte können die Steigerungsfaktoren nicht willkürlich festlegen, sondern nur anhand der Schwierigkeit des Behandlungsfalles. Gut 75 Prozent der zahnärztlichen Leistungen werden in der Realität von den Zahnärzten

als einfacher oder durchschnittlich schwieriger Fall berechnet. Das belegen Untersuchungen zum Umgang mit dem 2005 eingeführten Festzuschussystem.

Wer – wie aktuell die GKV – gegen Fakten aus der zahnmedizinischen Realität „Zahlenwildwuchs“ über die Medien produziert, handelt nicht nur unseriös, sondern verunsichert Bürgerinnen und Bürger. „Im ungünstigsten Fall“, so Dr. Fedderwitz, „entscheiden sich Patienten aus falscher Furcht vor Mehrkosten gegen notwendige Zahnarztbesuche und -behandlungen. Das ist ein unverantwortlicher, falscher Alarm.“ Laut dem Präsidenten der BZÄK Dr. Engel betreibt die GKV aktuell „finanziell motivierte Patientenverunsicherung pur“. „Eine mit einer modernen GOZ realisierbare, präventiv orientierte Zahnmedizin auf hohem Niveau für alle Bürgerinnen und Bürger – egal ob PKV oder GKV versichert – wird so ad absurdum geführt“, so Engel.

KZBV/BZÄK

20. Zahnärztetag der Zahnärztekammer M-V

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

Themen

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

Wissenschaftliche Leitung

Professor Dr. Christian Splieth, Greifswald

Leitung Organisation und Professionspolitik

Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen

Tagungsort

2. bis 4. September Hotel Neptun, Warnemünde

Wissenschaftliches Programm mit Kurzlebensläufen und fachlichen Tätigkeitsschwerpunkten der Referenten

Freitag, 2. September 2011

13.00 Uhr Eröffnung der Dentalausstellung

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

14.15 Uhr 20 Jahre Zahnärztekammer – 20 Jahre Zahnärztetag – Rückblick und Ausblick unter besonderer Berücksichtigung der demografischen Veränderungen

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 BZÄK; Altemtierender Vorsitzender der DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnheilkunde); Referent der BZÄK für Patientenberatung; Mitglied des IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) – Vorstandsausschuss; Referent der

BZÄK für Wissenschaft und Forschung in der Zahnmedizin; Referent für Öffentlichkeitsarbeit der BZÄK

Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte

Prävention, Parodontologie, Endodontie

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

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



Kurzlebenslauf:

geboren 1955, Studium der Psychologie, Philosophie und Musik an den Universitäten Aachen und Bonn sowie an der Musikhochschule Köln, 1986 Promotion in Psychologie zum Thema „Strukturen des Erlebens und Verhaltens bei chronischen Erkrankungen“ an der Universität Bonn, Habilitation 1991 mit der Arbeit „Kompetenz im Alter in ihren Bezügen zur objektiv gegebenen und subjektiv erlebten Lebenssituation“ an der Universität Heidelberg, 1993-1997 Gründungsdirektor sowie Ordinarius am Institut für Psychologie der Universität Greifswald, seit 1997 Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, seit 1998 Mitglied der Altenberichts-kommission der Bundesregierung, Vorsitzender der Dritten, Fünften und Sechsten Altenberichts-kommission, seit 2003 mitverantwortlich für die Ausrichtung des European Master in Gerontology, seit 2006 Vorsitzender der Kommission „Altern“ der Evangelischen Kirche Deutschland, seit 2007 Dekan der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Universität Heidelberg, seit 2010 Mitglied der Achten Familienberichts-kommission der Bundesregierung.

Fachliche Schwerpunkte

Kompetenz im Alter, Formen produktiven Alterns, politische Dimension des Alterns; Rehabilitation; Interventionsforschung; Palliativmedizin und Palliativpflege, Fragen der Ethik.

Ehrungen und Preise

First Presidential Award of the International Association of Gerontology; Max Bürger Preis der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Erster Generationenpreis des Landes Rheinland-Pfalz; Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie; René Schubert Preis der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie; Persönliche Verleihung des Bundesverdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland durch den Bundespräsidenten; Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Universität Osnabrück

16.00 Uhr Einführung in die Thematik Kinderzahnheilkunde in der Praxis

Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald



Kurzlebenslauf, fachliche Tätigkeitsschwerpunkte:

Prof. Dr. Ch. H. Splieth studierte Zahnmedizin in Göttingen, Leeds/England und Minneapolis/USA. Nach 3-jähriger

Tätigkeit in der Zahnarztpraxis beschäftigte er sich an der Universität Greifswald schwerpunktmäßig mit den Bereichen Kariologie, Prävention und Kinderzahnheilkunde. Die eigenen Arbeiten wurden durch ein Forschungsstipendium und Austauschprogramme mit Schweden, Dänemark und Finnland vertieft. Die Forschungsarbeiten zu Fissurenversiegelungen, Lokalfluoridierung, Dentalfurorose, dem Einsatz von flächenspezifischen Mutans Streptokokkentests und der mikrobiellen Besiedelung unter Füllungen, Nuckelflaschenkaries etc. wurden regelmäßig mit wissenschaftlichen Preisen ausgezeichnet. Er ist Herausgeber und Autor zahlreicher Bücher wie z. B. „Professionelle Prävention – Zahnärztliche Prophylaxe für alle Altersgruppen“, „Kinderzahnheilkunde in der Praxis“, „Non- und Minimalinvasive Kariestherapie“ und „Revolutions in Pediatric Dentistry“. Im April 2004 erfolgte die Ernennung zum Professor für Kinderzahnheilkunde und Prävention an der Universität Kiel. Seit Dezember 2004 leitet er die Abteilung für Zahnmedizinische Prävention und Kinderzahnheilkunde der Universität Greifswald.

16.15 Uhr Pause

16.45 Uhr Orales Problem bei Kindern: Epidemiologie und Folgen für den Praktiker

Dr. Christine Berndt, Greifswald

Kurzlebenslauf:

Studium der Zahnmedizin in Greifswald, Staatsexamen 2002, seit 2003 Zahnärztin der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kin-



derzahnheilkunde im Zentrum für ZMK der Universität Greifswald, Wrigley-Prophylaxe-Preis „Versiegelungen: Prävention oder Maskierung der Karies?“, Promotion, Oral-B-Prophylaxe-Preis „Orale Gesundheit bei Schul- und Vorschulkindern in Namibia“, 2009 Spezialist für Kinder- und Jugendzahnheilkunde der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde DGK, seit 2009 Tätigkeit als Funktionsoberärz-

tin der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde

Tätigkeitsschwerpunkte:

Jugendzahnärztlicher Dienst der Hansestadt Greifswald; Kariesprävention va.: Fissurenversiegelung und frühkindliche Kariesprävention (Vermeidung der Nuckelflaschenkaries); Verhaltensformung

17.15 Uhr Individualprophylaxe für das Kind in der Praxis

Dr. Lutz Laurisch, Korschenbroich



Kurzlebenslauf

Examen und Promotion 1975 in Düsseldorf. Seit 1977 in eigener Praxis in Korschenbroich tätig. Behandlungsschwerpunkt ist die orale Rehabilitation des Patienten durch

eine umfassende präventiv orientierte Zahnheilkunde, seit 1981 Entwicklung eines in den Praxisalltag integrierten Prophylaxekonzeptes, seit 1986 mit Einbeziehung von Speicheluntersuchungen. 1989 bis 1998 stellv. Vorsitzender der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK, stellvertretender Vorsitzender der Koordinierungsstelle für Prophylaxe in der DGZMK und Vorstandsmitglied der DGZMK. von 2001 bis 2009. Mitglied des Scientific Board der International Health Care Foundation (IHC) sowie der Pierre Fouchard Academy (FPFA) sowie Mitglied der ORCA (Senior Membership). Dr. Laurisch erhielt den Wrigley-Prophylaxe-Preis 2002 für sein Engagement für die zahnärztliche Fortbildung in der präventiven Zahnheilkunde sowie für seine interaktive CD-Rom „Prophylaxe Interaktiv“.

Tätigkeitsschwerpunkte

Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge mit Schwerpunkt präventive Zahnheilkunde. Dr. Laurisch ist Autor der Bücher: „Individualprophylaxe – Diagnostik und Therapie des individuellen Kariesrisikos“ (Hanser Verlag 1994/2000), „Die Präventive Praxis – Ein Praxiskonzept“ (Quintessenzverlag 2001), „Ein Leben lang gesunde Zähne – Ein Buch für Patienten“ (2001/2004) sowie der interaktiven CD-Rom „Prophylaxe Interaktiv“ Quintessenz-Verlag (2001)

18.00 Uhr Wann muss man bohren? Infiltration statt Karies entfernen?

Dr. Sebastian Paris, Kiel



Kurzlebenslauf

Studium der Zahnmedizin, Freie Universität Berlin; Staatsexamen Zahnmedizin, Approbation; Promotion; Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für

Zahnerhaltungskunde und Parodontologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin; seit 2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für

Zahnerhaltungskunde und Parodontologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Fachliche Schwerpunkte/Klinische Schwerpunkte:

Kariesprävention, Kariesinfiltration, minimalinvasive Restaurationen, Endodontie

Forschungsschwerpunkte:

Kariologie, Kariesinfiltration, De- und Remineralisation von Zahnhartsubstanzen, postendodontische Versorgung, parodontale Stammzellen, antimikrobielle Peptide

18.30 Uhr Diskussion

Samstag, 3. September 2011

9.00 Uhr KFO-Frühbehandlung in der Kinderpraxis

Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon, Rostock

Kurzlebenslauf



geboren 9. Oktober 1974 in Parchim, 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, Berufung zum Professor im Fach Kieferorthopädie an der Universität Rostock, seit 2010 tätig als Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Universität Rostock

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

9.30 Uhr Kindesvernachlässigung und -miss-handlung: Erkennbarkeit und Verhaltensstrategien für den Zahnarzt

Prof. Dr. Britta Bockholdt, Greifswald



Kurzlebenslauf

Geburtsdatum: 9. September 1965, Sept. 1985 - Aug. 1991 Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin, Sept. 1991 - Aug. 1996 Weiterbildung zum

Facharzt für Rechtsmedizin am Institut für Rechtsmedizin der Charité, 1996 - 2005

Wissenschaftliche Assistentin am Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin, Mai 2005 Erteilung der Venia legendi und Ernennung zur Privatdozentin, seit 1. Januar 2006 Direktorin des Institutes für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Mitgliedschaften und Funktionen

Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin; 2001-2005 Mitglied des Promotionsausschusses der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin; seit 2006 Mitglied der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald, seit 2006 Querschnittbereichsverantwortliche des QB 7 (Medizin des Alterns) an der Medizinischen Fakultät, seit 2008 Mitglied der Promotionskommission der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald, seit 2008 Mitglied im Sachverständigenbeirat der Deutschen Kinderhilfe, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin; Mitglied des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner; Mitglied der International Academy of Legal Medicine; Mitglied des Arbeitskreises Klinische Rechtsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.

Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte

Klassische gerichtliche Medizin mit morphologischen Schwerpunkten besonders bei aortalen Erkrankungen (Aortenaneurysma, Aortendissektion); Verkehrsmedizin und Unfallrekonstruktion; Verbesserung der Qualität der ärztlichen Leichenschau; klinische Rechtsmedizin mit Aufbau der Gewaltopferambulanz des Institutes; Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung; die Bedeutung der Behandlungsfehlervorwürfe in unserer Region; Wirkung von Designerdrogen und ihre Relevanz im Strafrecht

9.55 Uhr Rechtliche Aspekte bei der Behandlung Minderjähriger

Rechtsanwalt Peter Ihle, Schwerin



Kurzlebenslauf, fachliche Tätigkeitsschwerpunkte

Rechtsanwalt Peter Ihle ist niedergelassener Rechtsanwalt in Schwerin, auch zugelassen am Oberlandesgericht Rostock.

Zunächst Berufsausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten, dann Studium in Hamburg, Referendar am Landgericht Lübeck. Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht, Hauptgeschäftsführer und Justitiar der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

10.15 Uhr Diskussion und Pause

11.00 Uhr Füllung oder Stahlkrone: Was ist besser?

Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

11.30 Uhr Milchzahn-Endo: Geht das?

Dr. Tania Roloff, Hamburg



Kurzlebenslauf

1990-1996 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Hamburg, 1996 Staatsexamen, 1997 Promotion, Universität Hamburg, 1997-1999 Graduate School

University of Minnesota, USA, 1997 – 1999 Fachzahnarzt Ausbildung Kinderzahnheilkunde am Department of Pediatric Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis, USA, 1996, 1998, 2000 Amerikanisches Staatsexamen, 1999 Master of Science in Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis, USA, 2000 Texas Dental Licence, 1999 – 2000 Kinderzahnarztpraxis Dr. Butz, München, seit 2001 Zahnarztpraxis für Kinder, Hamburg Altona

Mitgliedschaften

Active Member der American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD); seit 2006 Diplomate of the American Board of Pediatric Dentistry (ABPD); Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK); European Academy of Pediatric Dentistry

12.00 Uhr Diskussion und Pause

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

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

Inhalations Sedierung mit Lachgas

Monika Quick-Arntz, Hamburg



Kurzlebenslauf

1998 Examen in Köln, 1998-2000 Vorbereitungsassistentin mit Schwerpunkt Kinderzahnheilkunde, 2000-2002 Zahnärztin in der Praxis für Kinder Dr.

Butz in München. 2000-2001 Curriculum Kinderzahnheilkunde. 2002 Ausbildung in der Abteilung für Kinderzahnheilkunde der University of Texas, San Antonio, seit Januar 2003 niedergelassen mit einer eigenen Zahnarztpraxis für Kinder in Hamburg, Mitglied in nationalen und internationalen Fachgesellschaften, Veröffentlichungen zum Thema Kinderzahnheilkunde in nationalen Fachzeitschriften, seit 2004 Referentin für Fortbildungen im Bereich Kinderzahnheilkunde.

Kinderbehandlung – Die häufige Gratwanderung zwischen Kooperationsfähigkeit oder Narkosetherapie

Dr. Rüdiger Lemke, Hamburg



Kurzlebenslauf

Geboren 1963 in Hamburg, 1985-1990 Studium der Zahnmedizin in Hamburg, 1990 Examen, seit 1990 Wiss. Mitarbeiter in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf; 1991 Promotion, seit 1993 in der Kinder- und Jugendzahnheilkunde des Universitätsklinikums tätig; Funktionsoberarzt; Vorträge, Fortbildungen und Publikationen zum Thema Kinderzahnheilkunde

Fachliche Schwerpunkte

Kinder – und Jugendzahnheilkunde, Endodontie

16.30 Uhr Praxisseminare (Parallelveranstaltungen):

Seminar 1

**Approximale Versiegelung und Infiltration
Dr. Sebastian Paris, Kiel**

Seminar 2

Versorgung von Frontzahntraumen in der Praxis

Dr. Yango Pohl, Bonn



Kurzlebenslauf

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Yango Pohl, Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Studium in Gießen, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Oberarzt in den Abteilungen Oralchirurgie und Zahnärztliche Poliklinik (Prof. Dr. H. Kirschner) und Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – Bereich Oralchirurgie (Prof. Dr. Dr. H.-P. Howaldt) am medizinischen Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen sowie in der Poliklinik für Chirurgische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Prof. Dr. G. Wahl) am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte:

Promotion und Habilitation zum Thema Frontzahntrauma; Hauptinteressen: Dentoalveoläre Traumatologie, Transplantation von Zähnen, Wurzelspitzenresektion, schonende Zahnentfernung, Implantologie

Seminar 3

Stahlkrone und Milchzahn-Endo – Alles an-

ders als beim permanenten Zahn?

Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

Seminar 4

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

Wolfgang Abeln, 51 Jahre



Kurzlebenslauf:

Studium Betriebswirtschaftslehre in Münster 1983 bis 1988, Diplom-Betriebswirt, Netzkademie Hannover 2002 bis 2003, 1989 bis 1991 KZBV-Mitarbeiter in

der Revisionsabteilung, 1991-1999 Geschäftsführer der KZV M-V, 1999 bis 2004 Hauptgeschäftsführer der KZV M-V, Geschäftsführer der Bauherrengemeinschaft und Verwalter des Verwaltungszentrums Haus der Heilberufe, seit 2005 Vorsitzender des hauptamtlichen Vorstands der KZV M-V, Rechnungsprüfer des LfB 2005 bis 2009, stellv. Vorsitzender des Kassenprüfungsausschusses der KZBV, Mitglied der Richtlinienkommission, des Ausschusses Zweitmeinungsmodell, der AG Vertragsmanagement und der AG Zukunft der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

Gerrit Altenburg, 49 Jahre



Kurzlebenslauf:

Berufserfahrung seit 30 Jahren, Ausbildung zum Bankkaufmann, Fortbildung zum Sparkassenbetriebswirt (Dipl.) an der Deutschen Sparkassenakademie, Weiterbildungsschwerpunkte in Kreditgeschäft und Mitarbeiterführung, Kreditsachbearbeiter und -berater bei der Landesbank SLH, Kreditabteilungsleiter bei der Sparkasse Schwerin seit 1991, Filialleiter apoBank Schwerin 1998-2008, seit 06/2008 stv. Leiter des Bereiches Standesorganisationen und Verbände in der apoBank Zentrale Düsseldorf.

