



# dens

10  
**2011**  
7. Oktober

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

---



# Neue GOZ ist (fast) da

von Kammerpräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Wie Sie aus jüngsten Pressemitteilungen erfahren haben, ist mit Beschluss des Bundeskabinetts am 21. September die novellierte Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ) zur Entscheidung an den Bundesrat übermittelt worden. Vorgesehen ist, dass die neue GOZ zum 1. Januar 2012 in Kraft treten soll. Zweifelsohne erfüllt der nunmehr vorliegende Entwurf nicht die Forderungen des Berufsstandes. Zwar sind im Vergleich zum ursprünglichen Entwurf aus dem BMG zu begrüßende Änderungen, wie etwa die Entschärfung des sog. Zielleistungsprinzips oder die Streichung einer zusätzlichen Bestimmung zur Bemessung des Zeitaufwands bei der Gebührenbemessung vorgenommen worden. Ebenso wurde der Schwellenwert für Kostenvoranschläge für zahntechnische Leistungen von 500 auf 1000 Euro hoch gesetzt. Zentral war aber unsere Forderung, den Punktwert nach 23 Jahren Stillstand den betriebswirtschaftlichen Rahmendaten und der allgemeinen Kostenentwicklung anzupassen. Minimalforderung war in diesem Zusammenhang die Angleichung an den GOÄ-Punktwert. Dies ist nicht geschehen und kann uns nicht zufriedenstellen.

Wichtig war und ist aber auch die Verhinderung der von der PKV geforderten Öffnungsklausel. Eine Klausel, die den privaten Versicherungen die Möglichkeit einräumt, mit einzelnen Zahnärzten oder Zahnarztgruppen Verträge zu schließen, die die deutliche Gefahr beinhalten, diese GOZ völlig auszuhebeln. Zwar wurde in den verschiedenen Gremien der intensive Einsatz der BZÄK gegen die Etablierung der Öffnungsklausel gewürdigt, auch wenn vielfach die dahinterliegende Gefahr nicht vollständig erkannt wurde. Allerdings ist es immer noch möglich, dass die neue GOZ im Bundesrat abgelehnt und die Öffnungsklausel dann doch noch irgendwann installiert wird.

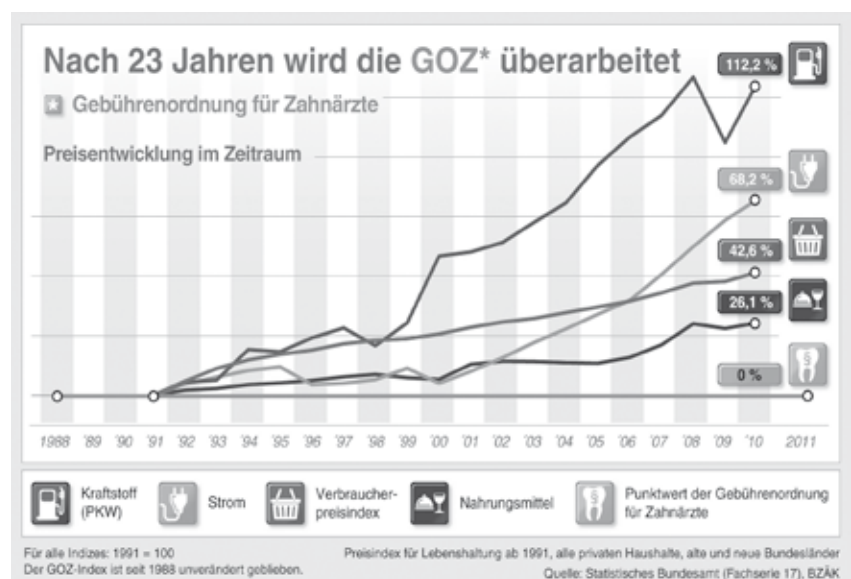
Darüber hinaus sind die ökonomischen Rahmenbedingungen in Deutschland vor dem Hintergrund der europäischen Entwicklungen alles andere als gut. Finanzkrise, Schwäche des Euro, hohe Schul-

denlast des Bundes und der Länder, all dies sind ungünstige Rahmenbedingungen für die berechtigten Forderungen des Berufsstandes. Natürlich werden alle zahnärztlichen Organisationen in den nächsten Wochen versuchen, ihre Argumente in den Ländern vorzutragen. Eine bloße Ablehnung dieses Gebührenordnungsentwurfes, wie einige Verbände dies jüngst gefordert haben, wird allerdings der Sache weder dienlich sein, noch die zahnärztliche Professionspolitik als zuverlässigen Partner in der Gesundheitspolitik platzieren. Auch wenn unsere Argumente gut begründet und mit Daten belegbar sind, ist doch gleichzeitig eine Kompromissbereitschaft gefordert, die die Berufspolitik vor große Herausforderungen stellt.

Neben den beschriebenen Schattenseiten beinhaltet die novellierte GOZ aber auch einige positive Entwicklungen im Bereich der Prävention und der Zahnerhaltung. Darüber hinaus bietet sie auch im Interesse unserer Patienten die Chance, die Transparenz zu erhöhen, die Erstattungsschwierigkeiten abzubauen und zumindest in geringem Umfang am medizinischen Fortschritt teilzunehmen. Sicherlich werden wir uns auch in den nächsten Wochen mit Aktivitäten der gesetzlichen und privaten Krankenkassen zur Patienten-

verunsicherung auseinandersetzen müssen. Behauptete Mehrkosten für die Versicherten entbehren in ihrer Höhe und ihrem Umfang jeglicher Basis. Deswegen hat die BZÄK für ihre Patienten einen Informationsflyer (siehe 3. Umschlagsseite) entwickelt, um provozierte Ängste im individuellen Gespräch zu nehmen.

Wir befinden uns also in einem schwierigen Spannungsfeld, welches nur durch eine klare Zielprojektion aufzulösen ist. Ausschließliche Ablehnung bedeutet die Gefahr der Verschiebung der GOZ-Novelle in eine zunehmend unsichere politische Zukunft, die dann vielleicht doch noch eine Öffnungsklausel oder sogar die Gleichschaltung der Gebührenordnungen in der gesetzlich und privaten Krankenversicherung beinhaltet. Zwar gibt es Möglichkeiten, über eine Verfassungsklage den Gesetzgeber an seine eigenen Vorschriften zu erinnern, aber auch hier ist der Ausgang ungewiss und in eine ferne Zukunft gerückt. Unsere Strategie kann somit nur sein, Chancen und Möglichkeiten auszuloten. Ein erster Schritt ist dabei die breite Information der Öffentlichkeit und des Berufsstandes gemeinsam unter dem Dach der BZÄK. Wir werden neben unseren politischen Aktivitäten Ihnen das nötige Rüstzeug für den Umgang mit der neuen GOZ vermitteln.





# Bundeskabinett stimmte neuer Gebührenordnung am 21. September zu

Gemeinsame Pressemitteilung von BZÄK und KZBV

„Die GOZ-Reform war überfällig. Ein großer Wurf ist sie aus politischen und fiskalischen Gründen nicht geworden.“ Mit diesen Worten kommentierte der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Peter Engel, den Kabinettsbeschluss zur Gebührenordnung für Zahnärzte. „Wir haben nach 23 Jahren Stillstand eine Minimalreform. Zentrale Punkte fehlen darin“, so Engel.

Zwar bringe, so die Einschätzung der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, die Novellierung der Gebührenordnung den Patienten eine zeitgemäßere Struktur und

mehr Klarheit in Abrechnungsfragen. Dennoch habe die GOZ-Novelle erhebliche Schwächen. Eine qualitativ hochwertige Behandlung auf dem Stand der Wissenschaft, die den Patienten der Privaten Krankenversicherung, aber auch der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt ermöglicht, sei mit der neuen Gebührenordnung hingegen nicht gesichert. Mit dem völligen Verzicht auf eine Anhebung des GOZ-Punktwertes, der seit 1988 nicht an die allgemeinen Preis- und Kostenentwicklungen angepasst worden sei, blieben die Interessen der Zahnärzte weitestgehend unberücksichtigt.

Für den Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, hat das einen Grund: „Diese Novelle ist ein PKV-Schongesetz! Die von der Bundesregierung berechnete Belastung der PKV mit 0.6 Prozentpunkten ist der Beleg.“

Bei aller Kritik begrüßen Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung aber, dass vor allem die Öffnungsklausel nicht aufgenommen und einige Vorschläge der Zahnärzteschaft (zum Beispiel zum Zielleistungsprinzip) berücksichtigt wurden.

## Zahnärztekammer M-V informiert umfassend zur Gebührenordnung

Einige Veranstaltungen noch in diesem Jahr geplant

Nach dem Kabinettsbeschluss zur neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) am 21. September dieses Jahres wird mit einer Entscheidung des Bundesrates erst am 25. November dieses Jahres gerechnet.

Da die Veröffentlichung im Bundesanzeiger bis zu acht Wochen dauern kann, ist noch nicht sicher, dass die neue Gebührenordnung wie geplant zum 1. Januar 2012 in Kraft treten kann. Spätestens zum 1. April 2012 ist aber mit einem Inkrafttreten zu rechnen.

Um kein finanzielles Risiko einzugehen, werden wir mit den Informationsveranstaltungen für Praxisteams erst nach der definitiven Entscheidung des Bundesrates beginnen.

Vorerst haben wir noch für dieses Jahr in Schwerin, Rostock, Greifswald und Neubrandenburg Veranstaltungen für Praxisteams (ein/e



Dipl.-Stom. Andreas Wegener

Zahnarzt/Zahnärztin und eine Abrechnungshelferin/-helfer) am 30. November, 7. Dezember, 14. Dezember und 21. Dezember 2011 geplant.

Sollte die neue Gebührenordnung erst später in Kraft treten, haben wir noch etwas mehr Zeit, um Sie ausreichend mit der neuen GOZ bekanntzumachen.

Wir werden Sie rechtzeitig über die aktuellen Zeiten und Orte für diese für Sie kostenfreien Veranstaltungen informieren.

**Dipl.-Stom. Andreas Wegener**  
Vizepräsident und GOZ-Referent der  
Zahnärztekammer M-V

*An dieser Stelle sei auf die Patientinformation als Kopiervorlage auf der dritten Umschlagseite dieser Seite verwiesen.*

*Zum Download: interner Bereich der Homepage der Zahnärztekammer [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de)*

# 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, Schweriner See

# Aus dem Inhalt:

## M-V / Deutschland

Bundeskabinett stimmte neuer GOZ zu	2
Landesaufaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit	12
Zukunft der Zahnmedizin wird weiblicher	16
Berufsanerkennungsrichtlinie wesentlicher Baustein	17
Bücher	31
Glückwünsche / Anzeigen	32

## Zahnärztekammer

Informationsveranstaltungen zur GOZ geplant	2
Honorarprofessur für Dr. Dietmar Oesterreich	4
Zahnärztetag 2011	5-8
Größte deutsche Gesundheitsstudie gestartet	14-15
Zahnärzte werden immer gebraucht	15
Änderung der Weiterbildungsordnung	17
Fortbildung	18-19
Dentists for Africa	27
GOZ – Das sollten Patienten wissen	33

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Ankündigung der Vertreterversammlung	9
Plus bei den Krankenkassen	9
Ärzte weisen Vorwürfe zurück	10
Immer mehr Zahnärzte	11
Diagnose aus dem Schaukelstuhl	16
Webseite von proDente geprüft	16
Eintrag in das Bonusheft	20
Erkennungsmerkmale der EHIC	20-21
McZahn-Gründer verurteilt	21
Fortbildung	22
Service	22-23

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

## Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Diagnostik und Therapie der Periimplantitis	24-26
Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen	28-29
Immer mehr Kinder mit getrennten Eltern	30
Abmahnungswelle nach Botox-Urteil	30
Monopol der gesetzlichen Unfallversicherung rechtmäßig	30

Impressum	3
Herstellerinformationen	31

# Honorarprofessur an der Universität Greifswald für Dr. Dietmar Oesterreich

## Kompetente Verstärkung durch erfahrenen Gesundheitswissenschaftler

Am 6. September hat die Universität Greifswald Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident der Zahnärztekam-

mer Mecklenburg-Vorpommern und Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, eine Honorarprofessur für orale Prävention und Versorgungsforschung an der Klinik für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie und Plastische Operationen verliehen.

Neubeschreibung einer präventionsorientierten Oralmedizin und der Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bereits in der Vergangenheit wichtige Impulse für die aktuelle Ausrichtung einer forschungsgesicherten Zahnmedizin in Deutschland gegeben.

Dabei hat Professor Oesterreich die präventionsorientierte Zahnheilkunde nicht nur als berufspolitisches Statement verstanden, sondern sich mit unermüdlichem Einsatz tagtäglich und auf allen Ebenen für deren Umsetzung zum Wohle der Patienten eingesetzt.