Tätigkeitsschwerpunkte:
In der Filialzeit die Begleitung von Existenzgründungen und Praxiserweiterungen, die Förderung von Kooperationen und Analysen zur Risikovermeidung. In der heutigen Arbeit Betreuung von Standesorganisationen und Berufsverbänden in allen Fragen des Geldgeschäftes und der Kooperation mit den Filialen, Zentralbereichen und Tochtergesellschaften.

Tätigkeitsschwerpunkte:

In der Filialzeit die Begleitung von Existenzgründungen und Praxiserweiterungen, die Förderung von Kooperationen und Analysen zur Risikovermeidung. In der heutigen Arbeit Betreuung von Standesorganisationen und Berufsverbänden in allen Fragen des Geldgeschäftes und der Kooperation mit den Filialen, Zentralbereichen und Tochtergesellschaften.

20.00 Uhr Gesellschaftsabend in der Kunsthalle Rostock

Sonntag, 4. September 2011

9.00 Uhr Frontzahntrauma - Epidemiologie und Prävention

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 MKG- Chirurgie, 1988 Habilitation, seit 1992 ITI-Fellow, seit 1983 Vorstandsmitglied der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V., 1995 -2001 Vorsitzender der Gesellschaft
Fachliche Schwerpunkte

seit 1992 Leiter der Poliklinik für MKG-Chirurgie am Zentrum für ZMK der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; 1996 Professor für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Schwerpunkte der Arbeit: Kiefergelenkerkrankungen, dentoalveoläre Chirurgie, Implantolo-

gie, präprothetische Chirurgie, Lasermedizin; seit 2007 Vorsitzender des Landesverbandes Mecklenburg/Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie

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

10.15 Uhr Diskussion und Pause

11.00 Uhr Verhaltensformung und Hypnose beim Kind

Dr. Wolfgang Kuwatsch, Rostock



Kurzlebenslauf
Studium der Zahnmedizin von 1967 – 72 in Greifswald, anschließende Fachzahnarzt Ausbildung „Allgemeine Stomatologie“ in Rostock. 1983 Promotion zum Dr. med., seit 1991

in Gemeinschaftspraxis in Rostock tätig, 1996–98 Ausbildung in klinischer Hypnose und NLP, seit 2000 Ausbilder und Supervisor für Hypnose und Kommunikation bei der DGZH e.V. (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose), Lehrauftrag bei der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, ZMV-Ausbildung (Psychologie/Kommunikation)

Fachliche Tätigkeitsschwerpunkte:

Behandlung von Kindern und Erwachsenen mit Ängsten und Phobien mittels klinischer Hypnose; Raucherentwöhnung im Rahmen der PA-Behandlung

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

12.15 Uhr Schlusswort

12.30 Uhr Ende der Tagung

Die elektronische Gesundheitskarte kommt

Lesegeräte müssen bis Ende September bestellt werden

Viele Praxen wissen es bereits und dennoch kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung nicht müde werden, auf die notwendige Anschaffung von Lesegeräten hinzuweisen. Sie werden gebraucht, um die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in den Praxen lesen und verarbeiten zu können. Da die Krankenversichertenkarte fließend durch die eGK ersetzt wird, benötigt jede Praxis ein neues Kartenterminal, das sowohl die Krankenversichertenkarte als auch die eGK lesen kann. Wer dies nicht aus seiner privaten Tasche bezahlen will, muss besonderes Augenmerk auf die Fristen legen. Bis zum 30. September tragen die Krankenkassen die technischen Umrüstungen der Praxen durch die Zahlung von Pauschalen. Für ein stationäres Lesegerät wird eine Pauschale von 355 Euro zuzüglich einer Installationspauschale von 215 Euro erstattet. Für mobile Lesegeräte gibt es eine Finanzierungspauschale von 280 Euro, vorausgesetzt es wurden im Jahr 2010 mindestens 30 Hausbesuche abgerechnet.

Da alle gesetzlichen Krankenkassen über das GKV-Finanzierungsgesetz verpflichtet sind, bis zum Jahresende an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten auszugeben, werden Patienten ab Anfang Oktober diese als gültigen

Versicherungsausweis auch in den Praxen Mecklenburg-Vorpommerns vorlegen.

Unverzüglich ist die Kompatibilität des eGK-Lesegeräts mit der in der Praxis installierten Software. Der jeweilige Softwarehersteller weiß, welche Geräte geeignet sind. Außerdem wichtig: Nur der Kauf eines zugelassenen eHealth-BCSTerminals berechtigt später zur Beantragung einer Pauschale. Die KZV hat mit ihrem letzten Rundbrief vom 20. Juni eine aktuelle Liste aller zugelassenen Lesegeräte versandt. In diesem Rundbrief ist auch das Formular zur Anforderung der

Refinanzierungspauschalen zu finden.

Etwa 40 Prozent der Zahnarztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern haben schon die Finanzierungspauschalen für die Ausstattung mit eGK-fähigen Lesegeräten beantragt. Viel zu wenige und es bleibt nicht mehr viel Zeit.

Die Einführung der eGK steht nicht im Zusammenhang mit einer Onlineanbindung der Praxis. Die Karte wird vorerst nur zum Auslesen der Versichertendaten in das Praxisverwaltungssystem eingesetzt. Dafür ist eine Internetanbindung der Praxis nicht notwendig. **KZV**

Ilka ins Amt eingeführt

Bundesgesundheitsministerium für Aufgaben gewappnet

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat Thomas Ilka zum neuen beamteten Staatssekretär berufen. Der 45-jährige Volkswirt folgt dem bisherigen Staatssekretär Stefan Kapferer, der ins Bundeswirtschaftsministerium wechselte.

Nach dem Studium der Volkswirtschaft an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel war Thomas Ilka von 1993 bis 1999 Büroleiter beim wirtschaftspolitischen Sprecher der

FDP-Bundestagsfraktion. Danach haben ihn verschiedene Stationen beim Deutschen Industrie- und Handelskammertag bis zur Übernahme der Leitung der Vertretung des DIHK bei der Europäischen Union im Jahr 2007 geführt.

Bei der Urkundenübergabe sagte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „In Thomas Ilka habe ich großes Vertrauen.“

BMG

Gefahr durch Aerosolwolke

Schutzmasken verhindern die Übertragung von Krankheitskeimen

Einleitung

Die Fernsehbilder, die uns im Frühjahr aus dem japanischen Erdbebengebiet erreichten, zeigten uns viele Bewohner, Helfer und Einsatzkräfte, die, ausgestattet mit den unterschiedlichsten Mund- und Nasenschutzmasken (= MNS) bzw. Atemschutzgeräten, sich vor Staub Gestank und Krankheitserregern zu schützen versuchten.

MNS (auch als chirurgische oder OP-Masken bezeichnet) wurden ursprünglich für die OP-Bereiche konzipiert, um eine Übertragung von infektiösen Keimen vom Operationsteam auf das OP-Gebiet zu unterbinden. In vielen Bereichen des medizinischen Sektors werden sie aber auch zum Schutz der Atemwege des Personals vor Krankheitserregern der Patienten eingesetzt.

Zahnärzte und Mitarbeiterinnen sind durch die bei zahnärztlicher Tätigkeit entstehende Aerosolwolke (hochtouriges Arbeiten mit Kühl-spray, Pulverstrahl und Ultraschallanwendungen) einer aerogenen Infektionsgefährdung ausgesetzt. Die in der Aerosolwolke befindlichen möglichen Infektionserreger sind überwiegend an Tröpfchen/Tröpfchenkerne gebundene Viren, Bakterien und Pilze, die zu Infektionen des Respirationstraktes oder gar zu systemischen Erkrankungen (z. B. Streptokokken, Influenzaerreger) führen können (RKI-Richtlinie „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“). Ebenso können aus den Zähnen gelöste Materialreste sowie Blut- und Speichelspritzer Verletzungen des Behandlers bzw. der Assistenz verursachen. Eine weitere Gefährdung ergibt sich aus den bei Bearbeitung von zahnärztlichen Werkstücken auftretenden Legierungs- und Kunststoffstäuben.

Gesetzliche Bestimmungen

Entsprechend der Einteilung nach der Biostoffverordnung handelt es sich bei der zahnärztlichen Tätigkeit um Arbeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Viren, Bakterien, Pilze), die der Risikogruppe 2 zugeordnet werden. Die erforderlichen Schutzmaßnahmen dazu sind in der TRBA 250 (Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe) festgelegt und adäquat in den Hygieneplänen sowie

Arbeits- u. Betriebsanweisungen integriert. Neben der Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung und entsprechender Unterweisung des Personals (Empfehlung: jährlich) kommt insbesondere der Expositions- und Dispositionsprophylaxe eine besondere Bedeutung zu.

Dispositionsprophylaxe

Maßnahmen der Dispositionsprophylaxe zielen darauf ab, die Bereitschaft des Organismus gegenüber der Empfänglichkeit von Krankheiten zu mindern. Als wichtigster Punkt seien hier die Schutzimpfungen genannt, wobei die Empfehlungen der RKI-Richtlinie zur Impfprophylaxe sowie die jährlich neu aufgelegten STIKO-Empfehlungen unbedingt beachtet werden sollten (www.rki.de).

Expositionsprophylaxe

Die Maßnahmen der Expositionsprophylaxe sollen die Übertragungswege der Infektionserreger unterbrechen sowie deren Übertragungsmöglichkeiten beeinflussen. Zur Einschränkung der Aerosolwolke bzw. zur Verminderung von Blut-, Speichel- und Materialspritzern ist eine entsprechende Absaugtechnik mit geeigneten Absaugkanülen, die ein Festsaugen an der Mundschleimhaut verhindern und Refluxsicherheit gewähren, unerlässlich.

Verbindliche Trainingsmaßnahmen und Schulungen der Praxismitarbeiter sollten Bestandteil des Praxismanagements sein. Ein wesentlicher Faktor zur Verringerung des Infektionsrisikos in der Zahnarztpraxis ist das obligatorische Tragen von MNS. Diese Maßnahme des Arbeitsschutzes trägt entscheidend zur Verhinderung der Übertragung von Krankheitskeimen bei.

Begriffsbestimmung

Wie schon beschrieben, können mit der Aerosolwolke an Tröpfchen ($> 10\mu\text{m}$) und Tröpfchenkerne ($< 10\mu\text{m}$) gebundene Viren, Bakterien und Pilze aus dem Mund des Patienten auf das Behandlungsteam übertragen werden. Die Übertragung ist nach Literaturangaben in einem Umkreis von 2,5 - 3,0 m möglich.

Kriterien für die Effizienz der MNS sind die Leistung des Filtermaterials sowie der Dichtsitz der Maske am

Träger (= Verpassungsleckage). Die Summe der durch das Filtermaterial und Undichtigkeiten zum Träger penetrierten Partikel stellt die Gesamtleckage dar. Erwähnt sei auch, dass durchfeuchtete Masken (eigene Atemluft) keinen hinreichenden Schutz mehr bieten und daher zu wechseln sind.

MNS sind Medizinprodukte und unterliegen der Norm DIN EN 14683. Die Prüfung des Filtermaterial-Durchlassgrades erfolgt mikrobiologisch mit *Staphylococcus aureus*. Entspricht das Filtermaterial der Norm, so kann von einer ausreichenden Filterwirkung gegen Bakterien, Pilze und Viren ausgegangen werden.

Atemschutzgeräte, sogenannte partikelfiltrierende Halbmasken (Filtering facepiece = FFP, nach Filterleistung unterscheidet man FFP 1 - 3) zum Schutz von Beschäftigten vor chemischen und biologischen Substanzen unterliegen der DIN EN 149. Neben der Testung des Filtermaterials mit Aerosolen erfolgt an den FFP auch eine Prüfung des Dichtsitzes der Masken am Träger.

Aufgrund der vergleichbaren Größe der Testaerosole mit biologischen Arbeitsstoffen geht man davon aus, dass FFP gegenüber Viren, Bakterien und Pilzen ebenfalls einen ausreichenden Schutz bieten.

Experimentelle Prüfung von MNS/FFP

Zur Prüfung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit von OP- und FFP-Masken entwickelten Mitarbeiter des Berufsgenossenschaftlichen Instituts für Arbeitsschutz und Medizinischer Testmethoden, deren Verlauf und Ergebnisse sie in einer Studie zusammenfassten. In einer vorweg durchgeführten Literaturrecherche konnte ermittelt werden, dass die Übertragung von Noro-Viren und die SARS-Infektionen auslösenden Coronaviren durch den Gebrauch von MNS signifikant vermindert wurde.

In Modellversuchen am zahnmedizinischen Phantomkopf wurden 10 willkürlich ausgesuchte Masken getestet (Tabelle 1). Dabei wurde ein definiertes Aerosol mit verschiedenen großen Partikeln und Testkeimen auf den Kopf geblasen und dort nach simulierter Inspiration von einem Luftkeimsammler abgesaugt. Dieses

Tabelle 1

Nr.	Name	Hersteller	Lagen	Typ
1	Valamask	Fa.Paul Hartmann	1	Papier
2	Medimask Spezial	89522 Heidenheim	3	MNS
3	Standard	Mölnlycke Health Care AB,40252 Göteborg, Box , Schweden	3	MNS
4	Prophydent Quecksilber-Mundschutz	Fa.F.O.S.Medizintechnik Am Vatheuershof 19 , 59229 Ahlen	3	MNS
5	Comfort Natural	Fa.Rösner-Mautby Meditrade Thierseestr. 196 , 83088 Kiefersfelden	3	MNS
6	Antifluid Natural		4	MNS
7	1862(FFP 2)	Fa. 3M Medica , 46325 Borken	5	FFP
8	1872V(FFP2)		5	FFP
9	Sentinex lite	Fa. Rauscher , 30982 Pattensen	3	MNS
10	Sentinex Safety Shield	Fa.Lohmann & Rauscher International 56579 Rengsdorf	4	MNS

simulierte Einatmen erfolgte unter den verschiedensten Maskenbedingungen (Maske feucht, trocken, dicht/undicht angelegt usw.).

Die Ergebnisse stellten sich wie folgt dar. Papiermasken senkten die Anzahl der inhalierten Bakterien um durchschnittlich 40 Prozent. Speziell für die Zahnmedizin entwickelte Masken sowie FFP erzielten signifikant bessere Filtrationswirkungen.

Festgestellt wurde, dass die Durchlässigkeit von Bakterien vor allem durch das unkorrekte Tragen der Masken, Verzicht auf das Andrücken des Nasenbügels, beeinflusst wurde.

Eine geringe Eigenbefeuchtung der Masken durch simuliertes eigenes Atmen führte im Gegensatz zu stärkerer Befeuchtung nicht zu Leistungseinschränkungen der Masken.

In einem weiteren Experiment wurden 16 OP-Masken nach der DIN EN 149 in Hinsicht auf Filterdurchlassgrad und Verpassungsleckage getestet. Hierbei stellte sich heraus, je leistungsstärker das Filtermaterial wird, desto bedeutsamer ist der Anteil der Verpassungsleckage an der Gesamtleckage. Konkret heißt das, dass die Größe der Keime und Partikel, die vom Maskenträger eingeatmet werden, unerheblich ist, da der überwiegende Teil über die Undichtigkeiten der Maske zum Träger gelangt und nur in unbedeutendem Maße durch die Filterung.

Fazit

Der Zahnarzt als Arbeitgeber erstellt zusammen mit seiner sicherheitstechnischen Betreuung eine Gefährdungsbeurteilung und legt darin die erforderlichen Schutzmaßnahmen fest.

Mund- und Nasenschutzmasken sowohl auch FFP (auf Empfehlung des RKI, Epidemiologisches Bulletin 1/2007) sind als persönliche Schutzausrüstung als wesentlicher Bestandteil von infektionsprophylaktischen Maßnahmen in der Zahnarztpraxis anzusehen.

Das Tragen der Masken sollte sowohl bei operativen Eingriffen als auch bei allgemein zahnärztlicher Tätigkeit einschließlich der Bearbeitung zahnärztlicher Arbeiten außerhalb des Patientenumfeldes obligatorisch sein.

Um die Gesamtleckage möglichst gering zu halten, sollten die MNS/FFP ein leistungsfähiges Filtermaterial enthalten (Mehrlagigkeit) und ein entsprechendes Design aufweisen, das eine optimale Adaptierung an die Gesichtsform erlaubt.

Im Internet:

http://www.dguv.de/ifa/de/pub/grl/pdf/2006_003.pdf
<http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/aifa0296.pdf>

Lars-Peter Boger, Ausschuss für
zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

KfW: Änderung der Zinskonditionen

Aufgrund der aktuellen Entwicklung am Kapitalmarkt werden die Zinssätze in den meisten Förderprogrammen der (KfW) ab dem 25. Mai gesenkt. Die Zinssätze in einigen ERP-Programmen werden ebenfalls ab dem 25. Mai gesenkt. Die aktuellen Zinssätze stehen übersichtlich im Internet – www.kfw.de – und über Fax-Abruf unter der Nummer 069-74 31 42 14 zur Verfügung. In der Übersicht wird auch das „Gültig ab“-Datum zu den einzelnen Zinssätzen ausgewiesen.

Schnell und einfach zum Newsletter

Die Anmeldung zum Erhalt des Newsletters der Zahnärztekammer ist denkbar einfach und schnell gemacht: Unter www.zaekmv.de in der linken Navigationsleiste auf den Menüpunkt „Newsletter“ klicken. Nun die E-Mail-Adresse, Name und Approbationsjahr in das Formular eingeben. Kurz darauf wird eine Bestätigungsmail versandt, mit der endgültig der Erhalt des Newsletters freigeschaltet wird. Eine Listung im Verteiler ist nun erfolgt. Fragen unter der Rufnummer 0385-59 10 80. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. **ZÄK M-V**

Stärkung medizinischer Berufe im Blick

Uni Greifswald führt Überbrückungsjahr für Abiturienten ein

Zum Wintersemester können Abiturienten mit einem medizinischen Berufswunsch ein bezahltes Überbrückungsjahr in den Universitätsfachkliniken der Uni Greifswald absolvieren. Das neue Ausbildungsprojekt, „das so genannte ÜfA, ist keine Kompensation für den Zivildienst, sondern soll als Imageoffensive für medizinische Berufe im pflegerischen und therapeutischen Bereich verstanden wer-

den“, verweist Pflegevorstand Peter Hingst. Damit reagiert die Universität in Greifswald auf den zunehmenden Fachkräftemangel und gewährt interessierten Abiturienten einen Einblick in die wissenschaftliche Arbeit.

Absolventen mit Hochschulreife können im Überbrückungsjahr, das sich künftig unter dem Dach des geplanten Bundesfreiwilligendienstes einordnen soll, ihren Studien- oder

Berufsausbildungswunsch wahlweise neun oder zwölf Monate in der klinischen Praxis prüfen. Bei dem neuen Angebot besteht ferner die Möglichkeit, die eigenen Zugangsvoraussetzungen für die angestrebte Ausbildung zu verbessern und verschiedene Beschäftigungsfelder in der Gesundheitsbranche kennenzulernen.

Der Einsatz erfolgt auf einer Station oder einer Intensivstation. Das Überbrückungsjahr beginnt im September 2011 und startet mit einem Schulungsprogramm in Greifswald. Die Teilnehmer erhalten eine monatliche Vergütung von ca. 600 Euro. Etwa 30 bis 50 Plätze, vorrangig für Bewerber aus Mecklenburg-Vorpommern, werden im ersten Überbrückungsjahr vergeben. Das Jahr gilt gleichzeitig als anerkanntes Pflegepraktikum. Zusätzlich zu dieser Sonderform ausschließlich für Abiturienten gibt es in der Universitätsmedizin nach wie vor das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) und künftig auch den Bundesfreiwilligendienst (www.bundesfreiwilligendienst.de), der hauptsächlich als weiterentwickelte Ersatzmaßnahme für den ehemaligen Zivildienst gedacht ist. **UMG**

Infos auf www.medizin.uni-greifswald.de



Junge Zivildienstleistende in der Universitätsmedizin wird es nicht mehr geben. Neue Konzepte und das Überbrückungsjahr für Abiturienten knüpfen daran an.

EU-Standards unbedingt verhindern

Vorschläge bei Dienstleistungen der Freien Berufe unmöglich

Arno Metzler, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Freien Berufe will EU-Standards bei Dienstleistungen durch Freie Berufe unbedingt verhindern. Zu einem Entwurf des EU-Normungspakets für Dienstleistungen nahm er deshalb wie folgt Stellung:

„Die EU-Kommission muss das Vorhaben schnellstmöglich präzisieren und bestätigen, dass die kreativen Leistungsbereiche der Freien Berufe von der Normierungsabsicht ausgenommen bleiben. Jede Dienstleistung eines Selbstständigen in den Freien Berufen ist eine maßgeschneiderte Individuallösung für den einzelnen Patienten, Mandanten, Klienten und Kunden. Der Prozess der geistig-ideellen/geistig-schöpferischen Leistungserbringung eines Freiberuflers kann nicht in Normen beschrieben

werden. Wie etwa ein Arzt an seine Patienten herangeht, wie ein Rechtsanwalt einen Rechtsstreit führt, ist nicht allgemeingültig normierbar.

Erstaunlich ist, dass auf eine Anhörung und Einbeziehung des Fachwissens der Berufspraktiker (Berufskammern und Verbände) von vornherein verzichtet werden soll. Dieses Vorgehen nimmt dem Vorhaben viele Chancen zu Realitätsnähe und Akzeptanz bei den Betroffenen.

Entsprechende Wissensniveaus können nur durch entsprechende Fachleute bzw. Fachgremien geprüft werden. Entsprechende Prüfungen gehören zu den gesetzlichen Aufgaben von Berufskammern. Auch in Bereichen, in denen keine Berufskammern die Berufsaufsicht übernehmen, bürgen freiberufliche Berufsorganisationen für Qualität, etwa

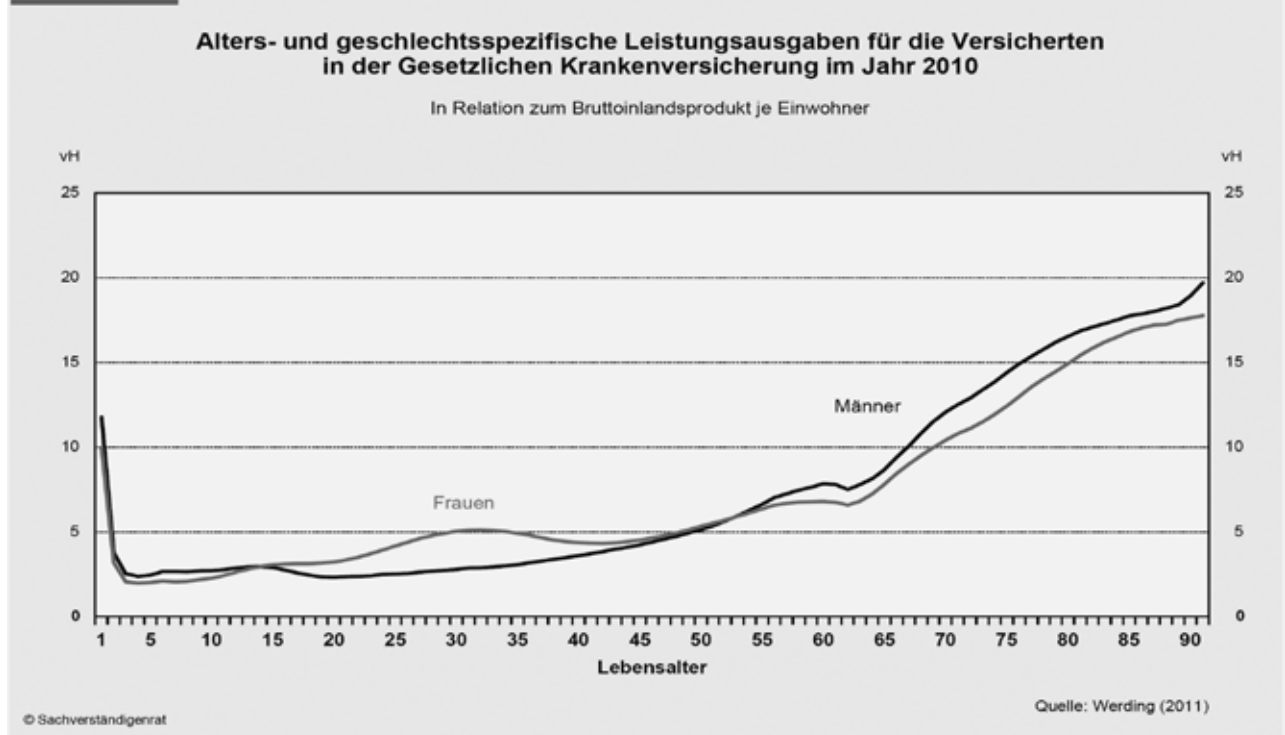
indem sie Leitlinien entwickeln.

Der BFB ruft die deutschen Freien Berufe auf, wachsam zu sein, da es sich hier um eine EU-Verordnung handeln soll, die ohne Umsetzung in nationales Recht Geltung entfalten würde. Die Freien Berufe in Deutschland und ihre Spitzenorganisation BFB werden im engen Schulterschluss mit anderen Mittelstandsorganisationen diesen Versuch der EU-Kommission, grenzüberschreitende Dienstleistungen zu vereinfachen, genau darauf prüfen, dass dieser keine Leistungsstandards reduzierende Wirkung entfaltet (race to the bottom). Die deutschen Freien Berufe sind mit ihrer Leistungsbeurteilung und Qualität an der Spitze des europäischen Binnenmarktes. Sie werden zu seiner Weiterentwicklung das Ihre beitragen, wenn man sie lässt.“ **BFB**

Herausforderungen des demografischen Wandels

Weitere Anstrengungen in den Bereichen Gesundheitsprävention gefordert

Schaubild 45



Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat sich in seinem aktuellen Gutachten mit den Herausforderungen des demografischen Wandels beschäftigt. Auch die Bereiche Gesundheit und Pflege rechnet der Sachverständigenrat den demografie-sensitiven Ausgaben zu, da ihre jeweiligen Ausgaben je Versicherten mit dem Alter zunehmen und sich somit die Alterung einer Gesellschaft in der Höhe ihrer jeweiligen Gesamtausgaben widerspiegelt. Für beide Versicherungen werden sich im Vergleich zum Jahr 2010 die Ausgaben im Jahr 2060 auf 346 Milliarden Euro nahezu verdoppeln. Die Ausgabenquote wird von 7,9 v. H. im Jahr 2010 auf 10,6 v. H. im Jahr 2060 steigen, so die Ausgabenprojektion des Sachverständigenrates.

Der Unsicherheitsfaktor in dieser Ausgabenprojektion sei der medizinisch-technische Fortschritt. Kritik übt der Sachverständigenrat an den nach wie vor bestehenden Ineffizienzen im Gesundheitssystem und schlägt als Therapie mehr Wettbewerb und die Beseitigung falscher Anreizstrukturen vor.

Der Sachverständigenrat fordert die Regierung zum entschlossenen

Handeln auf. Neben einer Erhöhung des Renteneintrittsalters fordert er weitere Anstrengungen in den Bereichen Gesundheitsprävention und lebenslanges Lernen sowie Veränderungen in der Arbeitswelt.

Für den Gesundheitsbereich schlägt der Sachverständigenrat vor, kurzfristig bestehende Effizienzreserven zu heben; mittel- bis langfristig sollte es darum gehen, Wege zu finden, um mit den Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts umzugehen. Trotz der vielfachen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre sei es

bislang nicht gelungen, die Märkte für Gesundheitsleistungen so zu regulieren, dass der Wettbewerb zwischen Anbietern von Leistungen ein qualitativ und quantitativ hoch stehendes Versorgungsniveau möglichst kostengünstig sicherstelle, kritisiert der Sachverständigenrat.

Das vollständige Gutachten mit dem Titel „Herausforderungen des demografischen Wandels“ können Sie im Internet unter dem nachfolgenden Link http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/Gutachtenn.html?&no_cache=1 herunterladen.

Anzeige

Generalist oder Spezialist?

Kontroverse Diskussion auf dem 16. Greifswalder Fachsymposium

„Ein Spezialist ist, wer von immer weniger immer mehr weiß, bis er irgendwann von nichts alles weiß.“ Mit diesen launigen Worten führte der ehemalige Vorsitzende und langjähriges Vorstandsmitglied der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V., Prof. Dr. Wolfgang Sümmig, in das 16. Fachsymposium am 25. Juni in Greifswald ein. Rund 100 Teilnehmer gingen der Frage „Zukunftsperspektiven der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Generalist oder Spezialist – pro und contra“ nach.

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle plädierte für mehr Spezialisten in der Zahnmedizin: „Es geht nicht mehr um das Ob, sondern um das Wie und Wann.“ Der Heidelberger unterstrich seine Ansicht, dass die Weiterbildungsordnungen geändert werden müssen. Nur so könnten Qualitätsstandards klar definiert werden. Er beklagte den momentanen Wildwuchs an Fort- und Weiterbildungen. In seinem Heimatland Baden-Württemberg zum Beispiel werde mit 33 Oberbegriffen für Tätigkeitsschwerpunkte und 226 Einzelmaßnahmen geworben. „Soll man die Weiterbildung dem Kräftespiel des freien Marktes unterwerfen?“ Vielmehr müsse ein Gesamtkonzept Vorrang vor isolierten Einzelmaßnahmen haben. Der Zahnmediziner erwartet mit mehr Spezialisierungen Impulse für Forschung und Lehre und eine bessere Versorgung von Problemfällen. „Kein Zahnarzt kann noch die gesamte Zahnmedizin überblicken“, so Staehle. Er warnte davor, dass es an kompetenten Spezialisten in Deutschland fehle. Für Parodontalbehandlungen bräuhete es beispielsweise rund 1.600 Fachzahnärzte, schätzte der Experte. Nach seiner Erfahrung an der Universität seien spezialisierte Kollegen selbstbewusster. Insbesondere den Frauen empfahl er eine Spezialisierung: „So können sie anspruchsvolle Tätigkeiten – auch in Teilzeit – ausführen.“

Der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Dietmar Oesterreich, stellte fest, dass es im Berufsstand zu dieser Thematik sehr unterschiedliche Interessenlagen gebe, für die sich jeweils gute Begrün-



Blick in das Auditorium des 16. Greifswalder Fachsymposiums.

dungen finden lieben. „Die Zahnärztekammern stehen in der Verpflichtung, das Spannungsverhältnis zwischen fachlicher Weiterentwicklung und der kollektiven Identifikation des Berufsstandes auszuhalten und zu lösen“, so der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen wie Budgets, Selektivverträge und drohende Öffnungsklausel in der GOZ, aber auch fehlende äußere Anreize, die zukünftigen Herausforderungen an die zahnmedizinische Versorgung zu meistern, haben erheblichen Einfluss auf die Ausrichtung des Berufsstandes. Er



Dr. Dietmar Oesterreich während seines Vortrags.

lobte die hohe Bereitschaft der Kollegen, an Qualifizierungsmaßnahmen teilzunehmen. Jeder Zahnarzt in Mecklenburg-Vorpommern bildete sich laut einer im Jahr 2003 durchgeführten Umfrage durchschnittlich an 6,9 Veranstaltungstagen jährlich fort. Auch bundesweite Studien würden die hohe Fortbildungsbereitschaft des Berufsstandes belegen. Versorgungspolitischen Herausforderungen wie dem demografischen Wandel und der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Zahnmedizin begegnen die niedergelassenen Zahnärzte – nach einer Untersuchung des IDZ – in erster Linie mit durch Fortbildung erworbenen Arbeitsschwerpunkten (57,3 Prozent), aber auch mit neuen Praxisformen (21,8 Prozent). Aus Sicht des Patienten sei der niedergelassene Zahnarzt der zentrale Ansprechpartner für alle Fragen der Mundgesundheit. Für den Laien sei eine Einordnung des zahnärztlichen Problems – im Gegensatz zur Medizin – in der Regel kaum möglich.

Der Präsident empfahl für die weitere Diskussion, das modulare System der Fort- und Weiterbildung mit Leben zu füllen. Gleichzeitig sollten über Versorgungsforschungsansätze die Erwartungshaltungen der Patienten und des Berufsstandes evaluiert werden. Ziel jeder Veränderung im System der Fort- und Weiterbildung müsse letztendlich die Verbesserung der Versorgung der Patienten sein. Dies müsse ebenso im Fokus der For-



Professor Dr. Dr. Hans Jörg Staehle aus Heidelberg



Organisator des Symposiums: Professor Dr. Wolfgang Sünnig

schungsansätze stehen. Für alle an der Diskussion Beteiligten gelte es, die Komplexität der Thematik anzuerkennen und die gegenseitigen Argumente zu gewichten. „Jede Änderung muss außerordentlich gut begründet sein und sollte dabei der Stärkung der Einheit des Berufsstandes dienen“, betonte Oesterreich.