Ein Schwerpunkt seiner zukünftigen Mitwirkung in der Greifswalder Arbeitsgruppe Cancer Politics wird die Versorgungsforschung bei der Früherkennung und Frühbehandlung von oralen Karzinomen sein. In der weltweit geführten Diskussion zu Chancen und Risiken von Impfkampagnen zur Verhütung von HPV-induzierten Mundhöhlentumoren wird die Stimme des erfahrenen Gesundheitswissenschaftlers besondere Bedeutung haben. Die Universität Greifswald freut sich über ihre kompetente Verstärkung durch Professor Dr. Dietmar Oesterreich.



Professor Oesterreich ist seit dem Sommersemester 1991 als Dozent an der Universität Greifswald tätig und liest vor großem Auditorium in hohen Fachsemestern über alle Aspekte der zahnärztlichen Berufskunde. Als wissenschaftlich orientierter Präsident der Zahnärztekammer hat er in der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Kammern und Hochschulen zur

### Kurzvita Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Reuterstadt Stavenhagen

**Persönliche Daten:**

geboren am 28. Mai 1956  
verheiratet, 2 Kinder

**Studium/Examen**

1976 – 1981 – Studium der Zahnheilkunde in Rostock  
1981 – Approbation

**Beruflicher Werdegang:**

1981 – 1990 – Tätigkeit in der Poliklinik für Stomatologie des Kreiskrankenhauses Malchin  
seit 1985 – Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie  
seit 1988 – Dr. med.  
1. Februar 1991 – Niederlassung in eigener Praxis

**Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern:**

seit 28. April 1990 – Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

**Bundeszahnärztekammer:**

seit 28. Mai 1990 – Mitglied des Vorstandes der Bundeszahnärztekammer  
seit 3. November 2000 – Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

**Arbeitsschwerpunkte/Referate/Ausschüsse:**

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



Zahlreiche Aussteller informierten über ihre Produkte.



Die Ehrengäste beim Festakt anlässlich des 20. Zahnärztetages

Fotos: Konrad Curth/Gerd Eisentraut

## Dem Gemeinwohl verpflichtet

### 20. Zahnärztetag und 20 Jahre Zahnärztekammer – ein Grund zum Feiern

Viele Gratulanten eilten Anfang September nach Rostock-Warne-münde, um ihre Glückwünsche zu überbringen. Schließlich galt es, den 20. Zahnärztetag und gleichzeitig 20 Jahre Zahnärztekammer in Mecklenburg-Vorpommern zu feiern. Mit über 500 Teilnehmern war der dies-jährige Zahnärztetag wieder sehr gut besucht. Der Präsident der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheil-kunde an den Universitäten Rostock und Greifswald, Prof. Reiner Biffar, gratulierte als Erster. Auch Sozial-ministerin Manuela Schwesig (SPD) ließ es sich nicht nehmen, persönlich ihre Glückwünsche zu überbringen und dankte allen Zahnärzten für die flächendeckende, wohnortnahe und hohe qualitative Versorgung der Be-völkerung. Sie ermutigte die Stan-despolitiker, weiter die Interessen der Zahnmediziner gegenüber der Politik zu vertreten. Einigkeit sieht sie im Grundsatz: „Vorbeugen ist besser als heilen.“ Besonders würdigte sie das Engagement der Zahnärzte bei der Thematik zur Kindesvernachlässigung und zum Kindesmissbrauch.

Auch der Bundestagsabgeordnete Dietrich Monstadt (CDU) bot seine Unterstützung an und berichtete von verschiedenen Gesetzesvorhaben auf Bundesebene. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, kritisierte, dass im Bereich der Gesundheit an der Substanz gespart werde und es damit zu hohen Folgekosten käme. Er warnte davor, dass – frei nach Klaus Störtebeker – „der Freiberufler zum Freibeuter“ ver-

komme. Mit launigen Anekdoten ließ der Präsident der Zahnärztekammer Hamburg, Dr. Wolfgang Sprekels, die Anfangsjahre Revue passieren. „Es war eine aufregende Zeit voller Freude“, erinnerte sich der Hanseat. Er zollte den Berufskollegen in M-V Respekt vor der Energieleistung, in so kurzer Zeit ein neues Versorgungssystem auf die Beine zu stellen. Auch der KZV-Vorsitzende Wolfgang Abeln überbrachte seine Glückwünsche und betonte: „Ehrenamt geht nicht ohne Hauptamt und umgekehrt.“

Gewürdigt wurde von Dr. Oesterreich die berufspolitische Arbeit von Dr. Holger Kraatz, der zwölf Jahre lang im Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern tätig war. Dr. Kraatz wurde mit der silbernen Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft insbesondere für seine Verdienste um die Förderung der Prävention in unserem Bundesland ausgezeichnet.

Stolz blickte auch der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Dr. Dietmar Oesterreich in seinem Vortrag auf die Geschichte der zahnärztlichen Selbstverwaltung zurück: „Die Ereignisse des Herbstes 1989 und die nachfolgende deutsche Vereinigung haben sehr nachhaltig unser Leben geprägt und auch im Gesundheitswesen deutliche Veränderungen bewirkt. Menschen mit dem Ruf ‚Wir sind das Volk!‘ mit Kerzen in der Hand und ohne jegliche Gewalt haben im wahren Sinne des Wortes das Kartenhaus eines Weltreiches der kommunistischen Diktatur zum Einsturz gebracht. Bilder, Kommentare

und Berichte aus dieser bewegten Zeit verschaffen immer wieder noch aufs Neue eine Gänsehaut und vor allen Dingen ein stolzes Gefühl, mit dabei gewesen zu sein.

Aber die Abschaffung der Diktatur war das eine, und der Aufbau der Demokratie das andere. Vor uns lagen in dieser Zeit enorme Aufgaben, wobei dazu gesagt werden muss, dass wir nicht erahnten, welche Aufgabenstellungen auf uns zukamen. Getragen waren wir alle von dem Willen zur Veränderung und vor allen Dingen von dem Willen, selbst zu gestalten und unser Schicksal in die eigenen Hände zu nehmen. Natürlich

gab es dabei Ängste, Unsicherheiten und unzählige Fragen. Trotzdem hatte sozialistische Planwirtschaft auch im Gesundheitswesen den Drang nach freier Berufsausübung unseres Berufsstandes nicht verschüttet, und insofern war es nicht verwunderlich, dass viele rechtzeitig die Zeichen der



Prof. Reiner Biffar



Dr. Peter Engel



Dr. Wolfgang Sprekels



Zeit erkannten. All dies galt es zu begleiten, zu unterstützen und auch in seinen Rahmenbedingungen zu gestalten. Es war also notwendig, Berufsorganisationen zu gründen, und so geschah es am 28. April 1990 mit der Gründung der damals noch vorläufigen Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin. Wie unsere Freunde aus den westlichen Partnerkammern versicherten, dies in einer wahrhaften Lehrstunde der Demokratie, in sachlicher und zutiefst demokratischer Auseinandersetzung mit den ehemaligen staatlichen Strukturen. Der Hauptaufgabenbereich unserer Selbstverwaltung lag zunächst darin, für die Kollegenschaft die wesentlichen Voraussetzungen zu schaffen, ihre zahnärztlichen Niederlassungen gründen zu können. Dabei mussten eingesessene staatliche Stellen und Denkweisen überwunden und somit gleiche Chancen für die Niederlassung geschaffen werden.

Dies alles war nur mit Hilfe unserer Partner aus Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen möglich. Koordiniert unter dem Dach des damaligen BDZ, der heutigen BZÄK, zeigten die Kammern und KZVs dieser Länder beispielhafte Unterstützung mit der Hilfe zur Selbsthilfe. Zahlreiche Seminare zur Niederlassung – unter den damaligen Bedingungen oft schwierig zu organisieren –, die Schaffung von Voraussetzungen zur Hospitation von Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern, als auch die Übergabe bürotechnischer Einrichtungen und vor allen Dingen die persönlichen Ratschläge waren Bestandteil dieser Hilfe. Selbstverwaltung musste aber auch aus dem eigenen Berufsstand gelebt und mit Engagement unterstützt werden. So gab es zahlreiche Kolleginnen und Kollegen, die sich aufopferungsvoll und höchst motiviert

für die Gestaltung unserer Zahnärztekammer einsetzten. Jeder übernahm uneigennützig und häufig so nebenbei bei Praxisgründung und Veränderung im häuslichen und familiären Umfeld Aufgaben und war in Ausschüssen, Kammerversammlungen und vor allem im Vorstand oftmals bis in die frühen Morgenstunden engagiert dabei. Jeder, der sich in diesen Zeiten engagiert hat, verdient unseren tiefsten Respekt und unsere hohe Anerkennung.

Oberstes Prinzip unserer Selbstverwaltung, und dies ergibt sich aus unseren ethischen Verpflichtungen und dem Prinzip der Freiberuflichkeit, ist es, Verantwortung zu tragen und dem Gemeinwohl verpflichtet zu sein. Deswegen, auch wenn die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen dazu führen, dass zunehmend in den zahnärztlichen Praxen auch über die finanzielle Belastung des Patienten durch Therapieplanung gesprochen werden muss, glaube ich, dass das Wirken unserer Zahnärztekammer dazu beitragen konnte, dass sich das früher übliche Bild über den Beruf des Zahnarztes in der Öffentlichkeit in den letzten Jahren stark verändert hat. So ist die zahnärztliche Berufsausübung heute sehr viel stärker durch die Prävention, die medizinische Bedeutung der Zahnmedizin, aber auch die Herausforderungen durch den demografischen Wandel geprägt.“

Im Rahmen der am Vormittag im Hinblick auf das wissenschaftliche Tagungsthema erfolgten Pressekonferenz stellte Dr. Oesterreich klar, dass alle Aspekte der Prävention, sei es nun in den Schulen oder Kindereinrichtungen oder in der zahnärztlichen Praxis, auf den Prüfstand zu stellen seien. „So wird es zukünftig eine besondere Herausforderung sein, die bis

3-jährigen und deren betroffene Elternhäuser und Betreuer für die zahnmedizinische Prävention zu erschließen und systematischer anzugehen. Dabei spielt der



Dr. Dietmar Oesterreich



Prof. Britta Bockholdt

Ihnen bekannte Zahnärztliche Kinderpass in unserem Bundesland eine besondere Rolle. Insofern darf ich darauf verweisen, dass im Masterplan Gesundheits-

wirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2020 dieser Aspekt eine besondere Berücksichtigung gefunden hat. Durch die nachhaltige Arbeit der Selbstverwaltung ist es gelungen, die Zahnmedizin auch unter der Thematik der Gesundheitswirtschaft entsprechend zu platzieren, was insbesondere für die Versorgung der immobilen und pflegebedürftigen Patienten im Alter gilt. Leider ist zur Zeit auch noch in diesem Bereich eine deutliche Unterversorgung zu verzeichnen, sodass hier weitere Herausforderungen für den Berufsstand zu sehen sind.“



Prof. Andreas Kruse

In der Pressekonferenz unterstrich der wissenschaftliche Leiter des Zahnärztetages, Prof. Dr. Christian Splieth, dass der soziale Status der größte Risikofaktor für mangelnde Zahngesundheit sei. Daher werde die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bzw. Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege mit Unterstützung der Universität Greifswald zwei Initiativen starten, um Prävention und Versorgung zu stärken: zum einen die Prävention von frühkindlicher Karies (0-3 Jahre) durch die optimierte Verteilung des Zahnärztlichen Kinderpasses, regelmäßige Untersuchung bereits der Kleinkinder bei niedergelassenen Zahnärzten, Qualifizierungsinitiativen zur früh-



Medienvertreter verfolgten die Pressekonferenz in Warnemünde.

kindlichen Kariesprävention und aufsuchende Betreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Zum anderen nannte er die Verbesserung des Sanierungsgrades bei kariösen Milchzähnen durch Ausbau der zahnärztlichen Versorgung von Kindergartenkindern.

Auch das Thema Kindesmisshandlung rückt immer mehr in den Fokus der Zahnmediziner, da über 80 Prozent der Verletzungen bei Misshandlungen von Kindern im Kiefer-Gesichtsbereich zu beobachten sind. Für die Leiterin des Rechtsmedizinischen Instituts der Universität Greifswald, Prof. Dr. Britta Bockholdt, steht fest: „Die Kindesmisshandlung und die Kindesvernachlässigung sind eine medizinisch bedeutsame und gesellschaftlich sehr relevante Problematik. Die Kinder sind nun einmal vom Schutz der Erwachsenen abhängig. Die Konfrontation mit Gewalt gegen Kinder oder Kindesvernachlässigung ist ein emotional sehr belastendes Thema.“ Aus allen wissenschaftlichen Untersuchungen gehe hervor, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt. Die Erkennbarkeit sei häufig sehr schwierig, Vernachlässigung beispielsweise verlaufe eher schleichend und sei häufig schwer zu fassen. Eine ganz besondere Chance, diese Dunkelziffer aufzudecken, hätten Mediziner und Zahnmediziner, so die Expertin.