Im Rahmen der Diskussion über die beiden Grundsatzreferate aber auch in den nachfolgenden Vorträgen wurden weitere Ansätze deutlich, ob und in welcher Weise die zunehmende Spezialisierung im Berufsstand geregelt werden sollte. Nicht überraschend war, dass aus der Hochschule, der natürlichen Heimat spezialisierter Zahnmedizin, ein starker Ruf nach

der Anerkennung von geregelten Spezialisierungen bis hin zur Empfehlung neuer Weiterbildungsgebiete kam. Doch auch die berufspolitischen Bedenken um die Zersplitterung des Berufsstandes und das zahnärztliche Selbstverständnis des Generalisten fanden Gehör. Es war die Stärke des Symposiums, dass ein Thema, das oft emotional diskutiert wird, hier sehr zielorientiert und mit Respekt für die andere Meinung beleuchtet wurde.

Berichte über Organisation, Inhalt und Verlauf von strukturierten Fortbildungen in Mecklenburg-Vorpommern sowie in Berlin und Brandenburg rundeten einen interessanten Samstag ab.

Renate Heusch-Lahl, Dr. Jürgen Liebich



Professor Dr. Christian Splieth (links) im Gespräch mit dem emiritierten Professor Dr. Siegfried Hensel. Im Hintergrund: Professorin Dr. Elke Hensel.

Gut gelaunt und ansteckend: Zahnärztinnenkongress

Interessantes Programm – praxisnahe Fortbildung – muntere Gespräche



Eröffneten den Zahnärztinnenkongress mit Grußworten (von links): Dr. Kerstin Blaschke/Netzwerk Zora, Prof. Dr. Marianne Schrader/Deutscher Ärztinnenbund, Dr. Antje Köster-Schmidt/Landeszahnärztekammer Hessen, Dr. Brita Petersen/Vorsitzende BZÄK-Ausschuss Zahnärztinnen und Birgit Dohlus/Dentista Club

Angesprochen waren diesmal explizit die jungen Kolleginnen, wie „Gastgeberin“ Dr. Brita Petersen, Vorsitzende des BZÄK-Ausschusses für die Belange der Zahnärztinnen, im Einladungsflyer betont hatte. Gekommen waren dann zum 3. Zahnärztinnenkongress am 13. und 14. Mai in Frankfurt schließlich Zahnärztinnen aller Praxisjahre. Sie taten gut daran, denn das Programm, das das Organisationsteam der Hessischen Landeszahnärztekammer rund um Dr. Cornelia Panthen zusammengestellt hatte, übermittelte viel Interessantes und Nützlichendes aus Wissenschaft, Praxis und Management.

„Infos und Anregungen vermitteln ist eines der Ziele des Zahnärztinnen-Ausschusses“, sagte Dr. Petersen in ihren Eröffnungsgrußworten. Sie betonte die Bedeutung der Kolleginnen für die Zukunft des Berufsstandes. Es gehe nicht an, dass hochqualifizierte Zahnärztinnen aus familientechnischen Gründen nicht im Berufsstand bleiben, sich zu selten in der Standespolitik engagierten oder halbtags arbeiteten: „Wir brauchen eine lebensphasengerechte Berufsgestaltung!“ Dieser in die Diskussion gegebene Begriff stieß auf große Zustimmung und wurde in den Pausengesprächen vielfach zitiert. Aufgegriffen wurde er auch von Petra Knödler/apoBank, die als eine der Referentinnen aus dem Sponsorenkreis die Notwendigkeit flexibler Finanzierungsmodelle für Zahnärztinnen an Alltagsbeispielen untermauerte.

Fachtagung mit Hirn und Herz

Regelrecht mitreißend war der Beitrag von Prof. Dr. Stefan Kopp/Frankfurt zum Thema Okklusion und Wirbelsäule. Verbunden mit einem kaum zu fassenden Überblick über schier hunderte von verschiedenen kleineren und größeren Muskeln wurde eindrucksvoll deutlich, dass selbst Schuheinlagen mit der Kieferposition in Verbindung stehen – und andere Körperregionen: „Bei manchen Patienten sollte man sich auch fragen: Muss ich erst ein Problem an der Hüfte lösen, ehe ich mich um die Zähne kümmern kann?“ Warum mehr als bisher ganzheitlich gedacht werden muss, brachte er auf einen klaren Punkt: „Man muss ja nicht pausenlos seinem Rezidiv hinterherlaufen...“. Hochanspruchsvoll war auch der Vortrag von Oralchirurgin OÄ Dr. Doris Seiz/Frankfurt, der anschließend enormen Beifall und hohes Lob erhielt: Sie berichtete über die wachsende Bedeutung der wiederholten Anamnese in der Zahnarztpraxis und schilderte eine enorme Anzahl an Wirkungen, Nebenwirkungen und Auswirkungen von Medikamenten und Erkrankungen auf das orofaziale System: „Ganzheitliches Betrachten des Patienten ist notwendig – es kann schließlich auch zu Implantatverlust kommen, weil der Patient eine Niereninsuffizienz hat!“ Grund sei die damit einhergehende Auslösung von Calcium aus den Knochen. Ihre Warnung: „Viele Patienten bekommen Sedativa und wissen das gar nicht.“ Spannend wurde es

auch im Beitrag von Dr. Bettina Dannewitz, die über „aggressive Parodontitis“ berichtete und vielfältige Unterschiede im Vergleich zur chronischen Parodontitis auflistete – mit Konsequenz auf das Vorgehen. Hier spielten auch biologische Geschlechterunterschiede mit hinein. Ihre Warnung: „Aggressive Parodontitis ist keine Blickdiagnose!“ Die Erkrankung werde oft zu spät erkannt.

Praxismanagement: Sitzen, Reden, Rechnen

Praktisch wurde es bei Physiotherapeut Wolfgang Stelzenmüller/Neulsenburg und Zahnärztin Dr. Annekathrin Behrend/Gießen. Während es im physiotherapeutischen Beitrag unter anderem um den „Damensitz auf dem Stuhl ohne abgeklemmte Nerven“ ging sowie die richtige Sitzhöhe („die meisten Zahnärztinnen und Zahnärzte sitzen zu hoch“) und kleine Ausgleichsübungen zwischendurch, machte Dr. Behrendt Kommunikation „fühlbar“. Sie nahm das Auditorium mit in die gefühlte Welt rund um das Zuhören und die verschiedenen Ebenen des Reagierens auf eine gegebene Situation: „Es ist friedensstiftend, wenn Sie die Mechanismen des ‚aktiven Zuhörens‘ in der Kommunikation mit den Patienten nutzen“, sagte sie und demonstrierte anhand praktischer Alltagssituationen, wie beide Seiten weitgehend unverletzt aus einer kritischen Situation herauskommen können. Welche nachhaltigen Veränderungen die steigenden Zahlen an Zahnärztinnen für den Berufsstand mit sich bringen, wurde beim Beitrag von Stephen Allroggen/Vorstandsvorsitzender der KZV Hessen spürbar: Nicht nur in Hessen steige die Anzahl der Angestellten unter den Zahnärztinnen prozentual erheblich schneller als die Zahl der Niedergelassenen. Er schilderte heute mögliche Niederlassungsformen, die auch Teilzeitbedürfnissen von Zahnärztinnen entgegenkämen. Nicht helfen könne die Körperschaft bei dem Wunsch nach mehr Unterstützung im Bereich Kinderbetreuung. In der anschließenden Diskussion wurden auch kritische Aspekte laut, unter anderem wurde nach dem Grund für die gleich hohen Beiträge für Niedergelassene und Angestellte gefragt. Der KZV-Vorsitzende erklärte verschiedene Zusammenhänge und regte an: „Wenn Sie an den Beiträgen etwas verändern wollen, dann

bringen Sie das doch ein in die Vertreterversammlung.“ Um Zahlen ging es auch im Vortrag von Petra Knödler/apoBank („Ich möchte am liebsten alle angestellten Zahnärztinnen in die Niederlassung mitnehmen – da wollten Sie ursprünglich doch auch einmal hin!“) und seitens Peter Wittmann/Deutsche Ärzteversicherung, der beispielhaft den unterschiedlichen Versicherungsbedarf einer angestellten und einer niedergelassenen Zahnärztin erklärte.

Einen für weiterbildungsinteressierte Zahnärztinnen interessanten Punkt übermittelte Dr. Giesbert Schulz-Freywaldt, Vizepräsident der Landes Zahnärztekammer Hessen, in seinem Grußwort im Namen des Kammervorstands: „Die bevorstehende neue Weiterbildungsordnung nimmt bereits Rücksicht auf den wachsenden Anteil an Zahnärztinnen: Anerkannt wird jetzt auch Weiterbildung in Halbtags-Zeit.“ Er empfahl, die geplante Musterweiterbil-

dungsordnung mit Blick auf die Belange der Zahnärztinnen selbst einmal zu prüfen. Bewegend war der Vortrag von Kammervorstandsmitglied Dr. Antje Köster-Schmidt, die den erarbeiteten Dokumentationsbogen für Zahnärzte zu „interpersoneller Gewalt“ vorstellte und die derzeitige Ausrichtung auf Gewalt gegen Frauen als erste Stufe bezeichnete: Nach ausreichend Erfahrung werde es auch um Gewalt gegen Kinder und gegen Männer gehen. „Wir haben ein Wissensdefizit: Wie sollen wir mit solchen Situationen umgehen?“ fragte sie und betonte das Ziel des Dokumentationsbogens sowie der ergänzenden Dent-Doc-Card: „Gewalteinwirkung erkennen, Patienten richtig ansprechen und alles gerichtsfest dokumentieren.“ Ein junges Thema, das laut Dr. Petersen in ihrer Anmoderation große Zukunft haben werde, präsentierte PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Präsidentin der neuen Deutschen Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-

Mund- und Kieferheilkunde, zudem Vizepräsidentin des Dentista Clubs: „Die Zahnmedizin wird durch die Geschlechterperspektive gewinnen“, sagte sie und präsentierte Beispiele aus der Medizin und der Zahnmedizin. In der Praxis eingesetzte Klassiker unter den Analgetika wirkten bei Männern und Frauen anders intensiv, so ein Beispiel, ein anderes: Bluthochdruck bei Männern korrespondiert offensichtlich mit erhöhtem Zahnverlust – eine Beobachtung, die bei Frauen nicht bestätigt werden konnte. Der Satz, mit dem Dr. Dr. Gleissner ihren Vortrag endete, war auch so etwas wie eine Summary, die Dr. Petersen gern aufnahm: „Nicht nur durch die Geschlechterperspektive, auch von den vielen Frauen im Fach wird die Zahnmedizin gewinnen.“ Der 3. Zahnärztinnenkongress war insgesamt eine ansteckend gut gelaunte und zudem fachlich eindrucksvolle Veranstaltung, die das Statement von Dr. Dr. Gleissner ganz eindeutig bestätigte. **Dentista Club**

Sylter Woche: Aktuelle Wissenschaft und Praxis



Der 53. Fortbildungskongress der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein in Westerland auf Sylt erfüllte erneut die hochgesteckten Erwartungen. Kammerpräsident Dr. Michael Brandt zeigte sich zum Abschluss als Tagungsleiter hochzufrieden über den großen Zuspruch (der Kongress war lange vor Beginn ausgebucht) und die fachliche Qualität der Vorträge und Seminare: „Unsere Patienten können ab nächster Woche von der Qualitätssteigerung in unseren Praxen profitieren!“

Eine Woche lang hatten sich hochkarätige Referenten aus Wissenschaft und Praxis unter dem Generalthema

„Für Zähne ist man nie zu alt“ in mehr als 40 Seminaren und 20 Vorträgen mit dem Schwerpunkt der altersgerechten Zahnheilkunde beschäftigt. Die Themen reichten von der altersgerechten Medikation, der Laserzahnheilkunde, der risikoadjustierten Diagnostik über Hypnose als Therapieunterstützung, der computerunterstützten Zahntechnik in Praxis und Labor bis zum „Wohlfühlfaktor“ für ältere Patienten in der Praxis. Kooperationspartner des Kongresses war die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin.

In seinem Abschlussvortrag zeigte Prof. Christoph Hämmerle (Zürich)

mit beeindruckenden Bildern, dass man auch für schöne Zähne „nie zu alt“ ist – ein striktes „Höchstalter“ für festsitzenden Zahnersatz oder Implantate gebe es ebenso wenig, wie ein Höchstalter für schöne Zähne. Tagungsleiter Brandt entließ die Teilnehmer am Freitag mit den Worten: „Zähne geben ein begrenztes Gastspiel in unserer Mundhöhle. Wir werden es mit den Erkenntnissen dieser Tagung verlängern können.“

Die 54. Sylter Woche wird sich vom 21. bis 25. Mai 2012 dem Thema „Implantate in aller Munde“ widmen. Anmeldungen sind ab 1. Februar 2012 möglich. **Zahnärztekammer S-H**

Fortbildung im September und Oktober

10. September *5 Punkte*

Knochennekrosen – Bisphosphonate und Angiogenesehemmer: Wie kann ich Patienten mit diesen Problemen in der zahnärztlichen Praxis behandeln? Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz, Dr. Christian Schöntag
9 – 13 Uhr
Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 2
Seminargebühr: 195 €

17. September *8 Punkte*

KFO-SPEZIAL: Vom Spannungsfeld zur erfolgreichen Dreiecksbeziehung! Service – Beratung – Patientenbindung in der KFO-Praxis
Dipl.Germ. Karin Namianowski
9 – 16 Uhr
Radisson Blu Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 3
Seminargebühr: 290 €

21. September *9 Punkte*

Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz
Prof. Dr. Uwe Rother,
Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek
14.30 – 20.30 Uhr
Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminar Nr. 4
Seminargebühr: 90 €

21. September *5 Punkte*

Praxisauflösung und Praxisabgabe (Praxisübertragung – Praxisveräußerung)
Rechtsanwalt Peter Ihle,
Steuerberater Helge C. Kiecksee
15 – 19 Uhr
Radisson Blu Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 5
Seminargebühr: 130 €

21. September *6 Punkte*

Zeitgemäßes Hygienemanagement in Zahnarztpraxen
Dipl.-Stom. Holger Donath,
Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski
15 – 20 Uhr
Mercure Hotel
Am Gorzberg, 17489 Greifswald
Seminar Nr. 6
Seminargebühr: 120 €

23. September *6 Punkte*

Periimplantitis, Ursachen, Risikofaktoren und klinische Konzepte
Dr. Moritz Kebschull
14 – 18.30 Uhr
Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminar Nr. 7
Seminargebühr: 140 €

24. September *9 Punkte*

Endodontie – Vorstellung eines erfolgreichen Praxiskonzeptes
Zahnarzt Holger Thun,
Dr. Alexander Kuhr
9 – 17 Uhr
Zahnarztpraxis Thun
Steinstraße 11
19053 Schwerin
Seminar Nr. 8
Seminargebühr: 340 €

24. September *6 Punkte*

Risiken und Komplikationen der Zahnentfernung
Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz,
Dr. Dr. Mark Kirchhoff
9 – 13 Uhr
Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 9
Seminargebühr: 125 €

5. Oktober

„PEP“ Tag – Probieren Erleben Profitieren
Antje Kaltwasser
14 – 18 Uhr
Radisson Blu Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 35
Seminargebühr: 175 €

7./8. Oktober *18 Punkte*

Praktischer Arbeitskurs: Vollkeramische Restaurationen Maximale Ästhetik und Funktion vom Veneer bis zur Seitenzahnbrücke
Prof. Dr. Jürgen Manhart
7. Oktober 14 – 20 Uhr,
8. Oktober 8.30 – 16 Uhr
Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8
17489 Greifswald
Seminar Nr. 10
Seminargebühr: 500 €

8. Oktober *4 Punkte*

Zahnärztliche Chirurgie/

Implantologie

Priv.-Doz. Dr. Constantin von See
10 – 13 Uhr
Radisson Blu Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 11
Seminargebühr: 95 €

8. Oktober

Recall bei PAR-Patienten – Der Schlüssel zum Erfolg
Aktuelles für die ZMP/Prophylaxemitarbeiterin
DH Simone Klein
9 – 15 Uhr
Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminar Nr. 36
Seminargebühr: 225 €

12. Oktober

Betreuung parodontalerkrankter Patienten
DH Jutta Daus
14 – 19 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17487 Greifswald
Seminar Nr. 37
Seminargebühr: 205 €

14./15. Oktober

Curriculum Prothetik Modul 1 Diagnostik und Dokumentation, Funktions- und PA-Screening, Bildgebung, präprothetische PA Behandlung, Planung, Forensik (inkl. praktischer Übungen)
Prof. Dr. Reiner Biffar,
Prof. Dr. Peter Ottl
14. Oktober 14 – 19 Uhr,
15. Oktober 9 – 16 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17487 Greifswald
Seminar Nr. 1
Gebühr für das gesamte Curriculum (Modul 1 bis Modul 10): 4700 €

19. Oktober *9 Punkte*

Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz
Prof. Dr. Uwe Rother,
Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek
14.30 – 20.30 Uhr
TriHotel am Schweizer Wald
Tessinerstraße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 12
Seminargebühr: 90 €

26. Oktober 5 Punkte
 Wissenschaftliche Literaturrecherche leicht gemacht. Wie informiere ich mich über Aktuelles in der Zahnmedizin
 Dr. Andreas Söhnel
 15 – 19 Uhr
 Zentrum für ZMK
 Rotgerberstraße 8
 Seminar Nr. 13
 Seminargebühr: 180 €

28./29. Oktober 13 Punkte
 Hands-on-Parodontalchirurgie – Teil 1 Weichgewebe
 Prof. Dr. Hermann Lang, Dr. Mark

Branschofsky
 28. Oktober 15 – 18 Uhr, 29. Oktober 9 – 16 Uhr
 Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“
 Stempelstraße 13
 18057 Rostock
 Seminar Nr. 14
 Seminargebühr: 385 €

29. Oktober 6 Punkte
 Komplikationen und Notfälle in der zahnärztlichen Praxis
 Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz, Dr. Anja Mehlhose
 9 – 13 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“
 Stempelstraße 13
 18057 Rostock
 Seminar Nr. 15
 Seminargebühr: 200 € pro Team

Das Referat Fortbildung ist unter Tel: 0385-5 91 08 13 und Fax: 0385-5 91 08 23 zu erreichen
Bitte beachten Sie: Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter www.zaekmv.de - Stichwort Fortbildung).

Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

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

Einrichtung einer Praxishomepage
Inhalt: Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; Freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); Freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten
Wann: 7. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation mit Excel 2007
Inhalt: Daten eingeben und bearbeiten; Formeln und Funktionen einfügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten mit Diagrammen
Wann: 14. September, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Textverarbeitung mit Word 2007
Inhalt: Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief
Wann: 12. Oktober, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung
Referent: Dr. Hans-Jürgen Koch, Mitglied im Koordinationsgremium

der KZV M-V; Hans Salow, stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV M-V; Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V
Inhalt: Gesetzliche und vertragliche Grundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung; Stellung der KZV innerhalb der GKV; neue Prüfvereinbarung in M-V; Ablauf der Verfahren mit Darstellung der verschiedenen Prüfungsarten; Hilfestellung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren betroffen sind, z. B. Vorbereitung auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch professionelle

Dokumentation oder Wirtschaftlichkeitsprüfung optimal vorbereiten und erfolgreich abwickeln.
Wann: 5. Oktober, 15 – 19 Uhr, Schwerin
Punkte: 4
Gebühren: 150 Euro für Zahnärzte, 75 Euro für Vorbereitungsassistenten und Zahnarzthelferinnen

KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
 Ansprechpartnerin: Antje Peters
 E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de
 Telefon: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498



Ich melde mich an zum Seminar:

- Einrichtung einer Praxishomepage am 7. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2007 am 14. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung am 5. Oktober, 15 bis 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2007 am 12. Oktober, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Im Land weiterhin keine Tarifbindung

Gespräch mit Vertreterinnen des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.

Kürzlich haben sich die Vertreterinnen des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V., Petra Stenzel, 1. Vorsitzende des Landesverbandes Nord, Hannelore König, 1. geschäftsführende Vorsitzende des Verbandes, und Roswitha Grembocki, Beisitzerin im Landesvorstand, zu einem Gespräch in der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mit dem Präsidenten Dr. Dietmar Oesterreich, Vorstandsmitglied und Referatsleiter des Referates ZAH/ZFA Zahnarzt Mario Schreen und Hauptgeschäftsführer RA Peter Ihle getroffen. Ein Anliegen des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. bestand darin, die Zahnärztekammer von der Bedeutung einer Tarifgemeinschaft für die ZFA/ZAH zu überzeugen. Der Präsident stellte dazu fest, dass diese im Bundesland bei dem zunehmenden Fachkräftemangel kaum sinnvoll ist. Dr. Oesterreich verwies dabei auf die zum Teil sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Praxen, deren Ursache nicht nur in der geographischen Lage zu suchen seien. ZA Schreen ergänzte, dass Informationen zu den aktuellen Vergütungen in anderen Bundesländern durch das Referat ausgegeben werden. Weitere Gesprächspunkte waren die Novellierung der Ausbildung zur ZFA und die



Treffen in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer in Schwerin mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V., v.l. RA Peter Ihle (Hauptgeschäftsführer der ZÄK M-V), Dr. Dietmar Oesterreich (Präsident der ZÄK M-V), ZA Mario Schreen (Vorstandsmitglied und Referent für ZAH/ZFA), Hannelore König (1. geschäftsführende Vorsitzende des Verbandes), Roswitha Grembocki (Beisitzerin im Landesvorstand), Petra Stenzel (1. Vorsitzende des Landesverbandes Nord).

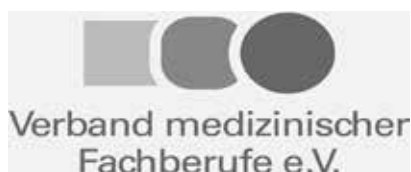
Attraktivität der Berufsausbildung. Dr. Oesterreich stellte klar, dass nicht über eine zweijährige Ausbildung diskutiert werde, es jedoch notwendig sei, über andere Qualitätsstufen nachzudenken.

Durch die „Passgenaue Vermitt-

lung“ in der Zahnärztekammer werde sehr viel für die Attraktivität des Berufsbildes der ZFA getan, um einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Zahnarzt Mario Schreen
Sandra Bartke, Referat ZAH/ZFA

25. Bundeskongress bietet Know-how für den Alltag im ambulanten Gesundheitswesen



„Denkanstöße aus der Praxis und Know-how für den Berufsalltag“ – das erwartet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beim 25. Bundeskongress des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. Für das dreitägige Fortbildungs-Event vom 9. bis 11. September in den Westfalenhallen in Dortmund hat der Veranstalter rund 90 Seminare organisiert.

Am 9. September stehen dabei besonders die Auszubildenden im Mittelpunkt. Ab 9.30 Uhr können

sie ihre Kenntnisse in verschiedenen Bereichen vertiefen. Für angehende Zahnmedizinische Fachangestellte gibt es z. B. Tipps für die berufliche Karriere, die korrekte Aufbereitung von Instrumenten, das Vermeiden von Abrechnungsfehlern und körpergerechtes Arbeiten. Weitere Seminarangebote für ZFA an diesem Tag behandeln aktuelle Entwicklungen im Beruf, wertschätzende Kommunikation, Zusammenhänge zwischen Parodontologie und Allgemeinerkrankungen sowie Ernährung und Zahngesundheit und Prüfungsvorbereitungen.

Offiziell wird der Kongress am Freitagnachmittag eröffnet. In die Veranstaltung ist eine Podiumsdiskussion eingebettet, die „DenkAnstöße“

zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“ geben wird. Der Samstagvormittag beginnt mit einer spannenden fachspezifischen Debatte über Hintergründe von körperlicher und seelischer Gewalt. Im Anschluss können Seminare, Workshops und Fallkonferenzen zu praxisnahen Themen besucht werden. Am dritten Kongressstag werden vorrangig Facetten des Führungs-, Risiko-, Qualitäts-, Zeit- und Praxismanagements sowie der Arbeitssicherheit betrachtet.

Das komplette Programm ist auf www.vmf-online.de eingestellt. Bei Anmeldungen bis zum 30. Juni gibt es Frühbucher- und ab fünf Personen Gruppenrabatt.

Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Dr. Dreihaupt bleibt Präsident der ZÄK Sachsen-Anhalt

Für weitere fünf Jahre haben die Delegierten der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt Dr. Frank Dreihaupt am Samstag, dem 25. Juni, zu ihrem Präsidenten gewählt. Der Zahnarzt aus Tangerhütte steht damit zum sechsten Mal auf dem Führungsplatz der Zahnärztekammer. Er hatte 1990 bereits an der Spitze der Gründer des Vorläufers der Körperschaft des öffentlichen Rechts gestanden und war fast auf den Tag genau vor 20 Jahren – am 29. Juni 1991 – erstmals zum Präsidenten gewählt worden.

Im Amt des Vizepräsidenten der Zahnärztekammer bestätigt wurde der Burger Zahnarzt Ralph Buchholz. Vier der fünf Beisitzer im Kammervorstand sind neu in dem Gremium: Dr. Nicole Primas, Magdeburg, Dr. Carsten Hünecke, Magdeburg, PD Dr. Christian Gernhardt, Halle, und Dr. Mario Dietze, Merseburg. Als Vorstandsmitglied wiedergewählt wurde Hubert Meister, Calbe.

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer hat in ihrer sechs-

ten Legislaturperiode 47 Mitglieder. Sie vertreten die Interessen der 2.373 Zahnärzte des Landes Sachsen-Anhalt.

ZÄK S-A



Weitere fünf Jahre bleibt Dr. Frank Dreihaupt Präsident der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt.

Foto: ZÄK S-A

Jahrestagung Implantologie

Am 8. Oktober findet die 8. Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) zum ersten Mal im Zentrum von Rostock statt. Sie steht unter dem Thema „Implantologie in Mecklenburg-Vorpommern – aktuelle interdisziplinäre Entwicklungstendenzen“. Es wurde ein breites Programm aller an der Implantologie beteiligten Fachgebiete erarbeitet. Die gewonnenen Referenten haben langjährige Erfahrungen auf diesem Gebiet. Der Bogen reicht von der Diagnostik bis hin zur Therapie über den gesamten Bereich der Implantologie. Besonderes Hauptaugenmerk liegt auf der interdisziplinären Zusammenarbeit, wobei besonders intensiv auf die implantologische Versorgung von Altfällen eingegangen wird. Zu Beginn werden Teilnehmer des mittlerweile 3. Curriculum Implantologie der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, der DGI und der APW ihre Zertifikate entgegennehmen.

Näheres unter Telefon: 0 38 34-86 71 68

19. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte
am 3. September im Technologiepark Warnemünde

Tagungsleitung:

Zahnarzt Mario Schreen und Annette Krause

Programm:

9.00 Uhr	Begrüßung und Eröffnung Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident der ZÄK M-V, Stavenhagen
9.20 Uhr	Einführung zum Programm ZA Mario Schreen, Referent im Vorstand der ZÄK M-V, Schwerin
9.30 Uhr	Entwicklung im Kindesalter und Kinderkrankheiten Dr. Karina Gohrmann, Uni Greifswald
10.00 Uhr	Füllung, Stahlkrone und Milchzahn- Endo – Was ist möglich und sinnvoll? Prof. Dr. Christian Splieth, Uni Greifswald
10.30 Uhr	Diskussion und Pause

11.00 Uhr Nuckelflaschenkaries, Prophylaxe und
Sanierung
Dr. Anja Treuner, Uni Greifswald

11.30 Uhr Verhaltensformung und Hypnose
Dr. Wolfgang Kuwatsch, Rostock

12.15 Uhr Diskussion und Schlusswort

14.00 Uhr Seminare im Hotel Neptun:

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

Seminar 2: „Kindgerechte Ansprache“
Karin Namianowski, Wasserburg

Seminar 3: Das Milchgebiss, ein vernachlässigtes
Feld: Prävention und Sanierung
Prof. Dr. Christian Splieth, Uni Greifswald

Rostocker Kieferorthopäden in Chicago erfolgreich

Wissenstransfer bei Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Kieferorthopädie



Dr. Tiziano Baccetti nach seinem Ehrenvortrag auf der diesjährigen Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Kieferorthopädie mit den Rostocker Kollegen. (v.li nach re: Dr. Anja Salbach, Dr. Tiziano Baccetti, Professor Dr. Franka Stahl de Castrillon, Juliane Neubert)

Wissen ist international, es kennt keine Grenzen! Daher war es für Professor Franka Stahl de Castrillon, Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Rostock, und ihre wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Juliane Neubert und Dr. Anja Salbach selbstverständlich, einen Beitrag auf dem Jahreskongress der Amerikanischen Gesellschaft für Kieferorthopädie (AAO) vom 13. bis 17. Mai in Chicago zu leisten.

Chicago empfing seine internationalen Gäste mit blauem Himmel und zeugte mit 6700 Kongressteilnehmern aus aller Welt von der Internationalität des Faches. Jährlich gilt es durch

die aktive Teilnahme an Kongressen, Fachkollegen aus aller Welt zum Meinungsaustausch zu treffen und eigene Forschungsergebnisse zu diskutieren, denn nicht zuletzt profitieren Patienten davon, indem sie auf höchstem Niveau nach dem neuestem Erkenntnisstand behandelt werden. Während Juliane Neubert und Dr. Anja Salbach ihre Forschungsergebnisse in zwei Posterbeiträgen vorstellten, referierte Professor Franka Stahl de Castrillon über aktuelle Rostocker Studienergebnisse zur kieferorthopädischen Frühbehandlung.

Andere Beiträge zur Behandlungsstrategie und Behandlungseffizienz

bei Patienten mit Angle Klasse II und Angle Klasse III Anomalie wurden von namhaften Referenten, wie Prof. James McNamara, Dr. Lee Graber und Dr. Lorenzo Franchi gehalten. Dr. Tiziano Baccetti (Foto) wurde in diesem Jahr die Auszeichnung zuteil, die Ehrenvorlesung auf der diesjährigen Jahrestagung der AAO, die Salzmann-Lecture, zum Thema: „Dentofacial Orthopedics in Five Dimensions“ zu halten.

Er konnte ebenfalls für eine Fortbildungsveranstaltung vom 9. bis 10. September in Rostock gewonnen werden. Alle interessierten Kollegen sind dazu herzlich eingeladen. Dr. Baccetti erhielt bereits zahlreiche nationale und internationale wissenschaftliche Auszeichnungen, wie den Henry Goldman Preis, den Joseph E. Johnson Table Clinic Award und den Research Award der Angle Society.

Die Fortbildungsveranstaltung mit Dr. Baccetti wird in englischer Sprache mit deutscher Simultanübersetzung angeboten und gibt einen umfassenden Überblick über folgende Themen:

1. Schlüsselfaktoren zur Verbesserung der Behandlungseffizienz in der dentofazialen Orthopädie
2. Aktuelle Behandlungsansätze bei Patienten mit Klasse II-Anomalien
3. Aktuelle Behandlungsansätze bei Patienten mit Klasse III-Anomalien
4. Behandlung der vertikalen Dimension – der Patient mit vergrößerter vertikaler Dimension
5. Behandlung der transversalen Dimension – Indikationen und Behandlungszeitpunkt
6. Günstigster Zeitpunkt für die Therapie mittels GNE in Abhängigkeit von der Behandlungsindikation
7. Aktuelle Ansätze für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Eckzahnverlagerung

Interessenten melden sich bitte telefonisch unter der Nummer 0381-4 94 65 58 oder per E-Mail unter petra.pieper@med.uni-rostock.de an.

Die Initiatoren hoffen auf reges Interesse und freuen sich auf viele Besucher in der Hansestadt Rostock.

**Mitarbeiter der Poliklinik für
Kieferorthopädie der Universität Rostock**

Anzeige

Verordnung von Heilmitteln durch Zahnärzte

Sprachtherapie und Physiotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat (G-BA) am 20. Januar die Neufassung der Heilmittelrichtlinie beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat festgestellt, dass die Heilmittelrichtlinie in der aktuellen Fassung nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt.

Bis zur Verabschiedung entsprechender Regelungen in dieser Heilmittelrichtlinie gelten die bisherigen Vorgehensweisen unverändert weiter, was die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung sichert.

Bezüglich dieses Sachstands, dass es bisher zu keinen Veränderungen im Rahmen einer Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln im vertragszahnärztlichen Bereich gekommen ist, stellt die KZV M-V Folgendes klar: Vertragszahnärzte sind nach dem Zahnheilkundengesetz berufsrechtlich grundsätzlich berechtigt, Heilmittel im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verordnen, soweit die Verordnung zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört. Zu den Heilmitteln, die der Zahnarzt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verordnen kann, gehören die Sprachtherapie (logopädische Behandlung) und die physiotherapeutischen Maßnahmen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist wie bei allen anderen zahnärztlichen Leistungen zu beachten. Die Verordnung sprachtherapeutischer und physiotherapeutischer Maßnahmen unterliegt bisher nicht dem Regelungsbereich der Heilmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Ebenso gibt es keinen Leistungskatalog für Zahnärzte.