„Der Zahnarzt hat die einzigartige Möglichkeit, Vernachlässigung und Verletzungen am Gebiss, aber auch an den Lippen festzustellen, hat aber auch die Möglichkeit, Pflegefehler frühzeitig zu erkennen. Zudem hat er meistens ein langjähriges Vertrauensverhältnis, meist über Generati-

onen, und kann eine gezielte Dokumentation anfertigen, zumeist unter guten Bedingungen. Nicht zuletzt kann er die Problematik ansprechen und Empfehlungen geben“, betonte Prof. Bockholdt. „Um diese besondere Stellung zum Schutz der Kinder zu nutzen, benötigen die Zahnärzte wie alle anderen Mediziner auch fundierte Kenntnisse zur Erkennbarkeit von Verletzungen, zum Beispiel zur Differenzierung von Sturz- oder Schlagverletzungen. Dazu gehören aber auch ganz einfache Kenntnisse über Verletzungsmechanismen und Wundmorphologie, aber auch Fragen der Schweigepflicht und/oder der Dokumentationspflicht“, so die Greifswalderin.

In seinem Festvortrag „Die demografischen Veränderungen in unserer Gesellschaft – Herausforderung und Chance“ begeisterte der Vorsitzende der Altenberichtscommission der Bundesregierung, Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, die Gäste. Er unterstrich die Aspekte der Selbst- und Mitverantwortung. Die individuelle Lebenszeit sei eingeordnet in eine „Weltzeit“. „Jeder Mensch trägt Verantwortung für das Ganze“, betonte der Heidelberger Professor. Daher sei es eine zutiefst ethische Frage, wie die Lebensphase Altern künftig gestaltet werde. Der Psychologe plädierte dafür, starre Altersgrenzen in der Arbeitswelt abzuschaffen. Zudem erschließe die Zivilgesellschaft auch für ältere Menschen neue Chancen, sich aktiv einzubringen. Als Fazit schloss er: „Indem das Individuum Verantwortung trägt, trägt es zum Gemeinwohl bei.“

Renate Heusch-Lahl

## Kinderzahnheilkunde begeistert Zahnmediziner

### Wissenschaftliches Programm des Zahnärztetages

Der diesjährige Zahnärztetag stand unter dem Motto „Kinderzahnheilkunde in der Praxis“. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Christian Splieth, Leiter der Abteilung für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde, wurde die gesamte Bandbreite dieses Querschnittsfachs als zahnmedizinische Behandlung von Kindern präsentiert. In der Einführung wies Prof. Splieth auf die großen Erfolge bei der Kariesprävention hin, be-

tonte aber, dass die Kariesreduktionen im Milchgebiss deutlich geringer ausfallen und der Versorgungsgrad immer noch unbefriedigend ist. Der Kongress leistet damit einen wichtigen Beitrag, hier systematisch das Know-how zu stärken, um zukünftige Verbesserungen zu erzielen.

Außerdem steigt seit drei Jahren der Kariesbefall bei Dreijährigen in Mecklenburg-Vorpommern. Prof. Splieth begrüßte die Initiative der

## Schwesig dankt Zahnärzten für die Erfolge

Für ihre erfolgreiche Zahn-Prophylaxearbeit bei Kindern und Jugendlichen hat Gesundheitsministerin Manuela Schwesig den rund 2000 Zahnärzten im



Land gedankt. Bei einer Festveranstaltung zum 20-jährigen Bestehen der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern sagte die Ministerin in Warnemünde, Schwesig „kein anderer Berufsstand verwirklicht den Grundsatz, Vorbeugen ist besser als Heilen, so eindrucksvoll wie die Zahnärzte. Wir haben seit der Wende beeindruckende und nachweisbare Erfolge bei der Zahn- und Mundgesundheit unserer Kinder und Jugendlichen“.

Dieser Erfolg sei das Ergebnis des engagierten und kontinuierlichen Einsatzes der Zahnärzte für die Prävention. Sie freue sich, so Schwesig weiter, dass die Zahnärztekammer bereits signalisiert habe, an diesem Thema dranzubleiben und sich auf diesem Ergebnis nicht ausruhen zu wollen. „Gute Arbeit muss auch angemessen entlohnt werden“, sagte die Gesundheitsministerin. Deshalb begrüße sie den Vorstoß von Sachsen-Anhalt und Thüringen, im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes das Niveau der Vergütung der vertragszahnärztlichen Versorgung der neuen Länder an das Westniveau anzupassen. „Ich unterstütze diesen Vorschlag ausdrücklich. Wie in so vielen anderen Bereichen sind unterschiedliche Lohnniveaus in Ost und West 20 Jahre nach der Wende für die Menschen nicht mehr nachvollziehbar.“

Die Ministerin begrüßte es, dass die Kammer der Alters- und Behindertenzahnheilkunde künftig einen stärkeren Stellenwert einräumen werde. Angesichts einer immer älter werdenden Gesellschaft sei dies eine wichtige Entscheidung, sagte die Ministerin.

Ministerium für Soziales und Gesundheit  
Mecklenburg-Vorpommern



Zahnärztekammer, die Nutzung des Zahnärztlichen Kinderpasses in regionalen Fortbildungen zu erhöhen. Weiterhin wird über die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege ein Programm zur Prävention der frühkindlichen Karies mit Familienhebammen und in den Kinderkrippen entwickelt.

Oberärztin Dr. Christine Berndt aus Greifswald vertiefte im ersten Fachreferat die epidemiologische Situation der oralen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern. Gerade seit dem Jahr 2000 und im permanenten Gebiss sind große Erfolge festzustellen. Neben der Milchgebisskaries bleibt aber die Approximalkaries bei Jugendlichen ein Problem. Hierzu berichtete PD Dr. Sebastian Paris, Kiel, von aktuellen Erkenntnissen zur Entwicklung und Therapie der Approximalkaries, insbesondere der mikroinvasiven Infiltration, die in ersten Studien für kleine Defekte erfolgreich zu sein scheint. Dr. Lutz Laurisch, Korschenbroich, stellte im ersten Referatsblock sein Konzept vor, wie man in der Prophylaxepraxis systematisch vom ersten Zahn an ein gesundes Gebiss erhalten kann.

Am Samstag lenkte Prof. Dr. Francka Stahl de Castrillon, Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Universität Rostock, den Blick auf Möglichkeiten und Indikationen der kieferorthopädischen Frühbehandlung. Sie sprach über das Vorkommen von Habits und orofazialen Fehlfunktionen, die häufig schon früh zu Abweichungen von der regelrechten Zahnbogenform und der Entwicklung von Gebissanomalien führen können. Neben der kieferorthopädischen Prävention und Frühbehandlung sollte in einem integrativen Konzept der Kinderzahnheilkunde vor allem das „kieferorthopädische Risikokind“, welches von der Frühbehandlung am meisten profitieren würde, rechtzeitig diagnostiziert und einer funktionell orientierten Behandlung zugeführt werden.

Professor Dr. Britta Bockholdt, Direktorin der Rechtsmedizin an der Universität Greifswald, nahm das sehr sensible Thema Kindesvernachlässigung und –misshandlung auf. Da die Mehrheit der Verletzungen bei Misshandlungen von Kindern im Kiefer- und Gesichtsbereich zu beobachten sind, kommt dem Zahnarzt hier eine beson-

dere Bedeutung zu. Der Vortragsblock wurde durch „Rechtliche Aspekte bei der Behandlung Minderjähriger“ von dem Hauptgeschäftsführer der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Rechtsanwalt Peter Ihle, abgerundet, der die Grundsätze der Geschäftsfähigkeit und der Einwilligung in der Kinder- und Jugendbehandlung darlegte.



Prof. Christian Splieth

Danach ging es direkt in die Alltagsbehandlung im Milchgebiss: Prof. Splieth und die in Hamburg als Kinderspezialistin niedergelassene Kollegin Dr. Tania Roloff verdeutlichen, dass sowohl bei der Restauration als auch der Pulpatherapie beim Milchzahn alles anders ist als beim bleibenden Zahn. Füllungen, insbesondere bei größeren Defekten und mit reinen Glassionomeren, sind meist zum Scheitern verurteilt. Kunststoffverstärkte Glassionomere und Kompomere können bei bis zu zweiflächigen Defekten erfolgreich sein, danach sind sie eigentlich kontraindiziert, da die Stahlkrone wesentlich bessere Überlebensraten aufweist. Bei der tiefen Karies sind zweifelhaftes cp- oder p-Behandlungen nicht empfehlenswert, so Roloff, sondern die Pulpotomie garantiert hier hohe Erfolgsraten. Bei irreversiblen Pulpitiden ist eine WK/WF mit Iodoform-Kalziumhydroxydpasten eine verlässliche Therapievariante.

Die Beiträge der Zahnärztekammer Hamburg zur Lachgassedierung, Verhaltensführung und Narkosesanierung fügten sich nahtlos in das Programm ein und verdeutlichten das ganze Spektrum, um die gewünschten Maßnahmen auch in ausreichender Qualität als Zahnarzt durchführen zu können.

Am Sonntag wurden zuerst Epi-

demieologie, Prävention (Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Greifswald) und Therapie des Frontzahntraumas (PD Dr. Yango Pohl, Bonn) systematisch aufgearbeitet. Die Mehrheit der Verletzungen ist als Schmelz-Dentin-Frakturen sicherlich unproblematisch zu behandeln. Pulpabeteiligung, Luxationen und Avulsionen betreffen dagegen biologisch reaktive Gewebe, deren Regenerationspotential optimal ausgeschöpft werden sollte.

Abschließend zeigten Dr. Wolfgang Kuwatsch, Rostock, und Dr. Tania Roloff, Hamburg, wie man die dargestellten Konzepte und Maßnahmen der Kinderzahnheilkunde mit ausreichender Kooperation beim Kind und wirtschaftlich erfolgreich umsetzen kann. Verhaltensformung und ggf. auch Hypnose oder die Narkose sind essentielle Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kinderzahnheilkunde, genau wie eine zielgerichtete, straffe Planung und eine professionelle Ausrichtung und Ausstattung der Praxis.

Das Programm wurde um Seminare zur Vertiefung und praktischen Anwendung ergänzt. Am Samstag hatten auch die Zahnmedizinischen Fachangestellten die Chance, sich in Referaten über Wachstum und Entwicklung beim Kind, Kinderkrankheiten, Verhaltensführung sowie über Prävention und Therapie weiter zu qualifizieren.

Insgesamt zeigte der Kongress die Bandbreite der Kinderzahnheilkunde auf und leistete einen wichtigen Beitrag, die Kinderbehandlung beim Generalisten in Mecklenburg-Vorpommern zu stärken und die Kooperation mit dem Spezialisten für weitergehende Behandlungen, gerade im Milchgebiss, zu etablieren.

Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald



Während der Diskussion im Bernsteinsaal des Hotels Neptun

**Ankündigung der****Vertreterversammlung der KZV**

*Die Herbst-Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung findet am 23. November 2011, Beginn 13 Uhr, in den Sitzungsräumen Erdgeschoss im Haus der Heilberufe Schwerin statt.*

**Vorläufige Tagesordnung:**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Begrüßung und Feststellung der satzungsmäßigen Einberufung   | 8. Bericht des Koordinationsgremiums mit anschließender Diskussion   |
| 2. Feststellung der Beschlussfähigkeit  | 9. Fragestunde   |
| 3. Bestellung des Protokollführers, des Führers der Rednerliste und von mindestens zwei Personen zur Stimmenzählung | 10. Beschlussfassung über eingereichte Anträge   |
| 4. Bekanntgabe der endgültigen Tagesordnung und der gestellten Anträge  | 11. Gesamtvergütung  |
| 5. Feststellung der Öffentlichkeit der Vertreterversammlung   | 12. Honorarverteilungsvertrag  |
| 6. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung  | 13. Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses und Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2010 mit anschließender Aussprache |
| 7. Bericht des Vorstandes mit anschließender Diskussion   | 14. Bericht des Haushalts- und Finanzausschusses   |
| a) – Geschäftsbereich I   | 15. Verabschiedung des Haushaltsplanes für das Jahr 2012   |
| b) – Geschäftsbereich II  | 16. Verschiedenes  |

*Die Sitzung ist öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befasst.*

**KZV**

# Immer mehr Zahnärzte

## Weniger Vertragszahnärzte – aber mehr angestellte Zahnärzte

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte im gesamten Bundesgebiet betrug im IV. Quartal 2010 54 245 (alte Bundesländer inkl. Berlin: 44 787, neue Bundesländer ohne Berlin: 9458). Damit ging die Zahl der Vertragszahnärzte im Bundesgebiet gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um 0,4 Prozent zurück, und zwar im Westen um 0,3 Prozent und im Osten um 1 Prozent.

Dieser Rückgang stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen Versorgung dar, sondern er muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) Anfang 2007 gesehen werden. Im Quartalsverlauf ab I/2007, insbesondere ab dem III. Quartal 2007, war ein deutlicher Anstieg der Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte festzustellen. Ende des IV. Quartals 2009 belief sich die Zahl der angestellten Zahnärzte in Deutschland auf 4087, Ende des IV. Quartals 2010 auf 5006 (+ 22,5 Prozent).

Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte stieg von 58 540 (Ende des IV. Quartals 2009) auf 59 251 (Ende des IV. Quartals 2010), also um 1,2 Prozent. Somit ist der Grad der ver-

tragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV sogar gestiegen.