Obwohl in Rundbriefen und dens des Öfteren Hinweise gegeben wurden, bestehen in der Kollegenschaft hin und wieder Unklarheiten bezüglich der Rechtmäßigkeit einer Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und der vertragsgerechten Vorgehensweise.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten mit Beschluss vom 19. September 2001 festgestellt, dass grundsätzlich alle Vertragszahnärzte eine notwendige Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, also auch die Verordnung von logopädischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, vornehmen können.

In diesem Zusammenhang empfiehlt

die KZV M-V, sich an der maximalen ärztlichen Verordnungsmenge bei Erst- und Folgebehandlungen zu orientieren: Bei physikalischer Therapie bis zu sechs und bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bis zu zehn Behandlungen.

Klargestellt worden war auch, dass für eine solche vertragszahnärztliche Verordnung das zwischen der KZBV und den Krankenkassen vereinbarte Rezeptformular (Muster 16) unter Markierung des Feldes Nr. 7 (Hilfsmittel) verwendet werden muss und dass das zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen neuerdings für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarte Sonderformular (ärztliches Muster 13, DIN A 5) keine Verwendung finden darf.

Schlussfolgerung:

- Alle Vertragszahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern können notwendige Heil- und Hilfsmittel verordnen, also auch Maßnahmen zur Logopädie und Physiotherapie.
- Für eine solche Verordnung ist ausschließlich das kassenzahnärztliche Rezeptformular (Muster 16) zu verwenden. Hier ist das Feld Nr. 7 „Hilfsmittel“ zu markieren.
- Das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise muss beachtet werden.

Feststellung der KZBV:

- Hinweise von Logopäden oder Physiotherapeuten und deren „Zentraler Abrechnungsstelle“, dass diese Rezeptformulare (siehe Anlage) nicht

mehr zur Abrechnung entgegen genommen werden könnten, sind unzutreffend.

- Eine Überweisung der betroffenen Patienten an deren Hausärzte, um dort die entsprechende Verordnung vornehmen zu lassen, ist nicht sinnvoll, weil dieser eine solche Verordnung mangels eines entsprechenden Diagnose- bzw. Indikationsschlüssels korrekterweise gar nicht vornehmen kann.
- Im vertragszahnärztlichen Bereich sind weder irgendwelche Arzneimittel- oder Heilmittel- Budgets vereinbart. Die Gefahr eines Rückgriffs der Krankenkassen auf das zahnärztliche Gesamtbudget besteht nicht.
- Das vertragliche Regulativ im Falle von unwirtschaftlichen Verordnungsweisen ist die auf Antrag durchzuführende Wirtschaftlichkeitsprüfung (Rezept-Prüfungsausschuss).
- Funktionsanalytische Maßnahmen und entsprechende Behandlungen stehen weiterhin außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung und sind mit dem Patienten privat zu vereinbaren und auch privat zu verordnen (s. § 28 SGB V).

In diesem Zusammenhang möchten wir auf ein Schreiben der KZBV vom 30. Juli 2004: „Verordnung von Heilmitteln durch Zahnärzte“ hinweisen, das nachrichtlich auch der Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten erhalten hat.

Diesbezügliche Anforderungen sind an Elke Köhn 0385-5 49 21 87 zu richten.

Elke Köhn

Dieses Rezeptformular dient dem Zahnarzt als Überweisungsformular.

Irreführung bei Branchenbucheinträgen

Entscheidung des Landgerichts Hamburg

Immer wieder erhalten die Zahnarztpraxen Eintragungsofferten für Branchenbücher, Adressbücher, Gewereregister etc. In der Regel handelt es sich um Formulare, die auf den ersten Blick den Eindruck erwecken sollen, dass der Eintrag kostenlos ist. Erst im Kleingedruckten ist zu erkennen, dass durch die Unterschrift bzw. das Zurücksenden ein Vertrag, häufig sogar gleich über zwei Jahre, mit Kosten von mehreren 100 Euro pro Jahr zustande kommt.

Regelmäßig zeitnah wurde vor solchen Offerten in dens und im Newsletter gewarnt. Gleichwohl ist immer wieder in der Hektik des Praxisalltags ein solches Formular unterschrieben worden. Ratsam in diesen Fällen, den Vertrag anzufechten und die Kosten nicht zu zahlen. Soweit uns bekannt ist, wurden daraufhin die Zahlungsaufforderungen nicht weiter verfolgt.

Erfreulicherweise hat nun das Landgericht Hamburg mit Urteil vom 14. Januar – AZ: 309 S 66/10 – entschieden, dass es sich bei solchen Offerten um eine beabsichtigte Täuschung und damit verbundene Irreführung handelt. Der Vertrag kann daher wegen Täuschung angefochten werden. Folge ist, dass eine Zahlungspflicht nicht entsteht. Soweit irrtümlich die Zahlung schon erfolgte, kann der Betrag zurückgefordert werden. Sollte künftig irrtümlich eine solche Offerte angenommen worden sein, kann man sich auf das oben genannte Urteil des Landgerichts Hamburg beziehen und den Vertrag wegen Täuschung anfechten und eine Zahlung verweigern bzw. gezahlte Beträge zurückverlangen.

Für Rückfragen: Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle, 0385 -5 91 08-10

nach einer Info der ZÄK HH

Neue Arztsuche der KV ab sofort online

Bessere Recherche nach Ärzten und Psychotherapeuten in MV möglich

Am 1. Juni wurde die neue Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern freigeschaltet. Über den gleichnamigen Button ist sie an gewohnter Stelle im Internetangebot unter www.kvmv.de zu finden.

Neben notwendigen technischen und optischen Anpassungen wurden vor allem die Suchmöglichkeiten dieses Dienstes durch neue zusätz-

liche Funktionen verbessert.

So ist z. B. die gezielte Suche nach einem Hausarzt möglich. Auch kann die Auswahl erweitert werden auf konkrete Behandlungsprogramme, wie DMP, Hautkrebs-Screening oder Ambulantes Operieren sowie auf bestimmte Fremdsprachenkenntnisse oder rollstuhlgerechte Praxen. Letztere Angaben beruhen auf Selbstauskünften. Schnell, einfach

und übersichtlich erhält der Nutzer detaillierte Informationen zum Arzt bzw. Psychotherapeuten, beispielsweise die Adresse, Kontaktdaten und Sprechzeiten als auch Angaben zum Behandlungsspektrum und zu möglichen Kooperationspartnern. Alle Auskünfte erfolgen in sachlicher und neutraler Form ohne werbenden Charakter.

KVMV

Service der KZV

Nachfolger gesucht

Gesucht wird ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Rügen**. Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V erfahren (Tel.: 0385-5 49 21 30 bzw. E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Führung von Börsen

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

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

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am 14. September (Annahmestopp von Anträgen: 24. August) und am 30. November (Annahmestopp von Anträgen: 9. November) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin einzureichen sind. Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt.

Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antrags-

gebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses: Ruhen der Zulassung, Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung, Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes, Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes), Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang), Verzicht auf die Zulassung. Interessenten erfahren Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V. (Tel. 0385-54 92-130 oder unter: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Praxisabgabe/Praxisübernahme

Die Zahnarztpraxis von Barbara Webersin, niedergelassen seit 1. Juli 1991 in 18107 Rostock, Warnowallee 5, wird ab 1. Juli von Nicole Dalecki und Nadine Jarchow weitergeführt. Die Zahnärztinnen führen eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Zahnarztpraxis von Dr. med. Ingrid Friel, niedergelassen seit 1. April 1991 in 19412 Brüel, Schweriner Straße 59, wird ab 1. Juli von Peggy Bendt weitergeführt.

Die Zahnarztpraxis von Dipl.-Med. Doris Pietschke, niedergelassen seit 1. Oktober 1990 in 17139 Gielow, Am Bornbruch 12, wird ab 1. Juli von Thomas Brügge weitergeführt. Thomas Brügge beendet am 30. Juni seine vertragszahnärztliche Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz in 18507 Grimmen, Straße der Solidarität 8.

Beschränkung der Zulassung auf die Hälfte des Versorgungsauftrages

Dr. med. dent. Marianne Klimek-Hennemann, Zahnärztin, Bergstraße 13, 19230 Hagenow

Ende der Niederlassung

Dr. med. Marianne Reumuth, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 1. April 1991 in 18435 Stralsund, Knieperdamm 47, beendete am 3. Juni ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Dipl.-Med. Sigrid Kusserow, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 6. September 1993 in 18147 Rostock, J.-Curie-Allee 49, beendete am 31. Mai ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Dr. med. dent. Detlef Schwarzer, niedergelassen als Zahnarzt seit dem 1. September 1990 in 18375 Prerow, Hülssenstraße 32, beendete am 26. Juni seine vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Praxismgemeinschaft Dr. med. dent. Hanko Dewitz und Tilo Röhner, niedergelassen in 19073 Wittenförden, Schweriner Straße 19, beschäftigt ab 16. Juni Tom Mrosseck als angestellten Zahnarzt.

Dipl.-Med. Gisela Kurzweil, niedergelassen in 17235 Neustrelitz, Töpferstraße 2, beschäftigt ab 1. August Dr. med. dent. Alexander Kurzweil als angestellten Zahnarzt.

Dr. med. Jutta Mehling, niedergelassen in 17166 Teterow, Marktplatz 5, beschäftigt ab 16. Juni Dipl.-Stom. Carsta Steppat als angestellte Zahnärztin.

Die Anstellung von Michael Heß in der Praxis Thomas Mündel in 19069 Seehof, Dorfstraße 9, endete am 30. April.

Die Anstellung von Dr. med. dent. Andrea Schlie in der Praxis Dr. med. Brigitte Kasch in 18435 Stralsund, Spielhagenstraße 2, endete am 30. April.

Berufsausübungsgemeinschaft

Dipl.-Stom. Christiane Fels und Dr. med. dent. Hannjo Badzio führen ab 1. Juli eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft an den Vertragszahnarztsitzen 17358 Torgelow, Bahnhofstr. 41 und 17379 Wilhelmsburg, Johannesberg 3.

Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Dr. med. dent. Gregor Bade verlegte mit Wirkung vom 1. Juli seinen Vertragszahnarztsitz von der Wollweberstraße 32 in die Doberaner Straße 115 in 18057 Rostock.

Robert Masuck verlegte mit Wirkung vom 16. Juni seinen Vertragszahnarztsitz von der Friedrichstraße 3 in die Wismarsche Straße 321 in 19055 Schwerin.

Ruhen der Zulassung

Die Zulassung von Dr. med. Dr. med. dent. Lars Anders, zugelassen für den Vertragszahnarztsitz 18107 Rostock, Trelleborger Str. 10b, ruht für die Zeit vom 1. Juli 2011 bis 30. Juni 2012. **KZV**

Osteoporose: Was ist wichtig für den Zahnarzt?

Vier bis sechs Millionen Osteoporosepatienten in Deutschland

Einleitung

Die Osteoporose ist die häufigste metabolische Knochenkrankung. Die Zahl der in Deutschland von Osteoporose betroffenen Patienten wird auf etwa 4 bis 6 Millionen geschätzt. Im fortgeschrittenen Alter und bei Eintritt der Menopause nimmt die Wahrscheinlichkeit, eine Osteoporose zu entwickeln, deutlich zu. Osteoporose wurde seit langem als möglicher Risikofaktor für den alveolären Knochenverlust im Kieferbereich durch den Verlust von Knochenmineral und die damit verbundenen Strukturveränderungen im Knochengewebe angesehen. Einige Studien zeigten eine enge Korrelation zwischen Osteoporose und Parodontalerkrankungen.

Diskussion: Osteoporose als Systemerkrankung – ein endogener Risikoindikator für Zahnverlust?

Osteoporose eine metabolische Systemerkrankung

Bei der primären Osteoporose als Folge eines chronischen Östrogenmangels kommt es zu einem übermäßigen Abbau der Knochensubstanz mit Störung der Mikroarchitektur des Knochens. Die verminderte Knochenmasse führt zu einer Veränderung der Knochenfestigkeit. Die Einbuße der Festigkeit ist zum einen auf den Verlust an Masse zurückzuführen, zum anderen auf die damit verbundene Änderung der trabekulären Struktur und der verbleibenden Dicke der Kortikalis. Für die Festigkeit des Knochens spielen sowohl die Masse als auch die Masseverteilung eine wesent-

liche Rolle. Im trabekulären Knochen kommt es durch den Massenverlust zum Abbau der horizontal verlaufenden Trabekel. Dadurch reduziert sich die so genannte Knicklast erheblich und viel stärker, als dies durch den Verlust an Knochenmasse ausgedrückt wird. Sind diese Strukturen einmal ausgedünnt, reicht ein geringer Massenverlust aus und die Festigkeit des Knochens sinkt rapide ab. Tabelle 1 zeigt die Klassifikation der Osteoporose nach den WHO-Kriterien.

Als erste Anzeichen bzw. Risikofaktoren der osteoporotischen Erkrankung gelten häufige Frakturen ohne starkes Trauma, ein Verlust an Körperhöhe von mehr als 4 cm, eine deutliche Gewichtsabnahme und/oder eine genetische Disposition (Osteoporose bei der Mutter). Als relative Faktoren kommen Allgemeinerkrankungen wie z. B. fortgeschrittene Niereninsuffizienz, Nebenschilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenüberfunktion oder Störungen der Nahrungsverwertung in Frage. Eine dauerhafte Einnahme von Glukokortikoiden wie bei der Therapie von Erkrankungen des rheumatischen Formkreises kann ebenfalls eine Osteoporose induzieren.

Die Messung der Knochendichte mittels Osteodensitometrie (DXA-Messung) dient der präventiven und therapeutischen Osteoporose- und Osteopenie-Intervention. Eine niedrige Bone Mineral Density (BMD) im Wirbelbereich gilt als Risikofaktor für die Entstehung von Knochenfrakturen. Die DXA-Messung erfolgt an der Lendenwirbelsäule (Mittelwert

der beurteilbaren Wirbel L1-L4), am Gesamtfemur und am Femurhals (Einzelmessung oder Mittelwert aus Femur links und rechts). Für die Abschätzung des 10-Jahres-Frakturrisikos ist der niedrigste Wert von LWS, Femurhals und Gesamtfemur ausschlaggebend. Bei multiplen typischen osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen im Röntgen oder frischen petrochantären Frakturen ist z. B. bei multimorbiden Patienten oder messtechnischen Schwierigkeiten ein Verzicht auf eine Knochendichtemessung vor Therapieeinleitung möglich.

Die osteoporotische Fraktur

Die Prävalenz einer Osteoporose auf der Grundlage der WHO-Definition einer erniedrigten Knochendichtemessung (DXA T-Wert $\leq -2,5$) liegt bei postmenopausalen Frauen bei etwa 7 Prozent im Alter von 55 Jahren. Sie steigt auf 19 Prozent im Alter von 80 Jahren an. Auch die Inzidenzraten osteoporotischer Frakturen nehmen bei Frauen in der Menopause exponentiell zu und liegen zunächst um ein Mehrfaches über denen der Männer. Bei Frauen über 65 Jahre liegt die Inzidenzrate bei 30 Prozent. Dieser Geschlechtsunterschied verringert sich aber mit zunehmendem Alter. Hochrechnungen der Ergebnisse prospektiver, epidemiologischer Studien in den USA zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit für eine 50-jährige Frau, im Laufe des ihr verbleibenden Lebens eine osteoporosebedingte Fraktur zu erleiden, bei 40 Prozent liegt. Für Deutschland wurden jährliche Inzidenzen von etwa 130 000 Schenkelhalsfrakturen und 205 000 Wirbelkörperfrakturen errechnet. Die Prävalenzen liegen bei etwa zwei Millionen Wirbelkörperfrakturen für Frauen und 800 000 für Männer. Der Anteil der Männer mit hüftgelenknaher Fraktur liegt im Vergleich zu Frauen bei etwa 30 Prozent, wobei diese Frakturen bei Männern mit einer tendenziell höheren Morbidität und Mortalität einhergehen.