Nach der in den alten Bundesländern festzustellenden Abschwächung beim Anstieg der Vertragszahnärztezahl in den Quartalen IV/98 und I/99 (Effekt der ab 1. Januar 1999 wirksam gewordenen Altersbegrenzung für Zahnärzte auf 68 Jahre) zeichnete sich ab dem II. Quartal 1999 wieder eine Entwicklung wie vor der Abschwächung ab, wobei die Zuwachsraten in den Jahren 2001, 2002 und 2003 sich jedoch gegenüber dem jeweiligen Vorjahr etwas abgeschwächt hatten. Die Abschwächung beim Anstieg setzte sich im ersten Dreivierteljahr 2004 weiter fort. Nachdem in dem Zeitraum IV/04 bis II/05 wieder leicht höhere Zuwachsraten zu verzeichnen waren, ist ab dem III. Quartal 2005 eine deutliche Abschwächung beim Anstieg gegenüber dem Vorjahreswert festzustellen. Ab dem I. Quartal 2007 ist sogar ein Rückgang bei den Vertragszahnärzten zu beobachten. In den neuen Bundesländern ist nach einem moderaten Anstieg in den Quartalen I/99 bis III/99 und einer Stagnation in den Quartalen IV/99 bis IV/03 bereits im nachfol-

genden Quartalsverlauf ein Rückgang zu verzeichnen.

Nach dem relativ geringen Zuwachs der Zahl der Vertragszahnärzte in 1994, als Konsequenz des GSG-bedingten erheblichen Anstiegs der Zahnärztezahlen in dem Zeitraum IV/92 bis IV/93, stellte sich ab dem Jahr 1995 bei den Zahnärztezahlen eine Normalisierung der Entwicklung auf die vor der Einführung des GSG festzustellende Situation ein. Die ab 1. Januar 1999 wirksam gewordene Altersbegrenzung für Zahnärzte bremste diese Entwicklung in den Quartalen IV/98 und I/99. Dies wird durch die Grafik verdeutlicht.

Mittlerweile hat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) rückwirkend zum 1. Oktober 2008 die bisher geltende Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragszahnärzte wieder aufgehoben.

Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich in IV/2010 auf 3019 im gesamten Bundesgebiet (West inkl. Berlin: 2588, Ost ohne Berlin: 431) und stieg damit um 1,6 Prozent gegenüber IV/2009 (West: + 1,9 Prozent, Ost: - 0,5 Prozent).

KZBV







*Wir lösen das Zahnrätsel.*

## Kleine Leute ganz groß

### Landesaufaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit in Zahnklinik Greifswald

Unter dem diesjährigen bundesweiten Motto „Gesund beginnt im Mund – je früher, desto besser“ hatten LAJ MV e. V. und die Kreisarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege Greifswald am 14. September zur Landesaufaktveranstaltung in die Zahnklinik der Ernst-Moritz-Arndt Universität eingeladen. Für die Kinder des Sprachheilkindergartens und des Kindergartens „Lilo Hermann“ aus Greifswald

hatte das Team der Kinderabteilung um Professor Splieth ein buntes Programm vorbereitet. Voller Erwartung besetzten die „kleinen Studenten“ die ersten Reihen des Hörsaals, denn eine Begrüßung gehört einfach dazu. Dass sie schon ganz groß sind, bewiesen sie dann sofort: beim Lösen des Zahnrätsels war jede Antwort richtig. Da staunte auch der Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, Hans-Uwe

Timm, nicht schlecht. Herr Timm hatte noch etwas Besonderes mitgebracht, den neuen Zahnpflegekalender für das Jahr 2012. Schülerinnen und Schüler aus dem Haus des Lernens in Schwerin haben für diesen Kalender die Bilder gemalt und Zahngeschichten geschrieben. Es gibt viele schöne Anregungen und auch wieder ein Zahnquiz. Auf dem anschließenden Rundgang durch die neue Zahnklinik gab es viel Interessantes zu entdecken. Wie man seine Zähne richtig putzt, wie die Zähne „fotografiert“ werden, was der Zahnarzt tun kann, wenn die Zähne nicht gerade wachsen wollen oder wie es dort aussieht, wo Mutti oder Vati behandelt werden, zum Beispiel bei Dr. Angela Löw in der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie. Zwischendurch schmeckte das gesunde Frühstück allen sooo... gut. Und dann ging es noch um Foto-Shooting bei der Prophylaxehelferin Elisabeth Meyer. Ein großes Dankeschön an alle, die diesen Tag mit so viel Engagement vorbereitet haben.

Weitere anlässlich des Tages der Zahngesundheit in MV stattfindenden Aktivitäten sind unter der Homepage unter [www.zaekmv.de/LAJ](http://www.zaekmv.de/LAJ) abrufbar.



*Mmm... so ein Frühstück ist lecker*

**Merrit Förg**  
LAJ MV

---

# Klarstellung – Resolution Praxisgebühr aus der Kammerversammlung

Im Newsletter der Zahnärztekammer vom 12. Juli 2011 wurde berichtet, dass die Kammerversammlung zwei Resolutionen (GOZ-Novellierung, Abschaffung der Praxisgebühr – kein Steuerungseffekt) einstimmig verabschiedet hat.

Das ist nicht korrekt. Zur Abschaffung der Praxisgebühr gab es sehr kontroverse Diskussionen und keine Einstimmigkeit. Die Resolution zur Abschaffung der Praxisgebühr wurde „nur“ mehrheitlich angenommen.

Es ist unbestritten, dass die mit der Einführung der Praxisgebühr erhofften Steuerungseffekte im vertragszahnärztlichen Bereich nicht eintrafen. Unbestritten ist aber auch, dass die Praxisgebühr in nicht zu vernachlässigender Höhe zu Mehreinnahmen bei den Krankenkassen geführt hat.

Die erhobene Forderung in der Resolution, die Mindereinnahmen durch eine Beitragssatzerhöhung zu kompensieren, reflektiert eine ernst zu nehmende Unkenntnis oder Bagatellisierung der allgemeinen wirtschaftspolitischen Lage in Europa, von der auch gerade die Bundesrepublik betroffen ist, wider.

Das Konzept des Gesundheitsfonds geht davon aus, dass der überwiegende, solidarisch getragene Beitrag (Arbeitnehmer und Arbeitgeber) zur Finanzierung der GKV über einen vom Bund festgesetzten Beitragssatz fixiert ist. Des Weiteren gibt es einen steuerfinanzierten Anteil zur Stabilisierung des Gesundheitsfonds und eben die oben genannte Praxisgebühr. Wenn die Krankenkassen mit dem aus dem Gesundheitsfonds zu-



*Dr. Holger Garling*

gewiesenen Geldanteil je Versicherten ihre GKV-Aufgaben nicht nachkommen können, so haben sie die Möglichkeit, den fehlenden Geldanteil über Zusatzbeiträge, die ausschließlich von den Versicherten (Arbeitnehmern und Rentnern) zu tragen sind, auszugleichen.

Die Zielrichtung der von der Bundesregierung verfolgten Strategie zur Stärkung des Wirtschaftsstandortes Deutschland würde nicht dazu führen, dass die fehlenden Einnahmen durch die Praxisgebühr über den allgemeinen Beitragssatz gegenfinanziert werden würde, sondern ausschließlich über das Wettbewerbsinstrument der Erhebung des Zusatzbeitrages. Dieser trifft wiederum nur den einzelnen Versicherten!

Es ist aber auch davon auszugehen, dass diese Maßnahme – Zusatzbeitrag – den ohnehin bereits forciert geführten Wettbe-

werb unter den Krankenkassen noch weiter verschärfen würde. Im Ergebnis würde dieser Wettbewerb vor allem zu Lasten der Honorare der Leistungserbringer ausgetragen werden.

Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Demografie und Morbidität, verbunden mit der so genannten Fortschrittsmedizin, wird das Gesundheitswesen ohnehin wirtschaftlich sehr stark belastet.

Vor diesem Hintergrund halte ich die Aufrechterhaltung eines minimalen Kostenbewusstseins durch die Praxisgebühr in der Bevölkerung für einen richtigen Ansatz. Die Stärkung der Patientenrechte ist sicherlich wichtig und richtig.

Als Vertreter von Zahnärzten, die mich sowohl in die Kammerversammlung als auch in die Vertreterversammlung gewählt haben, kann ich vor diesem Hintergrund nur gegen die Abschaffung sein, auch wenn der bürokratische Aufwand für uns unbestritten unverhältnismäßig hoch ist.

Unter Berücksichtigung weiterhin bestehender Budgets könnte man zwar die Abschaffung der Praxisgebühr zur ordnungspolitischen Grundsatzentscheidung hochstilisieren, gleichwohl muss die Frage gestellt werden: „Will ich ein Kostenbewusstsein in der Bevölkerung, ein Mit-in-die-Pflicht-nehmen des Versicherten erreichen oder tragen wir als Mediziner das unzweifelhaft größer werdende Risiko der Morbiditätsentwicklung nach wie vor allein?“

Wir laufen Gefahr, in den Sog der so genannten Mainstraempolitik zu geraten.

**Dr. Holger Garling**

---

Anzeige

# Größte deutsche Gesundheitsstudie mit 200 000 Teilnehmern gestartet

Nordostdeutsches Studienzentrum wird in Neubrandenburg etabliert

Die größte Gesundheitsstudie Deutschlands mit 200 000 Teilnehmern und einer Laufzeit von mindestens zehn Jahren hat begonnen. Am 12. September sind die ersten Voruntersuchungen im Studienzentrum Neubrandenburg gestartet. Die Viertore-Stadt ist eines der regionalen neun Studienzentren bundesweit; die Leitung in Mecklenburg-Vorpommern liegt in der Hand der Universitätsmedizin Greifswald.

„Wir sind sehr froh, mit dem Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg einen kompetenten Partner für die bedeutende Studie gefunden zu haben“, betonten die Studienleiter Prof. Wolfgang Hoffmann und Prof. Henry Völzke.

Die zunehmende Bedeutung von Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes und Krebs sowie Demenz stellt die Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen. Als eine zentrale Grundlage für die Weiterentwicklung der zukünftigen medizinischen Versorgung hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung die bislang größte bundesweite Bevölkerungsstudie, die so genannte „Nationale Kohorte“ ([www.nationalekohorte.de](http://www.nationalekohorte.de)) ins Leben gerufen.

In der Bevölkerungswissenschaft werden nach bestimmten Zielen definierte Jahrgänge oder Gruppen von Jahrgängen als Kohorten bezeichnet. In diesem Projekt spielt die Universitätsmedizin Greifswald eine wichtige Rolle – Prof. Wolfgang Hoffmann ist einer der vier Sprecher der Nationalen Kohorte und Prof. Henry Völzke koordiniert das nordostdeutsche Studienzentrum.

## Strategie gegen Volkskrankheiten

„Das Ziel dieser Studie ist es, Strategien zur Risikoerfassung, einer wirksamen Vorbeugung und Behandlung dieser Volkskrankheiten zu entwickeln und dadurch zu einer Verbesserung der Prävention, Früherkennung und Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung beizutragen“, erläuterte Hoffmann.

Es werden insgesamt 200 000 Männer und Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren in 18 Studienregionen (ge-



*Im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg laufen die Untersuchungen.*

ographischen Clustern) untersucht. Jedes Rekrutierungszentrum wird zwischen 10 000 und 20 000 Studienteilnehmer betreuen und über mindestens zehn Jahre nachbeobachten.

Fünf Jahre nach der Erstuntersuchung werden alle Teilnehmer erneut ins Untersuchungszentrum eingeladen. Eines dieser geografischen Zentren bilden die Studienregion Neubrandenburg und angrenzende Landkreise, aus denen 20 000 Teilnehmer untersucht werden. Das Untersuchungszentrum Neubrandenburg wird im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum, das auch Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Greifswald ist, etabliert. „Entsprechende Untersuchungen in dieser Region können wegweisend für andere Landesteile in Deutschland sein, da hier demographische Entwicklungen, insbesondere die Alterung der Bevölkerung, besonders dynamisch ablaufen“, so PD Dr. Johannes Hallauer, Ärztlicher Direktor des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums. „Wir haben deshalb sofort unsere Unterstützung angeboten.“

Völzke bestätigte diese Einschätzung: „Unsere Untersuchungsregion weist gleichzeitig verschiedene sozioökonomische Herausforderungen und gesundheitliche Risikofaktoren in der Lebensweise der Menschen auf. Die Einbeziehung in die Nationale Kohorte ist deshalb besonders

wichtig.“ Das Organisationszentrum der Studie wird in Greifswald sein, da hier bereits auf Erfahrungen der seit 1997 laufenden Studie „Gesundheit in Vorpommern“ (Study of Health in Pomerania – SHIP) zurückgegriffen werden kann.

Nach dem Zufallsprinzip wurden 300 Bürger in Neubrandenburg und Umgebung angeschrieben und jetzt zur Untersuchung eingeladen. Nur eingeladene Bürger können sich an der Studie beteiligen! Um die Repräsentativität der wissenschaftlichen Studie zu sichern, können keine Freiwilligen aufgenommen werden. Bei den Untersuchungen, die bis zum 31. Oktober im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg laufen, handelt es sich um eine Pilotstudie, bevor 2012 die eigentliche Studie beginnen wird. „Es geht vor allem darum zu überprüfen, ob das Untersuchungsprogramm technisch reibungslos läuft und von unseren Probanden gut akzeptiert wird“, erklärten die Greifswalder. „In der Hauptstudie wird dann nach Abschluss der Voruntersuchungen in allen beteiligten Zentren deutschlandweit ein identisches Untersuchungsprogramm durchgeführt, die Ergebnisse standardisiert erfasst und ausgewertet. Dabei spielen natürlich der Schutz persönlicher Daten und ethische Fragen eine große Rolle“, unterstrich Völzke.

Im Rahmen der nationalen Groß-



studie werden die Größe und das Gewicht der Teilnehmer gemessen, der Blutdruck bestimmt und ein medizinisches Gespräch geführt. Des Weiteren erfolgt eine Blutuntersuchung zur Bestimmung verschiedener Laborwerte wie beispielsweise Cholesterin und Blutzucker. Auf Wunsch der Probanden werde alle Untersu-

chungsergebnisse mitgeteilt. Die Untersuchungen dauern insgesamt etwa zwei Stunden und finden direkt im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg statt (Haus B, Ebene 7).

Alle Probanden erhalten nach ihrer Untersuchung eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20 Euro. Das Parken auf dem Parkplatz des Klini-

kums ist für die Teilnehmer kostenlos. „Gemeinsam wollen wir Ansätze zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung finden und die medizinische Versorgung für die Zukunft sichern. Insofern kommen die Ergebnisse uns allen zugute“, so Prof. Henry Völzke.

[www.medizin.uni-greifswald.de](http://www.medizin.uni-greifswald.de)

## Zahnärzte werden immer gebraucht

**Dr. Hannjo Badzio beendet Tätigkeit als Kreisstellenvorsitzender im Uecker-Randow Kreis**

Wenn er auf seine Tätigkeit als Kreisstellenvorsitzender im Uecker-Randow Kreis zurückblickt, sieht Dr. Hannjo Badzio den Schwerpunkt darin, Kollegen für standespolitische Themen zu sensibilisieren. „Ich wollte Kammer- und KZV-Problematiken harmonisch miteinander verknüpfen“, sagt der 48-Jährige. So gelang es jeweils zwei Kollegen bzw. Kolleginnen in der Kammerversammlung und VV zu etablieren. „Von Nutzen für die Kollegenschaft war der hohe und aktuelle Informationsgrad und die daraus resultierende Gestaltungsmöglichkeit“, findet er.

Seiner Nachfolgerin wünscht er mehr Beteiligung bei allen Aktivitäten: „Es gilt, die Seniorentätigkeit für den Kreis zu aktivieren und weitere Kollegen für die Obleuetätigkeit der Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zu motivieren“, sagt Dr. Badzio. Denn schließlich müsse es das Ziel sein, die Arbeit der standespolitischen Organisationen für die Region zu optimieren. Für ihn war immer Motivation, die freiberufliche Tätigkeit mitzugestalten und die Kollegialität zu fördern. Er dankt allen, die ihn bei seiner Tätigkeit unterstützt haben und persönlich weiterhin eng mit ihm zusammenarbeiten.

Mit Freude denkt er an die Zusammenarbeit mit dem „harten Kern“ – also den Kolleginnen und Kollegen Kreisstellenvorsitzenden und Vertretern in der VV der KZV. Der Zahnarzt aus Leidenschaft liebt den Umgang



mit den Menschen und die Möglichkeit, mit den unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen kurativ tätig zu sein. „Ich würde Abiturienten trotz vieler Hindernisse in der heutigen Gesell-

schaft diesen Beruf unbedingt empfehlen! Dieser medizinische Beruf wird immer gebraucht“, betont Dr. Badzio.

In zehn Jahren hofft der Tennisspieler, dass der Zahnarztberuf weiter auf festen Beinen steht. Er hofft nicht, dass die wirtschaftliche Lage sich so massiv verschlechtern wird, wie manche das Horrorszenario bereits gemalt haben. Als „Zahnärztin im Jahr 2020 nach einer Gesundheitsreform“, die betteln gehen muss, will er sich und seine Kollegen nicht erleben.

Er sieht die Zahnärzte dann auf Augenhöhe mit allen Medizinern. „Ich glaube, hauptsächlich werden Zahnärzte in Gemeinschaftspraxen tätig sein“, so Dr. Badzio. Zu

selten noch kommt er in seiner Freizeit zum MZ-Fahren. Den Traum, die Panamerika Route mit guten Freunden von Nord nach Süd zu befahren, hat er fest im Blick.

**Renate Heusch-Lahl**

Anzeige

# Umfrage unter den Zahnärztinnen gestartet

## Die Zukunft der Zahnmedizin wird weiblicher

Das Institut Deutscher Zahnärzte (IDZ) hat in einer Prognose vorausgesagt, dass im Jahr 2017 die Hälfte aller Zahnärzte in Deutschland weiblich sein wird. Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Entwicklung deutlich voraus, denn im Land praktizieren bereits heute 60 Prozent weibliche Zahnärzte. Die Herausforderungen dieser berufspolitischen Entwicklungen sollen und müssen von den Berufsvertretungen aktiv begleitet werden. Die Bundeszahnärztekammer reagierte kürzlich in ihrem Memorandum „Zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Rahmen der zahnärztlichen Berufsausübung“ auf diese Tatsachen mit entsprechenden Empfehlungen.

Die Feminisierung der Zahnmedizin darf jedoch nicht nur unter quantitativen Aspekten betrachtet werden, auch qualitative Besonderheiten der Berufsausübung von Zahnärztinnen müssen einfließen. So kommt es bei Frauen naturbedingt

zu Unterbrechungen der Erwerbskarrieren durch Schwangerschaften und Kindererziehungszeiten. Der Wunsch nach flexiblen, familien-gerechten Arbeitsbedingungen und einer insgesamt lebensphasenge-rechten Berufsausübung tritt stärker in den Vordergrund.

Aber auch durch den allgemeinen Generationenwandel entstehen geschlechterübergreifend neue Erwartungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Zahnärztinnen, aber auch Zahnärzte suchen nach Wegen, die Balance (work life balance) zwischen den verschiedenen Lebensbereichen – Familie und Beruf – zu finden und somit auch eine zufriedenstellende Lebensqualität in der Berufsausübung zu erzielen.

Um die derzeitige Situation, aber auch mögliche Problemlagen des beruflichen und persönlichen Umfeldes der Zahnärztinnen in Mecklenburg-Vorpommern zu erfassen

und zu analysieren, wird dazu aktuell eine Befragung durchgeführt. Damit wird auch die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der berufspolitischen Schwerpunktsetzung der Bundeszahnärztekammer aktiv und will ihren Beitrag leisten.

Ähnliche Umfragen der Bayerischen und der Hamburger Zahnärztekammer zeigen, dass die zahnärztliche Berufsausübung ganz überwiegend in selbstständiger Praxisniederlassung erfolgt und dass die Zahnärztinnen konkrete Erwartungen und Wünsche hegen, um auf Unterstützungsangebote für eine familienfreundliche Niederlassung zurückgreifen zu können. Von einem Vergleich der Befragungen der Länderkammern erhoffen wir uns weitere interessante Erkenntnisse. Bitte beteiligen Sie sich an unserer Umfrage. Über die Ergebnisse werden wir zeitnah berichten.

Dr. Angela Löw, ZÄK

## Diagnose aus dem Schaukelstuhl

### Vorsicht bei [www.vorsicht-operation.de](http://www.vorsicht-operation.de)

Dass zahnmedizinische Leistungen im Internet ersteigert werden können ist schon eine Weile bekannt. Die Nachfrage ist nicht riesig, auch wenn hier auf den ersten Blick hohe Geldeinsparungen winken. Den allermeisten Patienten ist klar, dass der Mann vom Fach vertrauensvoll drauf gucken muss, um sagen zu können, was eine gute Versorgung wäre und was nicht.

Klar ist aber auch, dass im deutschen Gesundheitswesen gespart werden muss. Und dazu sind alle aufgerufen. Einspartipps sind deshalb ausdrücklich erbeten. Einen mehr als fragwürdigen stellt die Webseite [www.vorsicht-operation.de](http://www.vorsicht-operation.de) dar. Diese bietet Patienten eine Zweitmeinung bei bevorstehenden Operationen an. Das Ziel soll dabei sein, unnötige Operationen zu vermeiden oder deren Kosten zu minimieren. Die PR-Abteilung des Portals arbei-

tet in jedem Fall gut und schnell. Funk und Fernsehen haben aufwändige Beiträge gesendet und damit einem großen Patientenkreis dieses unmoralische Angebot unterbreitet. Denn die Online-Zweitmeinung soll letztlich 500 Euro kosten. Seriös klingt anders. Neben ungeklärten Haftungsfragen lässt die Gebührenordnung für Ärzte Leistungen ohne Patientenkontakt in der Höhe gar nicht zu. Vorausschauend hat das Portal deshalb seinen Firmensitz in der Schweiz gewählt.

Bleibt zu hoffen, dass einem Patienten, der an einer Behandlungsform oder anstehenden Operation zweifelt, nicht ausgerechnet ein Online-Rat und eine Diagnose aus dem Schaukelstuhl Sicherheit bringt. Allein aus Unterlagen, noch dazu in elektronischer Form, kann kein Arzt und kein Zahnarzt patientengerecht arbeiten. **KZV**

## Informationen mit Zertifikat

### proDente.de auf Qualität geprüft

Die Webseite von proDente ist von zwei unabhängigen Institutionen geprüft und für gut befunden worden.

Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) und das Institut für Qualität und Transparenz von Gesundheitsinformationen (IQTG) haben das Angebot der Initiative proDente zertifiziert. Damit agiert die Initiative für Patienten, die im Internet nach medizinischem Rat suchen, als wichtiger Navigator.

Nicht alle Seiten im Netz bieten kompetente und vertrauenswürdige Hilfe an. Umso wichtiger ist es, sich auf geprüfte und von Experten betriebene Seiten zu verlassen.

KZV

# Änderung der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Die Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 15. Juli 2009 (Mitteilungsblatt dens 10/2009, S. 15 - 19) wird nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung am 2. Juli 2011 wie folgt geändert:

**1. § 7 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt formuliert:**

„Die Anerkennung der Weiterbildung kann vom Weiterbildungsassistenten frühestens einen Monat vor und spätestens binnen eines Jahres nach Abschluss der praktischen Weiterbildung bei der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beantragt werden.“

**2. An § 7 Abs. 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:**

„Die Weiterbildung kann auch Zahnärzten anerkannt werden, die nicht

mehr Mitglied der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern sind, sofern sie zum Zeitpunkt der Stellung des Antrages auf Anerkennung der Weiterbildung Mitglied der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern waren.“

**3. An § 12 wird folgende Ziff. 3 angefügt:**

„3. Öffentliches Gesundheitswesen“

**4. An § 24 wird folgender Absatz 3 angefügt:**

„(3) Die Anerkennung für das Gebiet ‚Öffentliches Gesundheitswesen‘ wird aufgrund des Zeugnisses über das Bestehen der Prüfung an einer Akademie für öffentliches Gesundheitswesen durch die Zahnärztekammer erteilt. Inhalt und Dauer der Weiterbildung richten sich nach den jeweils gültigen staatlichen Zulassungs- und

Prüfungsordnungen. Wer die Anerkennung für das Gebiet ‚Öffentliches Gesundheitswesen‘ erhalten hat, führt die Bezeichnung ‚Fachzahnärztin/ Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen‘.“

Schwerin, den 2. Juli 2011  
Dr. Dietmar Oesterreich  
Präsident

*Die Änderung der Weiterbildungsordnung wurde am 10. August 2011 durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern genehmigt.*

*Die gesamte Textfassung der geänderten Weiterbildungsordnung ist auf der Homepage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im internen Bereich einsehbar unter [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de).*

## Berufsanerkennungsrichtlinie – Balance zwischen Mobilität und Qualität sichern

### Bundeszahnärztekammer sondiert anlässlich des 6. Europatages in Brüssel

Anlässlich ihres Europatages attestiert die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) der Berufsanerkennungsrichtlinie ihre hohe Bedeutung für einen gemeinsamen europäischen Binnenmarkt. Gleichwohl begrüßt der BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel die Pläne der Europäischen Kommission, die Anerkennungsverfahren weiter zu vereinfachen.

„Die Berufsanerkennungsrichtlinie ist ein wesentlicher Baustein für Europa. Wahre Mobilität setzt rasche und reibungslose Anerkennungsverfahren voraus. Dennoch muss die Balance zwischen Freizügigkeit, Verwaltungsvereinfachung und Qualitätssicherung gefunden werden. Gerade im Gesundheitsbereich haben die Patienten ein berechtigtes Interesse, dass ein hohes Qualifikationsniveau der Behandler sichergestellt ist“, so Engel. Wie kaum ein anderes europäisches Gesetzgebungsverfahren berühre diese Richtlinie die europäische Zahnärzteschaft ganz unmittelbar.