Der Knochenstoffwechsel im Alter

Als stoffwechselaktives Organ unterliegt das Knochengewebe einem ständigen Wechsel von Auf- und Umbauprozessen. 90 Prozent der maximalen Knochenmasse (peak bone mass) werden bis zum Ende der

Tabelle 1: Klassifikation der Osteoporose nach WHO

Stadium	Kriterien
Gesund	BMD: T-Wert nicht niedriger als -1 SD
I. Osteopenie	BMD: T-Wert zwischen <-1 SD und $>-2,5$ SD; Erhöhtes Frakturrisiko
II. Osteoporose	Erniedrigte Knochenmasse oder Knochenstrukturveränderungen, BMD: T-Wert $<-2,5$ SD; potenzielle Frakturgefährdung
III. Manifeste Osteoporose	BMD: T-Wert $<-2,5$ SD; und Vorliegen einer Fraktur

BMD: Bone Mineral Density

T-Wert: Abweichung des Messwertes der BMD vom BMD-Mittelwert bei 30-jährigen gesunden Frauen

SD: Standardabweichung

Adoleszenz aufgebaut. Anschließend dominieren die natürlichen Abbauprozesse, die aber nicht zwingend zu krankhaften Veränderungen führen müssen. In der Menopause kommt es zu einer verminderten Östrogenproduktion. Im Knochen bewirkt der Östrogenausfall einen Anstieg von Interleukin-6 und anderen Zytokinen, was zu einer verstärkten Rekrutierung der Osteoklasten und Steigerung der Osteoklastenaktivität führt. Der Knochen wird zusätzlich empfindlicher für die resorptiven Effekte des Parathormons. Die Folge ist ein verstärkter Abbau des spongiösen Knochens mit entsprechender Frakturneigung. Der Östrogenmangel wirkt sich jedoch nicht nur nachteilig auf den Knochenmetabolismus aus. Aufgrund der fehlenden anabolen Wirkung auf die Muskulatur und der damit einhergehenden Abnahme der Muskelkraft erfolgt ein biomechanisch basierter Knochenabbau.

Nach dem 40. Lebensjahr kommt es zu Verminderung der skelettalen BMD, sodass bis zum Alter von 65 Jahren etwa ein Drittel der BMD verloren geht. Zur altersbedingten Verminderung der Knochendichte können eine Verminderung der körperlichen Aktivität, ein Östrogenmangel, Ernährung, Abstammung und Vererbung eine wichtige Rolle spielen.

Die Rolle von Zytokinen und Östrogenen und der Zusammenhang zwischen BMD, Alveolarknochen und Mundgesundheit

Bei Patienten mit Osteoporose wurden Veränderungen im alveolären trabekulären Knochen sowie auch im Zytokingehalt (IL-6) im Speichel [24] beobachtet. Bei einer signifikanten Verschlechterung der mandibulären Knochendichte kommt es zu einer Reduzierung des mandibulären Knochenmineralgehaltes und der Quantität des Alveolarknochens. Einige Autoren vermuten eine enge Kopplung zwischen niedriger BMD im mandibulären Knochen und der BMD im Wirbelbereich sowie der BMD am distalen Radius.

Die Rolle der proinflammatorischen Zytokine Interleukin -1 (IL-1), Tumor Nekrose Faktor alpha (TNF- α), Interleukin 6 (IL-6) und des Rezeptor Aktivators von Nuklear Faktor Kappa β (RANK)/RANKL-Ligand/Osteoprotegerin-System scheinen bei Osteoporose und Parodontitis, wenn auch auf unterschiedlichen Wegen und Pathomechanismen, verantwortlich für die Osteoklastenformation zu sein, die zum Knochenabbau führt. Es werden zwei Mechanismen diskutiert:

1. Die Reduzierung der alveolären Knochenmasse als Folge der systemischen Osteoporose kann durch eine parodontale Entzündung progressiv verstärkt werden.
2. Bei Entzündungsprozessen entstehen Zytokine, die bei einem Mangel an Östrogenen im Knochengewebe den Knochenabbau steuern.

Weiterhin kann Osteoporose zum Verlust von interproximalem Alve-

olarknochen sowie auch zum klinischen Attachmentverlust (AL) auch unabhängig von Plaque-Indizes führen. Lundstrom et al. fanden jedoch bei ihren Studien keine signifikanten parodontalen Unterschiede (Gingivablutungen, parodontale Taschentiefern, gingivale Rezessionen, marginaler Knochenverlust) zwischen 70-jährigen osteoporotischen Frauen und Frauen mit normaler BMD. Ein Verlust des Alveolarknochens, insbesondere durch Knochenabbau im Bereich des Kieferkamms bei zahnlosen Kiefern stellt bei älteren Menschen häufig ein ernstes klinisches Problem dar. Dies führt zu einer Verschlechterung der Retention und der Stabilität der prothetischen Versorgung.

Östrogenmangel bei Frauen führt zur Minderung der Alveolarknochendichte im krestalen und subkrestalen Bereich. Eine postmenopausale Hormontherapie zur Primärprophylaxe osteoporotischer Frakturen ist heute nicht generell indiziert. Nach der Veröffentlichung der Ergebnisse des ersten Studienteils der Women's Health

Initiative (WHI), in der 8506 gesunde postmenopausale Frauen im Alter von 50 bis 79 Jahren eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Therapie erhielten, zeigten diese im Vergleich zur Placebo-Gruppe (n=8102) signifikant häufiger Thromboembolien und Schlaganfälle. Die postmenopausale Hormonsubstitutionstherapie (HRT) bei Frauen zeigte jedoch einen positiven Einfluss auf den Zahnverlust und reduzierte damit das Risiko der Zahnlosigkeit. Eine Östrogensatz-

therapie (ERT) scheint im Kieferbereich ähnlich wie auch in anderen Teilen des Knochensystems zu wirken. In der Framingham Heart Study (1948-1995; n=488 Frauen im Alter von 72 bis 95 Jahren) wurde gezeigt, dass durch eine HRT pro Jahr Behandlungsdauer die Wahrscheinlichkeit der Zahnlosigkeit um 6 Prozent reduziert wurde. Während der Dauer der HRT zeigten die Patientinnen eine erhöhte Zahnretention im Moral-, Prämolaren- und im Eckzahnbereich. Auch in der Leisure Word Cohort Study (n= 3921 Frauen im Alter von 52 bis 109 Jahren) zeigte sich, dass Frauen, die postmenopausal Östrogene eingenommen hatten, eine höhere Anzahl an Zähnen aufwiesen als Frauen, die keine ERT erhalten hatten. Das Risiko, alle Zähne zu verlieren, war bei Frauen, die im Laufe des Lebens Östrogene (ERT) eingenommen hatten, um zwei Drittel niedriger als bei Frauen, die keine ERT bekamen. Je länger die Therapiedauer (>15 Jahre) war, desto mehr sank das Risiko des vollständigen Zahnverlustes. In Bezug auf die Kieferkammhöhe und die Knochenporosität im Kieferbereich zeigte jedoch eine HRT keinen sichtbaren Unterschied.

Auch bei der Mundgesundheit scheint die Osteoporose einen moderaten Einfluss zu zeigen. Bei Osteoporose-Patienten lag im Vergleich zu gesunden Kontrollen eine höhere Karies- und Parodontitisprävalenz vor. Männer und Frauen mit Osteoporose litten häufiger an einer Zahnfraktur als gesunde Kontrollpersonen. Parodontal gesunde Frauen (64,1 ± 5,5 Jahre) zeigten bei Untersuchungen von Bando et al. sogar sechsmal höhere okklusale Kaukräfte sowie eine signifikant höhere BMD im Wirbelsäulenbereich als Zahnlose.

Die Verschlechterung der mastikatorischen Funktion bei parodontal gesunden Frauen kann einen Einfluss auf die osteoporotischen Veränderungen in skeletalen Knochen haben. Zahnlose neigen dazu, an Osteoporose zu erkranken.

Mandibuläre radiometrische Indizes

In verschiedenen Studien in Finnland, Japan, in Großbritannien und in den USA wurden zur Identifikation von Individuen mit Osteoporose und damit zur Osteoporose-Früherkennung und Reduzierung der Inzidenzraten osteoporotischer Frakturen mit Hilfe von zahnärztlichen Panoramaaufnahmen (OPG) verschiedene

mandibuläre radiometrische Indizes entwickelt (Tabelle 2). Die meisten basieren auf Messungen am mandibulären Knochen, die die Struktur, Dicke oder Höhe der Kortikalis an definierten Stellen bestimmen und beurteilen.

Der Mandibular Cortical Index (MCI) ist eine einfache Methode, die zur Identifizierung von Probanden mit niedrigem BMD in der Mandibula dient, und ist als ein wichtiges Instrumentarium zur Erkennung der Manifestation der Osteoporose im Kieferbereich geeignet. Dabei wird die Kortikalis distal der Foramina mentalis bei Orthopantomogrammen (OPG) nach der folgenden Bewertungsskala beurteilt.

- C1: Der endostale Rand der Kortikalis ist eben und glatt an beiden Seiten.
- C2: Der endostale Rand der Kortikalis zeigt vereinzelt Defekte (Resorptions-Lakunen) oder scheint endostale kortikale Residuen zu bilden (ein bis drei Schichten) an der einen Seite oder an beiden Seiten.
- C3: Die Kortikalisschicht zeigt schwere endostale Residuen und ist stark porös.

Die Rolle der Bisphosphonate bei der Osteoporosetherapie und das Auftreten von Osteonekrosen im Alveolar-knochen

Zur Osteoporosebasistherapie gehören die Nahrungssupplemente Kalzium und Vitamin D3. In der spezifischen medikamentösen Therapie zur Verminderung von Wirbelkörperfrakturen und nichtvertebralen Frakturen werden hauptsächlich Aminobisphosphonate (aBP) wie das Alentronat (Fosamax), Ibandronat (Bondronat, Bonviva), Risedronat (Actonel) oder Zoledronat (Zometa, Aclasta), Pali-dronat (Areli) eingesetzt.

In den letzten Jahren mehren sich Meldungen zu Bisphosphonat-assoziierten Knochennekrosen im Kieferbereich (ONJ – bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw),

die klinisch den Symptomen einer Osteoradionekrose stark ähneln und sehr therapieresistent sind. Die Langzeittherapie mit hoch dosierten aBP intravenös führt möglicherweise in einer Konstellation mit Zytostatika, Immunsuppression oder deren Kombination bei offenen Eingriffen (Zahnextraktion, Wurzelbehandlung, Parodontitisbehandlung, etc.) in der Mandibula oder Maxilla zur irreversiblen Schädigung der Knochenzellen, besonders der Osteozyten, oder zu Vaskularisationsstörungen des Kieferknochens. Die Konsequenz ist eine Störung des physiologischen Knochenumbaus, des so genannten Remodeling, und damit Zerrüttung im Kieferknochen.

Osteoporosepatienten, die mit Bisphosphonaten behandelt werden, sind hinsichtlich des Auftretens von Kiefernekrosen **weniger gefährdet** als Tumorpatienten, da diese Medikamente in den meisten Fällen oral verabreicht werden und nicht intravenös und in niedriger Dosis. Das **Risiko** für eine Osteonekrose des Kiefers (ONJ) unter Bisphosphonaten liegt in der Osteoporose-Behandlung von Nicht-Tumorpatienten nach einer aktuellen Auswertung des Berliner ONJ-Registers **bei 1:13 500**. Das Grundproblem der Bisphosphonate ist ihre lange Halbwertszeit von zwölf Jahren, während dessen möglichst keine chirurgischen Zahnoperationen durchgeführt werden sollten. Die Bisphosphonate können dazu führen, dass die Wunden offen bleiben und nicht verheilen. Schließlich kann es zum Verlust von Implantaten oder sogar zum Verlust des Kieferknochens kommen. Bereits 2006 warnte die American Dental Association Council on Scientific Affairs vor der Implantation bei Patienten, die Bisphosphonate einnehmen.

Die aus der Medikamentenanamnese resultierenden zahnmedizinischen Therapierichtlinien für Osteoporose sind den aktuellen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-

Tabelle 2: Die wichtigsten mandibulären Indizes

MCI (Mandibular Cortical Index)	MI (Mental Index) AI (Antegonion Index) GI (Gonion Index)	OSIRIS (Osteoporosis Index of Risk) PMI (Panoramic Mandibular Index)
MCT (Mandibular Cortical Thickness)	BQI (Knochen-Qualität-Index)	OST (Osteoporosis Self-Assessment Tool)

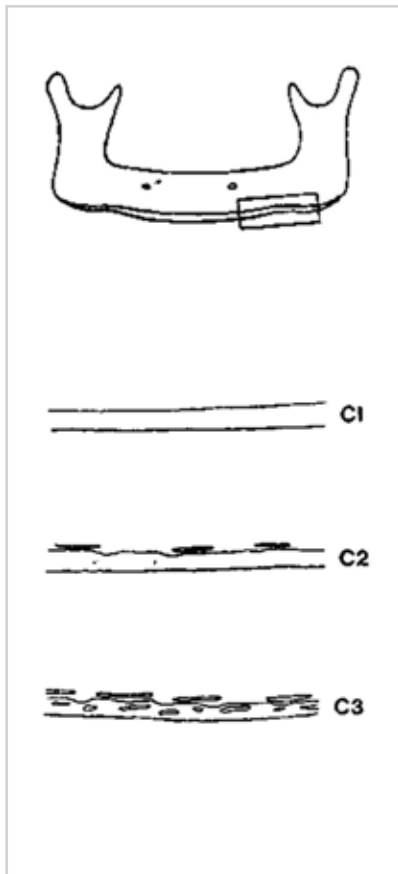


Abb.1: Mandibular Cortical Index (MCI) [13] zur Beurteilung des Knochens im Kieferbereich mittels eines OPGs. (Quelle: Klementti. et al., 1994)

Mund- und Kieferheilkunde zu entnehmen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Osteoporose ist ein **Risikoindikator** für die Mundgesundheit, eine Osteoporoseanamnese ist unerlässlich.
- Ein Östrogenmangel bei Frauen führt auch zur Minderung der Alveolarknochendichte im Kieferbereich.
- Die proinflammatorischen Zytokine haben sowohl bei der Osteoporose als auch bei der Parodontitis einen großen Einfluss auf unterschiedliche Pathomechanismen.
- Patienten mit Osteoporose leiden häufiger an Parodontitis und damit verbunden an Zahnverlust.
- Veränderungen im Mandibularknochen können bei Patienten mit Osteoporose auf Panorama-Röntgenaufnahmen erkannt werden. Der MCI und andere Radiometrische Indizes können der Identifizierung von Osteoporose Patienten dienen.
- Osteoporosepatienten, die mit Bis-

phosphonaten behandelt werden, sind hinsichtlich des Auftretens von Kiefernekrosen **weniger und seltener gefährdet** als Tumorpatienten, da diese Medikamente in den meisten Fällen oral und nicht intravenös verabreicht werden.

Es muss jedoch **betont** werden, dass **noch weitere** größere evidenzbasierte **Interventionsstudien** notwendig sind, um diese Erkenntnisse in präventive zahnmedizinische Diagnostik und therapeutische Maßnahmen umzusetzen. Die zunehmende Zahl älterer Menschen, die zahnmedizinisch betreut werden müssen, verlangt jedoch Kenntnisse der normalen Alterserscheinungen in der Mundhöhle und deren Abgrenzung zu krankhaften Befunden. Auch das Wissen über die Auswirkungen von Osteoporose auf das stomatognathe System und auf therapeutische Maßnahmen ist mit zu berücksichtigen. Es ist daher eine interdisziplinäre Zusammenarbeit not-

wendig, insbesondere eine Abstimmung der zeitlichen Therapieplanung mit anderen Fachdisziplinen.

Ein individuelles Betreuungssystem bei Patienten mit Osteoporose scheint dringend erforderlich und sinnvoll zu sein, um diese Patienten umfassend zu therapieren und die Gesunderhaltung der oralen Strukturen sowie eine gesunde Ernährung bis ins hohe Alter zu gewährleisten.

Kontakt: Dr. med. dent. Ch. Christoforou, Zimmermannstr.8, 12163 Berlin, e-mail: dr.christoforou@hotmail.com

PD. Dr. med. dent. Ingrid Peroz, Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (CC 3), Abteilung für zahnärztliche Prothetik, Alterszahnmedizin und Funktionslehre, Aßmannshäuser Str. 4-6, 14197 Berlin, e-mail: ingrid.peroz@charite.de

Mit freundlicher Genehmigung aus Zahnärzteblatt Sachsen

— Anzeigen

Auskunftspflichten der KZV gegenüber Patienten zu den gespeicherten Sozialdaten

Verstärkte Transparenz und Kontrolle im Sozialleistungsbereich

Jedem Zahnarzt und jeder Zahnärztin dürfte bekannt sein, dass Patienten ihnen gegenüber ein Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen und Herausgabe von Kopien gegen Kostenübernahme haben.

Aber wie sieht es mit den Daten aus, die zu den Behandlungsfällen unter anderem im Rahmen der Abrechnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) zugeleitet werden?

Im vertragszahnärztlichen Bereich gibt es insoweit eine spezielle Regelung im § 305 SGB V, wonach die Krankenkassen ihre Versicherten auf deren Antrag hin über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten unterrichten müssen. Die entsprechenden Informationen hat wiederum die KZV über die Krankenkasse, ohne dass diese Einsicht nehmen kann, an den Versicherten herauszugeben. Eine Mitteilung an die Vertragszahnärzte als Leistungserbringer ist laut Gesetz nicht zulässig. Nun hatte das Bundessozialgericht am 2. November 2010 (AZ: B 1 KR 12/10 R) in einem Fall zu entscheiden, in dem der Patient Auskunft über seine bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KV) gespeicherten Sozialdaten über das letzte Geschäftsjahr hinaus verlangte. Der Patient bat um die Daten für insgesamt fünf Jahre mit der Begründung, er benötige diese zur Beantragung einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung und wegen des Verdachtes eines Versichertenkartenmissbrauchs, da er seine Krankenversicherungskarte verloren hatte.