Der 6. Europatag der Bundeszahnärztekammer fand erstmals in Brüssel statt. In der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union diskutierten am 7. September 2011 etwa 100 Teilnehmer aus Europäischem Parlament, Europäischer Kommission, den Vertretungen der Bundesländer in Brüssel sowie zahlreiche Repräsentanten verschiedener Freier Berufe und aus dem Gesundheitssektor über die bevorstehende Revision der Berufsanerkennungsrichtlinie. Inhaltlicher Schwerpunkt war die Vereinfachung der Anerkennungsverfahren. Einig waren sich die Teilnehmer, dass die Einführung freiwilliger Europäischer Berufsausweise unter Einbeziehung des Binnenmarktinformationssystems IMI dabei praktische Vorteile bringen könnte. Ein Ausweis müsste dabei nicht notwendigerweise das Format einer Plastikkarte haben, sondern könnte auch in Form eines elektronischen Zertifikats erfolgen.

**Hintergrund:**

Die Berufsanerkennungsrichtlinie stellt den Rahmen für die gegenseitige Anerkennung von Berufsabschlüssen innerhalb der Europäischen Union. Für die sogenannten „sektoralen“ Berufsgruppen (Apotheker, Architekten, Ärzte, Hebammen, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Tierärzte und Zahnärzte) erfolgt eine automatische Anerkennung auf Grundlage gemeinsamer europäischer Ausbildungsinhalte. Zwischen 2007 und 2010 erhielten so rund 26 000 Ärzte und 6600 Zahnärzte in der EU die Anerkennung ihrer Abschlüsse. Die Richtlinie steht nun vor einer Revision. Bereits im vergangenen Jahr hat die Europäische Kommission mit einem umfangreichen Evaluierungs- und Konsultationsverfahren begonnen. Der Gesetzgebungsvorschlag der Europäischen Kommission wird für Ende 2011 erwartet.

BZÄK



# Fortbildung im Oktober, November, Dezember 2011

**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 €

**14./15. Oktober**  
 Curriculum Prothetik Modul 1  
 Diagnostik- und PA-Screening, Funk-  
 tions- und PA-Screening, Bildgebung,  
 präprothetische FCB-Handlung, Planung,  
 Forensik (inkl. Praktische Übungen)  
 Prof. Dr. Reinhold Ottl  
 Prof. Dr. Peter Ottl  
 14. Oktober 14 – 18 Uhr,  
 15. Oktober 8 – 12 Uhr  
 Zentrum für ZMK  
 W.-Rathenau-Straße 42a  
 17487 Greifswald  
 Seminar Nr. 1  
 Gebühr für das gesamte Curriculum (Mo-  
 dul 1 bis Modul 10): 4700 €

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

**2. November** *7 Punkte*  
 Physiologische Zentrik –  
 wohin gehört der Unterkiefer?  
 Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer  
 14 – 19.30 Uhr  
 Zahnärztekammer M-V  
 Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin  
 Seminar Nr. 16  
 Seminargebühr: 220 €

**2. November** *7 Punkte*  
 Der unkooperative Patient:  
 Sedierung? Lachgas? Narkose?  
 Prof. Dr. Christian Splieth,  
 Prof. Dr. Dr. Wolfram Kaduk,  
 Prof. Dr. Olaf Bernhard  
 14 – 19 Uhr  
 Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42a,  
 17487 Greifswald  
 Seminar Nr. 17  
 Seminargebühr: 175 €

**4. November** *7 Punkte*  
 Wie kann der Kieferorthopäde die Arbeit  
 des Zahnarztes sinnvoll unterstützen?  
 Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon,  
 Juliane Neubert  
 14 – 19 Uhr  
 Klinik und Polikliniken für ZMK  
 „Hans Moral“, Stempelstraße 13  
 18057 Rostock  
 Seminar Nr. 18  
 Seminargebühr: 180 €

**9. November** *4 Punkte*  
 Erkrankungen der Mundschleimhaut –  
 Diagnostik und Therapie  
 Dr. Dr. Carsten Dittes, Jaroslaw Korzan  
 17 – 20 Uhr  
 Kongresszentrum Bethesda-Klinik, Haus G  
 Salvador-Allende-Straße 30  
 17033 Neubrandenburg  
 Seminar Nr. 22  
 Seminargebühr: 75 €

**18. November** *7 Punkte*  
 Parodontitis – Infektionen oder Fehlent-  
 wicklung des oralen Immunsystems und  
 welche therapeutischen Konsequenzen  
 ergeben sich daraus in der Praxis  
 Dr. Ronald Möbius, MSc Parodontologie  
 14 – 19 Uhr  
 Zahnärztekammer M-V  
 Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin  
 Seminar Nr. 25  
 Seminargebühr: 125 €

**19. November** *9 Punkte*  
 Operationstechniken in der Parodontologie  
 Holger Thun, Dr. Alexander Kuhr  
 9 – 17 Uhr  
 Zahnarztpraxis Thun  
 Steinstraße 11, 19053 Schwerin  
 Seminar Nr. 26  
 Seminargebühr: 350 €

**23. November** *6 Punkte*  
 Risikomanagement in der zahnärztlichen  
 Praxis

Dr. Christian Lucas,  
 Dr. Stefan Pietschmann  
 14 – 19 Uhr  
 Zentrum für ZMK  
 W.-Rathenau-Straße 42a  
 17487 Greifswald  
 Seminar Nr. 27  
 Seminargebühr: 155 €

**25. November** *8 Punkte*  
 Risikobehaftete Milchgebissentwicklung  
 Prof. Dr. Rosemarie Grabowski  
 13 – 19 Uhr  
 Klinik und Polikliniken für ZMK  
 „Hans Moral“, Stempelstraße 13  
 18057 Rostock  
 Seminar Nr. 28  
 Seminargebühr: 185 €

**26. November** *8 Punkte*  
 Professionelle Dental fotografie –  
 Basiswissen Dental fotografie und Praxis  
 der Patienten fotografie  
 Eberhard Scherpf  
 9 – 18 Uhr  
 Radisson Blu Hotel  
 Treptower Straße 1  
 17033 Neubrandenburg  
 Seminar Nr. 29  
 Seminargebühr: 500 €

**26. November**  
 Dental Treatment Made Easy for Patients  
 Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sabine Nemeck  
 9 – 16 Uhr  
 TriHotel am Schweizer Wald  
 Tessiner Straße 103  
 18055 Rostock  
 Seminar Nr. 43  
 Seminargebühr: 270 €

**30. November** *9 Punkte*  
 Aktualisierungskurs Fachkunde im Strah-  
 lenschutz  
 Prof. Dr. Uwe Rother,  
 Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek  
 14.30 – 20.30 Uhr  
 Hotel am Ring  
 Große Krauthöfer Straße 1  
 17033 Neubrandenburg  
 Seminar Nr. 30  
 Seminargebühr: 90 €

**7. Dezember** *6 Punkte*  
 Okklusionsschienen zur Prävention und  
 Therapie von kranio-mandibulären Dys-  
 funktionen; Theoretische Grundlagen,  
 klinisches und labortechnisches Vorgehen  
 Prof. Dr. Peter Ottl  
 15 – 20 Uhr  
 Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans  
 Moral“, Stempelstraße 13  
 18057 Rostock

Seminar Nr. 31  
Seminargebühr: 110 €

### 10. Dezember

7 Punkte

Update zur Versorgung der Einzelzahnücke  
Dr. Torsten Mundt  
9 – 15 Uhr  
Intercity Hotel, Grunthalplatz 5-7  
19053 Schwerin  
Seminar Nr. 32  
Seminargebühr: 175 €

ZÄK

### Fortbildungsveranstaltung der Wissenschaftlichen Gesellschaft

Die Behandlung von Patienten mit allgemeinmedizinischen Komorbiditäten in der zahnärztlichen Praxis ist das Thema einer Fortbildungsveranstaltung der Wissenschaftlichen Gesellschaft. Referenten sind Prof. Dr. med. Hüseyin Ince, Abteilung Kardiologie (Behandlung von kardiovaskulären Risikopatienten); Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich, MKG Rostock

(Patienten mit Antikoagulantien); OA Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz, MKG Rostock (Bisphosphonatpatienten).

Termin ist am 26. Oktober von 15 bis 18 Uhr im Großen Hörsaal der Zahnklinik, Strempelstraße 13 in 18057 Rostock.

Anmeldung und Auskunft: Sekretariat MKG-Chirurgie, 0381-4 94 6552.

## AS-Akademie – Nachwuchs für die Selbstverwaltung

### Neuer Fortbildungsgang: Anmeldung jetzt möglich

Anfang 2012 startet der neue, inzwischen siebte Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement. Interessenten können sich jetzt anmelden.

Seit elf Jahren führen die zahnärztlichen Körperschaften mit großem Erfolg ein besonderes berufs begleitendes Fortbildungsangebot für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte durch, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know-how dafür zulegen wollen. Derzeit vierzehn zahnärztliche Körperschaften unter der Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV tragen die Fortbildungsplattform, mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf.

#### Rüstzeug auch für die Praxis

Mit der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer zudem auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management ihrer Praxis. Zum Themenspektrum der Akademie gehören unter anderem Recht und Ökonomie des Gesundheitswesens und der Zahnarztpraxis, Gesundheitssystemforschung, Rhetorik, Öffentlichkeitsarbeit, Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern und Besuche bei Institutionen in Berlin und Brüssel runden ein vielseitiges interdisziplinäres Studienprogramm ab.

Den sechsten Studiengang der Akademie werden Ende dieses Jahres 20 Kolleginnen und Kollegen erfolgreich mit dem Zertifikat „Manager in

Health Care Systems“ abschließen.

Im Februar 2012 beginnt dann der neue Studiengang der AS-Akademie. Dieser siebte postgraduale Fortbildungsgang erstreckt sich über zwei Jahre bis Ende 2014. Die Veranstaltungen finden an insgesamt zehn Wochenenden (jeweils von Donnerstagnachmittag bis Samstagnachmittag) in Form von Seminarblöcken statt. Eine Anmeldung ist noch bis zum Jahresende möglich.

#### Auch akademischer Abschluss ist möglich

Die Studienvermittlung erfolgt unter Leitung von Prof. Dr. B. Tiemann durch hochkarätige Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Für das zweijährige Curriculum wird eine Gebühr in Höhe von 3900 Euro erhoben.

Die Teilnahme wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet.

Der Erwerb eines akademischen Abschlusses ist unter teilweiser Anrechnung der AS-Fortbildung im Rahmen des postgradualen Master-Programms „Health Management“ der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft Bremen möglich. Anmeldung und weitere Informationen über:

[www.zahnaerzte-akademie-as.de](http://www.zahnaerzte-akademie-as.de)  
Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement  
Chausseestraße 13, 10115 Berlin  
Birgit Koch  
Tel. 030 – 4000 5 112  
Fax. 030 – 4000 5 129  
[b.koch@bzaek.de](mailto:b.koch@bzaek.de)

AS

# Eintrag in das Bonusheft

## Nachweis regelmäßiger Zahngesundheitsuntersuchungen

Das Jahr neigt sich langsam dem Ende zu und in der Zahnarztpraxis wird besonders im letzten Quartal des Jahres das Bonusheft vom Patienten in wachsendem Maße zum Eintrag vorgelegt. Ein guter Grund für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, noch einmal die gesetzeskonforme Bonusregelung zu erläutern:

Das Bonusheft dient dem GKV-Versicherten zum Nachweis seiner regelmäßigen Zahngesundheitsuntersuchungen.

Nach § 55 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf einen Festzuschuss bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.

Bei eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert, wenn fünf Jahre eine ununterbrochene jährliche zahnärztliche Untersuchung nachgewiesen werden kann.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn die Zähne regelmäßig gepflegt worden sind und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung eine ununterbrochene zahnärztliche Untersuchung nachgewiesen wird.

### Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 SGB V:

Im Zeitraum vom sechsten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können sich Versicherte zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal im Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen. Zum Nachweis wird die Erhebung des Mundhygienestatus (IP1-Mundhygienestatus) halbjährlich in das Bonusheft eingetragen.

### Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 SGB V:

Im Zeitraum nach Vollendung des 18. Lebensjahres muss eine zahnärztliche Untersuchung wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr durch den Eintrag in das Bonusheft nachgewiesen werden.

Entscheidend ist nicht die Durchführung der Behandlungsmaßnahmen, sondern die jeweilige zahnärztliche Untersuchung.

Die Ausgabe des Bonusheftes wird in der Patientendokumentation vermerkt. Ein Verbleib des Bonusheftes in der Patientenakte ist nicht zulässig!

Zur Frage, ob der Bonuseintrag an eine eingehende Untersuchung nach BEMA-Nr. 01 gebunden ist oder ob auch eine normale Untersuchung nach BEMA-Nr. Ä1 zum Bonuseintrag berechtigt, vertritt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die

Auffassung, dass die Bonuseintragung nicht an eine eingehende Untersuchung nach BEMA-Nr. 01 gebunden ist, sondern auch eine normale Untersuchung nach BEMA-Nr. Ä1 in Betracht kommt, und zwar dann, wenn eine Untersuchung nach den Abrechnungsbestimmungen nicht nach BEMA-Nr. 01, sondern nur nach BEMA-Nr. Ä1 abgerechnet werden kann.

Notfallbehandlungen, bei denen sich die Untersuchung nur auf den akuten Schmerzzustand bzw. einzelne Zähne begrenzt, berechtigen nicht zur Eintragung in das Bonusheft.

Die Bonusregelung ist seit dem Jahr 1989 Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Nachweis der regelmäßigen Untersuchungen gilt für die Jahre 1989 bis 1991 für Ostversicherte als in Anspruch genommen und für Westversicherte gelten die Jahre 1989 und 1990 als in Anspruch genommen.

Im Zusammenhang mit den o. g. Erläuterungen zur gesetzlichen Bonusregelung wird auf einen Rechtsbeitrag in dens 7-8/2009 vom 17. Juli 2009 von Assessorin Claudia Mundt unter dem Titel: „Das Bonusheft – was ist zu beachten? – Keine nachträglichen Stempel, wenn der Patient gar nicht in der Praxis war“ verwiesen.

Elke Köhn

# Erkennungsmerkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)

## Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Die Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card - EHIC) dient als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt in nachfolgend aufgelisteten Staaten. Der Klammerzusatz enthält das jeweilige Länderkürzel:

Belgien (BE), Italien (IT), Portugal (PT), Bulgarien (BG), Lettland (LV), Rumänien (RO), Dänemark (DK), Liechtenstein (LI), Schwe-

den (SE), Estland (EE), Litauen (LT), Schweiz (CH), Finnland (FI), Luxemburg (LU), Slowakei (SK), Frankreich (FR), Malta (MT), Slowenien (SI), Griechenland (GR), Niederlande (NL), Spanien (ES), Großbritannien (UK), Norwegen (NO), Tschech. Republik (CZ), Irland (IE), Österreich (AT), Ungarn (HU), Island (IS), Polen (PL) und Zypern (CY).

Diese Staaten verwenden ein gemeinsames, nachfolgend abgebildetes

Muster der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC).

Das Muster ist mit einem EU-Emblem (Kranz mit 12 Sternen) versehen und enthält in der Mitte das jeweilige Länderkürzel. Die vorgegebene Anordnung der Textfelder ist ebenfalls identisch. Auf der EHIC-Karte sind folgende Angaben enthalten, die mit den Feldern auf dem Muster 80 übereinstimmen:

**Feld 3:** Familienname des Kartenin-



habers/Versicherten

**Feld 4:** Vorname des Karteninhabers/  
Versicherten

**Feld 5:** Geburtsdatum des Kartenin-  
habers/Versicherten

**Feld 6:** Persönliche Kennnummer des  
Karteninhabers/Versicherten

**Feld 7:** Kennnummer des Trägers/  
Krankenkasse

**Feld 8:** Kennnummer der Karte

**Feld 9:** Gültigkeitsdauer der Karte

Die EHIC wird in der Regel in der jeweiligen Amtssprache ausgestellt und ist nicht mit dem Kartenlesegerät lesbar. Das Kartenmaterial besteht aus Plastik. Weitere Informationen, insbesondere über die in den einzelnen Mitgliedsstaaten verwendeten EHIC, finden sich unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=de>

**Ergänzende Hinweise:**

1. Auf den von schweizerischen Krankenversicherungsträgern ausgestellten Karten fehlt das „EU-Emblem“. Diese Karten sind gültig und berechtigen zur Leistungsaushilfe.
2. Keine Berechtigung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen besteht bei Vorlage folgender Karten:
  - einzeln von österreichischen Krankenversicherungsträgern ausgestellte Karten enthalten nur die Kennnummer der Karte (Feld 8). Die übrigen Felder sind mit Sternchen gefüllt.
  - vom tschechischen VZP-Krankenversicherungsträger ausgestellte Karten, die folgende Merkmale aufweisen:
    - die Karte ist grün,
    - anstelle der Bezeichnung „European Health Insurance Card“ ist der Eindruck VZP enthalten,
    - das EU-Emblem und das Länderkürzel (CZ) fehlen.

- so genannte KVKEOE-Karten, die für Beamte und sonstige Be-  
dienstete der Europäischen Ge-  
meinschaften ausgestellt werden,  
bestehen aus Karton und enthalten

nur Name und Geburtsdatum des  
Versicherten.

Weitere Informationen hierzu unter:  
[http://ec.europa.eu/pmo/info.sickinsurance\\_de.htm](http://ec.europa.eu/pmo/info.sickinsurance_de.htm)



Die Vorderseite der Europäischen Krankenversicherungskarte



Die Rückseite der Europäischen Krankenversicherungskarte

## McZahn-Gründer verurteilt

In die Geschichte sollte McZahn eingehen. Flächendeckend wollte man in Deutschland „Zahnersatz zum Nulltarif“, kostengünstig in China gefertigt, anbieten. Dr. Oliver Desch, Mitgründer der inzwischen insolventen Krefelder Gesellschaft McZahn ist nunmehr wegen Betrugs, Urkundenfälschung und Untreue zu einer Haftstrafe von 18 Monaten auf Bewährung und 500 Arbeitsstunden verurteilt worden. Ein mildes

Urteil. Vor fünf Jahren hatte Desch gemeinsam mit drei weiteren Vorstandsmitgliedern die McZahn-AG gegründet. Er fungierte vorrangig als medizinischer Leiter. Desch soll 600 000 Euro des Firmenvermögens veruntreut haben. Die Begründung der Staatsanwaltschaft: „Auf Kosten der Aktionäre tilgte er 109 000 Euro an alten Verbindlichkeiten, bezahlte seine Hochzeitsfeier und schenkte seinem Vater zum Geburtstag einen

Mercedes-Geländewagen.“ Zudem hat Desch die KZV Nordrhein mittels gefälschter Zertifikate eines Zahn-  
technikern bei der Abrechnung um insgesamt 256 000 Euro betrogen. Das Urteil wäre härter ausgefallen, wenn Desch nicht alle Praxiseinnahmen komplett an McZahn abgegeben hätte und vor dem Gericht seine Schuld nicht eingestanden hätte. Es wurde außerdem berücksichtigt, dass er seine Approbation verlieren wird. **KZV**

# Fortbildungsangebote der KZV

## PC-Schulungen

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

## 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

## PowerPoint 2007

**Inhalt:** die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen; Arbeiten mit PowerPoint unter verschiedenen Ansichten; freies Erstellen einer Präsentation; Verwendung des Folienmasters; Einfügen verschiedener Elemente; Aktionseinstellungen  
**Wann:** 2. November, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Einrichtung einer Praxishomepage

**Inhalt:** Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten  
**Wann:** 9. November, 16 – 19 Uhr, Schwerin

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

## „Führung und Kommunikation in Zahnarztpraxen“

Praxisführung und -organisation – für einen erfolgreichen Praxisalltag  
**Referentin:** Ute C. Amting; Kock & Voeste Existenzsicherung für Heilberufe GmbH, Berlin  
**Inhalt:** Die häufigsten Konfliktbereiche: Praxisabläufe und Arbeitsfelder sind nicht eindeutig strukturiert: keiner kennt seine Zuständigkeiten, jeder macht alles und dabei vieles doppelt; es mangelt an offenen Aussprachen und Transparenz, der Teamgeist ist gestört; die Stimmung im Team ist öfter gereizt, weil es keine klaren Kompetenzen gibt; es bilden sich ungewollte Hierarchien, die das Klima zusätzlich belasten; die Qualität der Ar-

beit leidet unter den Führungsdefiziten. Führen, Managen und Kommunizieren: Einstieg in die Problematik und Situationsanalyse; Grundlagen des Führens und der Kommunikation; Ziele und Führung; das Mitarbeitergespräch; das Teamgespräch  
**Gebühr:** keine  
**Punkte:** 4  
**Wann:** 26. Oktober 2011, 15 – 19 Uhr, nh Hotel Schwerin

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin; Ansprechpartnerin: Antje Peters; E-Mail: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de); Telefon: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498



### Ich melde mich an zum Seminar:

- Textverarbeitung mit Word 2007 am 12. Oktober, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Führung und Kommunikation in Zahnarztpraxen am 26. Oktober, 15 bis 19 Uhr, Schwerin
- PowerPoint 2007 am 2. November, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 9. November, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

# Service der KZV

## Nachfolger gesucht

Gesucht werden ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Güstrow** und im ersten Halbjahr 2012 ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Schwerin**.

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](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de)).

## Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt und können bei Bedarf angefordert werden: Vorbereitungsassistenten/Zahnärzte suchen Anstellung, Praxis sucht Vorbereitungsassistenten/Entlassungsassistenten/angestellter Zahnarzt, Praxisabgabe, Praxisübernahme, Übernahme von Praxisvertretung

## Sitzungstermine Zulassungsausschuss

Die nächsten Sitzungen des Zulas-

sungsausschusses für Zahnärzte finden am **30. November** (*Annahmestopp von Anträgen: 9. November 2011*) und am **25. Januar 2012** (*Annahmestopp von Anträgen: 4. Januar 2012*) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin einzureichen sind.

Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt.

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

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

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Ruhen der Zulassung
- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarzt-

sitzes (auch innerhalb des Ortes)

- Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)
- Verzicht auf die Zulassung

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

#### Ende der Niederlassung

Dipl.-Med. Jenő Fodi, niedergelassen als Zahnarzt seit dem 1. August 1991 in 17036 Neubrandenburg, Robert-Koch-Str. 17, beendete am 31. August 2011 seine vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Beatrix Bleschke, niedergelassen als Zahnärztin seit dem 11. Februar 1991 in 17034 Neubrandenburg, Greifstraße 76, beendete am 30. September ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

#### Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Anstellung von Dr. med. dent. Ibrahim Jouni in der Praxis der BAG Dr. med. dent. Ralf Bünger/ Dr. med. dent. Skadi Opitz in 19053 Schwerin, Goethestraße 87, endete am 30. Juni.

Die Anstellung von Marion Schmidt in der Praxis Dr. med. dent. Lutz Knüpfer in 17139 Malchin, Scheunenstraße 10, endete am 30. Juni.

Dr. med. dent. Sabine Heß, niedergelassen in 17440 Hohendorf, Wolgaster Weg 10, beschäftigt ab 10. Oktober Martin Ebert als ganztags angestellten Zahnarzt.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Kobrow/Schult/Löwenstein/Dr. Voß beschäftigt ab 1. Oktober am Vertragszahnarztsitz 19061 Schwerin, Dreescher Markt 4, Faig Hasanov als ganztags angestellten Zahnarzt.

Dr. med. Susanne Kaiser, niedergelassen in 18146 Rostock, Kiewittweg 1, beschäftigt ab 1. Oktober Dr. med. Bettina Paulus als halbtags angestellte Zahnärztin.

#### Ruhen der Zulassung

Die Zulassung von Dr. med. Jörg-Dietrich Heyduck, zugelassen für den Vertragszahnarztsitz 17454 Zinnowitz, Neue Strandstraße 41, ruht bis zum 30. April 2012.

KZV

## Mit „Farbe“ im DGZMK-Fotowettbewerb zum Erfolg

Einsendeschluss 15. Oktober / Preisverleihung auf dem Deutschen Zahnärztetag

Nach den großen Erfolgen in den Vorjahren lobt die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) auch in diesem Jahr einen Fotowettbewerb zum Deutschen Zahnärztetag aus. Das Thema der Arbeiten sollte sich mit dem Thema Farbe beschäftigen. Wie auch in den Vorjahren kann sich die Teilnahme lohnen, denn es werden wieder wertvolle Sachpreise vergeben. Allerdings sollten Interessenten nicht mehr lange zögern, denn Einsendeschluss ist der 15. Oktober 2011.

Mit dem Thema „Farbe“ beschäftigt sich der Mensch naturgemäß ein Leben lang. Mal erlebt man sein blaues Wunder, dann ärgert man sich schwarz oder sieht alles durch eine rosarote Brille. Farben können Stimmungen beeinflussen, also genauso anregen wie auch beruhigen. Farben können Signale setzen, aber auch unser eigenes Äußeres verschönern,

etwa bei Kleiderwahl oder Kosmetik. Auch der Zahnarzt muss sich im Beruf mit Farben beschäftigen, etwa die richtige Farbe für Restaurationen auszuwählen.

Teilnehmen kann am Fotowettbewerb jeder. Es sollten ein bis drei Motive eingereicht werden. Die Bil-

der sollten im Format 30 x 40 ausgedruckt sein und zusätzlich auf einer Bilddatei von ca. 1024 x 768 Pixeln. Ausdruck und Datei sollten an das Büro der DGZMK, Liesegangstraße 17a, in 40211 Düsseldorf gesendet werden.