Das Bundessozialgericht stellte im Ergebnis fest und bestätigte damit die Entscheidungen der Vorinstanzen, dass allen Betroffenen ein grundsätzlich zeitlich nicht begrenztes Auskunftsrecht hinsichtlich der bei der Körperschaft gespeicherten Sozialdaten gemäß § 83 SGB X zusteht. Bei den Sozialdaten handelt es sich um Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person, die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle – wozu auch die KZV gehört – im Hinblick auf die Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Dieser Anspruch steht autonom neben dem aus § 305 SGB V und wird auch nicht von diesem verdrängt.



Assessorin Katja Millies schreibt regelmäßig zu Rechtsthemen in dens.

Dem betroffenen Patienten sind danach auf Antrag die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten mit der Einschränkung zur Verfügung zu stellen, soweit diese noch nicht aufgrund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Aufbewahrungsvorschriften gelöscht sind. In der Urteilsbegründung erläutert das Gericht, dass damit die Rechte der Betroffenen in den Sozialleistungsbereichen verstärkt werden. Sie sollen sich die Kenntnis von der Verarbeitung der Sozialdaten verschaffen können, etwa um die Zulässigkeit der Verarbeitung und Richtigkeit der Daten zu prüfen.

Auch bei der KZV M-V gehen Anfragen von Patienten selbst oder über deren Krankenkassen zu den gespeicherten Sozialdaten, wozu eben auch die Abrechnungsdaten gehören, ein.

Selbstverständlich muss die KZV in jedem einzelnen Fall gesondert prüfen, inwieweit der Anspruch auf Auskunft besteht. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Daten, deren Aufbewahrungsfrist abgelaufen ist. Weitere Ausschlussgründe können sich auch aus § 83 Abs. 4 SGB X ergeben, z. B. soweit die Auskunft die ordnungsgemäße Erfüllung der in der Zuständigkeit der verantwortlichen Stelle liegenden Aufgaben gefährdet oder wegen überwiegend berechtigter Interessen eines Dritten Daten geheim zu halten sind.

Die Auskunftsrechte der Patienten stehen zwar für eine notwendige und zulässige Transparenz sowie Kontrolle im

Sozialleistungsbereich, was aber nicht bedeutet, dass dies zu einem Automatismus führt. Die KZV M-V muss sich vielmehr immer an die Vorgaben des Gesetzes halten.

Ass. Katja Millies

Neues im Umgang mit Gold

Änderungen für Zahnarztpraxen und Dentallabore

Zahnärzte und andere selbstständig tätige Heilberufler sind im umsatzsteuerlichen Sinne Unternehmer, auch wenn die von ihnen erbrachten Leistungen regelmäßig von der Umsatzsteuer befreit sind. Wer nur umsatzsteuerfreie Leistungen erbringt, muss grundsätzlich auch keine Umsatzsteuer an das Finanzamt abführen. Doch in Ausnahmefällen schuldet nicht der leistende Unternehmer, sondern der Leistungsempfänger die Umsatzsteuer, wenn er ein Unternehmer ist (so genanntes Reverse-Charge-Verfahren). Die Neuregelung gilt für die Lieferung von Gold in Rohform oder als Halbzeug und die Lieferung von Goldplattierungen auf unedlen Metallen oder Silber mit einem Feingoldgehalt von 325/1000.

Was bedeutet das nun konkret für die zahnärztliche Praxis? Bisher stellte der Goldlieferant eine Rechnung an die Zahnarztpraxis und berechnete zusätzlich zu dem Betrag für das Gold die gesetzliche Umsatzsteuer von 19 Prozent. Nach der Neuregelung darf der Goldlieferant nunmehr die Umsatzsteuer nicht mehr zusätzlich zum Betrag für das Gold berechnen. Die Rechnung des Lieferanten muss einen entsprechenden Hinweis auf das Verfahren enthalten, zum Beispiel: „Die Umsatzsteuerschuld geht an Sie als Leistungsempfänger gemäß § 13 UStG über.“

Der Empfänger (Zahnarzt) muss dann die Umsatzsteuer von 19 Prozent auf den Goldpreis in der Eingangsrechnung aufschlagen, diese beim Finanzamt anmelden und dann auch abführen. Auch wenn der Zahnarzt umsatzsteuerlicher Kleinunternehmer ist (steuerpflichtiger Umsatz des Vorjahres < 17.500 Euro), muss er als Empfänger der Goldlieferung die Umsatzsteuer erklären und abführen.

Für die Zahnarztpraxis ergibt sich im Ergebnis ein Liquiditätsvorteil, da ab sofort die Umsatzsteuer nicht mehr an den Lieferanten gezahlt werden muss, wodurch die bisherige Vorfinanzierung der Umsatzsteuer entfällt.

Für die Berechnung prothetischer Leistungen zwischen dem Praxislabor des Zahnarztes und dem Patienten sowie für die Berechnung prothetischer Leistungen zwischen dem gewerblichen Labor und der Zahnarztpraxis ändert sich in der Abrechnungsweise nichts, da die Lieferung von zahntechnischen Produkten – auch unter Verwendung von hochgoldhaltigen Legierungen – nicht unter das neue Verfahren fällt.

Es wird empfohlen, sich wegen der konkreten Umsetzung dieser Gesetzesänderung mit dem Steuerberater abzustimmen.

Nach einem Hinweis der ZÄK HH

Keine extra Rundfunkgebühr

Nach einem aktuellen Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs fällt der beruflich genutzte PC unter die Zweitgerätebefreiung. Die Rechtslage in der Frage der beruflichen Nutzung von Rundfunkgeräten und eben auch internetfähigen PCs in privaten Räumen ist ausgesprochen bunt. Am vergangenen Montag nun hat sich der Bayerische Verwaltungsgerichtshof positioniert. Steht ein PC im häuslichen Arbeitszimmer, muss er nicht extra angemeldet werden. Dies ist eine Entscheidung im Sinne aller Selbstständigen in den Freien Berufen, die zu Hause arbeiten und bereits für privat genutzte Geräte zahlen.

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof begründet seine Entscheidung damit, dass der Wortlaut des Rundfunkstaatsvertrages in puncto Zweitgerätebefreiung nicht eindeutig sei. Vielmehr spreche der Wortlaut eher dafür, dass es nicht darauf ankommt, ob das Erstgerät privat oder beruflich genutzt wird.

Hinweis: Für die berufliche Nutzung von Rundfunkgeräten (z. B. PCs) in privaten Räumen muss ab 2013 kein zusätzlicher Rundfunkbeitrag mehr bezahlt werden. Die potenzielle Nutzung ist mit dem ohnehin anfallenden Beitrag für die Wohnung abgegolten.

BFB

Urteil zum Kurzarbeitergeld in Arztpraxen

Änderungen im Gesundheitsrecht nicht vergleichbar mit Gesamtwirtschaftslage

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Kurzarbeitergeld bei erheblichem Arbeitsausfall, soweit dieser auf wirtschaftlichen Gründen beruht. Hiervon sei nicht auszugehen, wenn aufgrund gesetzlicher Änderung im Gesundheitsrecht die Patientenzahlen rückläufig seien. Dies entschied der 7. Senat des Hessischen Landessozialgerichts.

Arzt beantragt Kurzarbeitergeld für Mitarbeiterinnen

Ein Hautarzt aus Offenbach beantragte für Februar bis Juni 2004 die Zahlung von Kurzarbeitergeld für zwei Mitarbeiterinnen. Infolge des zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes seien die Patientenzahlen massiv zurückgegangen. Hierdurch sei es zu einem Arbeitsausfall und einer verkürzten Arbeitszeit

seiner Mitarbeiterinnen gekommen. Die Bundesagentur für Arbeit lehnte den Antrag mit der Begründung ab, der Arbeitsausfall beruhe nicht auf wirtschaftlichen Ursachen. Auch sei er nicht vorübergehend, da die Änderungen des Krankenversicherungsrechts auf eine langfristige Senkung der Gesundheitskosten gerichtet seien.

Änderungen im Gesundheitsrecht nicht mit Störungen der Gesamtwirtschaftslage vergleichbar

Die Richter beider Instanzen gaben der Bundesagentur Recht. Bei den erforderlichen wirtschaftlichen Gründen für den Arbeitsausfall müsse es sich um konjunkturelle und strukturelle Störungen der Gesamtwirtschaftslage handeln. Nicht hierzu zählten gesetzliche Veränderungen im Gesundheitsrecht.

Denn diese führten zu dauerhaften Veränderungen für die Leistungserbringung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und seien daher mit vorübergehenden konjunkturellen Schwankungen nicht vergleichbar. Außerdem seien – so die Darmstädter Richter – die so genannten Fallzahlen in den dermatologischen Praxen lediglich im Januar 2004 signifikant zurückgegangen. Für diesen Zeitpunkt sei der Arbeitsausfall jedoch nicht angezeigt worden. Aufgrund der Entwicklung der Betriebseinnahmen des Arztes im Jahr 2004 könne ferner nicht von einem erheblichen Arbeitsausfall ausgegangen werden.

AZ L 7 AL 80/08 – Die Revision wurde nicht zugelassen.

Im Internet:

www.lareda.hessenrecht.hessen.de

Die Praxis des Arztstrafrechts

Die Neuerscheinung bietet eine eingehende Erörterung der in der Praxis des Arztstrafrechts besonders bedeutsamen Deliktsfelder, die durch taktische Hinweise aus der Sicht der Verteidigung ergänzt wird. Neben den „klassischen“ Gebieten des strafbewehrten Verhaltens im Rahmen der ärztlichen Diagnostik, Therapie und Nachsorge, des Abrechnungsbetruges und der Korruption im Zusammenhang mit Beschaffungsvorgängen werden auch erst in jüngerer Zeit diskutierte Problemfelder wie die sog. Vertragsarztuntreue sowie die Strafbarkeit von Ärzten, Apothekern und Pharmareferenten wegen Bestechung bzw. Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr behandelt.

Abgerundet wird die Darstellung durch einen Abschnitt zu den berufs-, approbations- und vertragsärztlichen Folgen strafrechtlich relevanten ärztlichen Fehlverhaltens.

Das Buch wendet sich in erster Linie an Strafverteidiger, im Medizinrecht tätige Rechtsanwälte und Juristen in kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekenkammern,

aber auch an betroffene Ärzte, Zahnärzte und Apotheker. **Verlagsangaben**



Prof. Dr. Helmut Frister/Dr. Michael Lindemann/Dr. Th. Alexander Peters; Verlag C. H. Beck, 2011, 415 Seiten, kartoniert, 54 Euro; ISBN: 978-3-406-61962-5

Ein neuer App gefällig?

Apps sind aus vielerlei Leben kaum noch wegzudenken. Das Handy ist gleichermaßen Terminplaner, Kompass und Nachschlagewerk. Jetzt gibt es das zahnmedizinische Lexikon der Initiative proDente als kostenlose Applikation (App) für das iPhone und iPad. Über 550 Begriffe aus dem zahntechnischen und zahnmedizinischen Alltag können nachgeschlagen werden. Es ist im App-Store unter den Suchwörtern „prodente“ oder „Zahnlexikon“ zu finden. Eine Applikation für das Android-Betriebssystem soll bald folgen.

KZV

Zahnarztausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des Zahnarztausweises Nr. 521 der Zahnärztin Dipl.-Stom. Bärbel Hammer, Rostock, bekannt gegeben. Dieser Zahnarztausweis wird hiermit für ungültig erklärt.

Frontzahnbrücke 12-22 eines 78-jährigen Patienten von 1942!!!



Der Patient verlor mit neun Jahren bei einem Spielunfall die beiden mittleren Schneidezähne und wurde dann mit der abgebildeten Frontzahnbrücke (12,22 Metallkronen und 11,21 Brückenglieder mit vestibulärer „Kunststoffverblendung“) versorgt. Es wurde bisher keinerlei „Reparatur“ an dieser Konstruktion vorgenommen.

Der Patient ist auch heute noch sehr zufrieden mit seinem Ersatz und möchte im nächsten Jahr seinen 79. Geburtstag und das 70-jährige Bestehen seiner Frontzahnbrücke feiern.

Es sei ihm von Herzen gewünscht. Gleichzeitig kommt ein wenig Nachdenklichkeit über derzeitige ZE-Richtlinien auf. **Eingesandt von Zahnärztin Sigrun Dümchen, Zinnowitz**

Wir gratulieren zum Geburtstag

In den Monaten Juli, August und September

das 85. Lebensjahr

Zahnarzt Manfred Demmler
(Waren) am 10. August,
Prof. Dr. Dr. Armin Andrä
(Rostock) am 15. August,
Dr. Günter Johannsen
(Neubrandenburg) am 6. September,

das 80. Lebensjahr

Dr. Regina Kötzschke (Greifswald)
am 9. Juli,

das 75. Lebensjahr

Zahnärztin Ingeborg Müller
(Heringsdorf) am 27. Juni,
Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt
(Schwerin) am 27. Juni,
Zahnärztin Ingegert Leverenz
(Rostock) am 2. August,

das 70. Lebensjahr

Dr. Karl Hagemann (Hagenow)
am 10. Juli,
Dr. Giesela Böhme (Saßnitz)
am 13. Juli,
Zahnarzt Peter Hammer
(Schwerin) am 8. August,
Dr. Christian Zorn
(Gnoien) am 8. August,

Dr. Irmgard Körber (Stralsund)
am 3. September,

das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Helga Schimpfermann
(Stralsund) am 11. August,
Dr. Dr. Wilfried Stursberg
(Neubrandenburg)
am 5. September,

das 60. Lebensjahr

Dr. Susann-K. Klitsch (Parchim)
am 22. Juli,
Zahnarzt Joachim Pechel (Dabel)
am 24. Juli,
Zahnärztin Sabine Busse (Rostock)
am 4. August,
Zahnärztin Karin Kyek (Röbel)
am 12. August,
Zahnärztin Christine Kutz
(Rostock)
am 22. August,
Zahnärztin Jutta Oberländer
(Stralsund) am 3. September,
Zahnärztin Annegret Neubert
(Barth) am 3. September,
Zahnärztin Christine Ortmann
(Neubrandenburg)
am 7. September,

das 50. Lebensjahr

Dr. Jörg Pfanne (Röbel)
am 9. Juli,
Zahnärztin Galina Filler (Rostock)
am 9. Juli,
Zahnarzt Ingo Holst (Barth)
am 23. Juli,
Zahnärztin Kirsten Paprotzki (Rehna)
am 27. Juli,
Dr. (H) Heike Rottlieb (Rostock)
am 29. Juli,
Dr. Marion Wetzel (Pasewalk)
am 1. August,
Zahnärztin Gudrun Donath
(Prebberede)
am 11. August,
Zahnärztin Kerstin Pavlovsky
(Trinwillershagen) am 19. August,
Zahnärztin Ute Limbach (Rostock)
am 30. August,
Zahnarzt Frank Nörenberg (Sagard)
am 30. August und
Zahnärztin Claudia Synwoldt
(Möllenhagen)
am 1. September

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

Anzeigen

Kleinanzeigen in dens

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

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

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

Tel.: 0 35 25 / 71 66 24
Fax: 0 35 25 / 71 66 10
E-Mail: sperling@satztechnik-meiblen.de

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

Kleinanzeigen-Coupon

Bitte veröffentlichen Sie folgenden Text:

Mit Chiffre: (bitte ankreuzen!)

Ja

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

Preis:

7,- € je Druckzelle zzgl. MwSt.

Chiffregebühr:

10,- € zzgl. MwSt.

Für zahnärztliche Helferinnen, die arbeitslos sind, wird die Hälfte des Preises berechnet (Nur bei Stellengesuchen bitte Nachweis der Arbeitslosigkeit beifügen).

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich erteile der Satztechnik Meiblen GmbH widerruflich die Ermächtigung zum Bankabzug des Rechnungsbetrages:

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____

Unterschrift: _____

Fortbildung – kollegiale Gespräche – Erholung

20. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

62. Jahrestagung

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

2. – 4. September 2011

im Hotel Neptun, Rostock-Warnemünde

Themen

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

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

Leitung Organisation und Professionspolitik:

Dr. Dietmar Oesterreich, Reuterstadt Stavenhagen

19. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

3. September 2011

im Technologiepark Rostock-Warnemünde

Abendveranstaltung am 3. September um 20 Uhr
in der Kunsthalle Rostock mit Midnight Duo – handgemachte Musik, die ins Ohr geht