DGZMK





# Diagnostik und Therapie der Periimplantitis

Die Versorgung mit enossalen Implantaten gehört inzwischen zum Therapiespektrum vieler praktisch tätiger Zahnärzte. Aber auch im Bewusstsein der meisten Patienten hat sich diese noch relativ junge Therapievariante schon gut etabliert. Analysiert man die wissenschaftlichen Studien der letzten Jahre, dann fällt auf, dass die Methodik der Insertion enossaler Implantate inzwischen auch durch zahlreiche klinische u. a. auch Langzeitstudien abgesichert ist.

Die konventionelle prothetische Therapie des teilbezahnten und zahnlosen Kiefers ist zweifelsohne noch die Standardversorgung in der Zahnarztpraxis. Aber wir haben es zunehmend auch mit Patienten zu tun, die eine festsitzende Versorgung durchaus gezielt nachfragen. Man sollte diese aus rechtlichen Gründen einer umfassenden Aufklärung des Patienten, aber auch als moderne Behandlungsoption unbedingt erwähnen.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang auch eine Bewertung des individuellen Risikos speziell hinsichtlich der Implantatstandfestigkeit notwendig. Eine periimplantäre Entzündung und Infektion der umgebenden Strukturen kann den Erfolg der enossalen Implantation limitieren (Abb. 1).

Die bakterielle Infektion, bedingt durch die teilweise schwer entfernbaren Biofilme, wird inzwischen als Hauptgefahr für den langzeitlichen Implantaterfolg beschrieben. Gelingt es nicht, die periimplantäre Infektion frühzeitig zu stoppen, dann kann es bei schwerer und fortschreitender Destruktion der periimplantären Weichgewebe und des umgebenden Alveolarknochens zu Implantatlockerung und zum Verlust kommen.

Vergleicht man die entzündlichen Prozesse des periimplantären Gewebes mit den Veränderungen, die bei der Gingivitis am natürlichen Zahn auftreten, dann sind gewisse Parallelen zu beobachten. Man spricht allerdings bei der Infektion des periimplantären Weichgewebes von einer Mukositis. Im Bereich der natürlichen Gingiva erfolgt u. a. über Hemidesmosomen eine feste und stabile Verankerung des Saamepithels an der Zahnoberfläche. So wird die entscheidende Barriere gegenüber der Invasivität parodontopathogener

Bakterien gesichert. Die mukosale Anlagerung, die am Implantat erfolgt, besitzt hingegen nicht diese hohe Stabilität und liegt auch nicht in dieser anatomischen Perfektion vor. Ob dieser Bereich des periimplantären Sulkus<sup>1</sup> aufgrund anatomischer und physiologischer Einschränkungen möglicherweise eine Ursache der erhöhten Infektionsanfälligkeit darstellt, ist aber bisher noch nicht ausreichend geklärt.

Als gesichert gilt allerdings, dass speziell direkte Zugbelastungen durch Bändchenzüge im Randbereich der Mukosa eine unmittelbar negative Wirkung auf die periimplantäre Abdichtung haben können. Zu nennen sind hier vor allem Wangen-, Zungen- oder Lippenbändchen, die direkt in die weichgewebliche Randzone des Implantates einstrahlen können und eine Abzugskraft für das epiteliale Gewebe darstellen.

Wird klinisch anhand der klassischen Befunde von Rötung und Blutung eine dauerhafte Entzündung der umgebenden Mukosa diagnostiziert und liegt zusätzlich eine erhöhte periimplantäre Sondierungstiefe von  $>3,5$  mm vor, dann kann man vermuten, dass sich möglicherweise bereits eine Periimplantitis entwickelt hat. Die klinische Sicherung der Diagnose Periimplantitis erfolgt dann durch das Röntgenbild, d. h., sind ein periimplantärer Knochenabbau bzw. destruktive Prozesse im marginalen Randbereich nachweisbar, dann kann die Diagnose Periimplantitis als sicher gelten (Abb. 2). In schweren Fällen, speziell bei einem Versagen der therapeutischen Maßnahmen, droht dann neben einer fortschreitenden Lockerung schlimmstenfalls auch der Verlust des Implantates.

## Entzündliche Veränderungen der periimplantären Gewebe

Es vergeht in der Regel nur eine sehr kurze Zeit nach der Insertion der enossalen Implantate, bis sich die in der Mundhöhle befindliche mikrobielle Flora auch im Bereich des periimplantären Sulkus<sup>1</sup> etabliert hat. Man muss deshalb davon ausgehen, dass Patienten, die eine verstärkte Plaqueakkumulation aufweisen und speziell Symptome einer Gingivitis im Bereich der natürlichen marginalen Gingivabereiche zeigen, möglicherweise auch schneller eine

Mukositis entwickeln. Allerdings ist die Mukositis analog zur Gingivitis durch das Einsetzen von entsprechenden Prophylaxemaßnahmen noch reversibel.

Koka et al. zeigten schon 1993, dass vier Wochen nach einer enossalen Implantation bei Patienten, bei denen *F. nucleatum* (F.n), *P. gingivalis* (P.g.) und *T. forsythia* (T.f.) im Bereich der natürlichen Restzähne nachweisbar waren, diese pathogenen Spezies auch im periimplantären Sulkus bestimmt werden konnten. Man muss deshalb als praktisch tätiger Zahnarzt damit rechnen, dass von einem parodontal nicht ausreichend saniertem und prophylaktisch versorgtem Restgebiss eine Gefahr für die Stabilität des periimplantären Gewebes ausgeht.

Bei gesunden Verhältnissen der lokalen Abwehrsituation und immer wieder rechtzeitig einsetzenden prophylaktischen Maßnahmen bleibt eine Gingivitis relativ lange auf das Weichgewebe begrenzt. Die Mukositis des periimplantären Gewebes kann dagegen sehr rasch in eine Periimplantitis übergehen, die dann auch den Implantat tragenden Knochen erfasst. Der in diesen Fällen nachweisbare histologische Befund weist auf die geringere Widerstandskraft der periimplantären Mukosa hin. In dieser sind beispielsweise deutlich weniger Fibroblasten und Gefäße nachweisbar.

Eine aktuelle Untersuchung zeigt, dass bei 218 Patienten, bei denen 999 enossale Implantate inseriert worden waren, in einem langen Beobachtungszeitraum bei fast 50 Prozent der Stellen eine periimplantäre Mukositis mit Bluten nach Sondieren und eine schon leicht erhöhte Sondierungstiefe diagnostiziert wurde.

Bei andauernder periimplantärer Entzündung besteht dann allerdings die Gefahr, dass der das Implantat umgebende Knochen erfasst wird und sich die Periimplantitis etabliert.

Anhand verschiedener Studien, auch unserer Arbeitsgruppe, konnte gezeigt werden, dass die charakteristische Mikroflora, die man bei der Periimplantitis findet, derjenigen der Parodontitis weitestgehend entspricht.

*F. nucleatum* (F.n.), *P. gingivalis* (P.g.), *T. forsythia* (T.f) und *P. intermedia* (P.i.) sind bekannte Schlüsselbakterien der Parodontitis und Periimplantitis. Diese Tatsache, dass sich die Mikroflora kaum unterscheidet, hat auch diagnostische und therapeutische Konsequenzen. Es ist deshalb aus klinischer präoperativer Sicht notwendig, abzuklären, ob für das enossale Implantat eine erhöhte Infektionsgefahr aus dem Bereich der natürlichen Restbezaugung droht. Es sollte möglichst vor der Insertion der Implantate eine subgingivale Infektionskontrolle der natürlichen Restzähne, speziell solcher parodontalen Bereiche erfolgen, die über erhöhte Sondierungstiefen (> 4 mm) verfügen, um das Risiko einer Periimplantitis minimieren zu können.

Allerdings sollte der praktisch tätige Zahnarzt neben einer sorgfältigen klinischen und mikrobiologischen Diagnostik im Bereich des Parodonts der verbliebenen natürlichen Zähne auch die klassischen funktionellen Aspekte einer restaurativen Versorgung unbedingt im Blick haben. So kann sich eine biomechanische Überbeanspruchung, z. B. bedingt durch einen Fehler im Bereich der Suprakonstruktion, oder eine simple okklusale Überbelastung auch negativ auf die Osseointegration des Implantates auswirken. Ein früher Verlust des Implantates kann so, bei primär bestehender Periimplantitisgefahr, durch die Mikroflora noch gefördert werden (Abb. 3).



Abb. 1 – Periimplantitis in Regio 24 bei einem 63-jährigen Patienten 2 Jahre postoperativ



Abb. 2 – Röntgenologischer Periimplantitisbefund in Regio 36 bei einer 48-jährigen Patientin 4 Jahre postoperativ



Abb. 3 – Periimplantitis in Regio 43 bei einer 72-jährigen Patientin, Photodynamische Therapie (PDT) mittels Laser der Helbo-Methodik

### Diagnostik und Therapie

Die klinische, mikrobiologische und röntgenologische Diagnostik ist die Grundvoraussetzung, um frühe Zeichen einer periimplantären Mukositis bzw. Periimplantitis zu erkennen (Abb. 4). So steht am Anfang, ähnlich wie bei der Gingivitis- bzw. Parodontitisdiagnostik, eine akribische Kontrolle der Plaque- und Entzündungsparameter unter Zuhilfenahme bekannter Indizes (Plaque-Index, Bluten nach Sondieren u. a.). Außerdem spielt die Erfassung der Sondierungstiefe eine wichtige Rolle, um die Mukositis von der Periimplantitis abzugrenzen. Bei der Sondierung ist auf die Parallelität von Sonde und Zahnachse zu achten und möglichst eine Kunststoffsonde zu verwenden, um Schäden an der Implantatoberfläche zu vermeiden (Abb. 5). Sondierungstiefen bis 3,5 mm werden analog zu den gingivalen Taschen bei der Mukositis als mukosale Tasche bezeichnet. Diese kann bei einer mittelschweren bis schweren Mukositis durchaus aufgrund der Gewebsschwellung u. a. auch 5 mm und tiefer sein und dann als mukosale Pseudotaschen imponieren. Nach erfolgreicher antientzündlicher Therapie kann sich diese relativ gut zurückbilden. Der klinische Attachmentlevel wird zwischen Taschenböden und Implantatschulter bestimmt.

Aber die klassischen Entzündungszeichen wie Rötung und Schwellung können im periimplantären Gewebe auch geringer ausgeprägt sein, da die Mukosa deutlich schwächer vaskularisiert ist, als die Gingiva und in der Regel nur von Gefäßen aus dem Perioost versorgt wird.

Bei beginnendem Knochenabbau und Sondierungstiefe > 5,5 mm spricht man analog zur Parodontitis von einer manifesten Periimplantitis. Im ersten Jahr postoperativ wird meist ein periimplantärer Knochenabbau auch unter physiologischen Bedingungen beobachtet, der allerdings physiologischerweise 2 mm nicht überschreiten sollte. In den Folgejahren wird der maximale Verlust mit 0,2 mm jährlich toleriert. Eine ausgeprägte Knochenläsion mit entsprechendem Knochenabbau spricht für eine Periimplantitis.

Das Symptom Implantatlockerung imponiert im Gegensatz zum parodontalgeschädigten Zahn oft erst sehr spät, d. h., bei massivem Knochenabbau, wenn der Erhalt akut gefährdet ist. Ein Frühsymptom der Periimplantitis kann auch Sekret- bzw. Pusentleerung sein. Im Rahmen der Frühdiagnostik gibt auch der Nachweis parodontalpathogener Mikroorganismen Hinweise auf das aktuelle bzw. zu erwartende Ausmaß der periimplantären Infektion. So konnten



Abb. 4 – Mukositis mit deutlicher Pseudotaschenbildung



Abb. 5 – Sondierung der periimplantären Tasche mit Kunststoffsonde

von unserer Arbeitsgruppe im periimplantären Sulkus von Patienten mit natürlicher Restbezaugung deutlich häufiger parodontalpathogene Spezies nachgewiesen werden, wenn diese Personen auch höhere Sondierungstiefen der Restzähne zeigten. Vorhandene Zahnfleischtaschen der natürlichen Zähne stellen bei Patienten, die Einzelzahnimplantate erhalten sollen bzw. erhalten haben, eindeutig ein mögliches Keimreservoir und eine Gefahr für das Implantat dar. Man sollte deshalb präimplantologisch eine entsprechende mikrobiologische Diagnostik anstreben und im Rahmen der Parodontaltherapie auch die parodontalpathogenen Mikroorganismen dauerhaft supprimieren.

Insgesamt kann man bei der klinischen Sondierung des Implantatsulkus beobachten, dass bei einer vorliegenden Periimplantitis schon eine etwas geringere Kraft ausreichend ist, um in den Taschenfundus vorzudringen, als das bei der Parodontitis der Fall ist. Außerdem werden die Destruktionen am alveolären Knochen des natürlichen Zahnes häufig stellenbezogen diagnostiziert, während es am Implantat oft auch zu einem zirkulären Knochenverlust kommen kann, den man als Schlüssel-

förmigen Defekt diagnostiziert.

### Therapeutische Optionen bei Mukositis und Periimplantitis

Die Therapie der Mukositis basiert ähnlich wie die Gingivitisbehandlung primär auf der Plaquereduktion und der damit verbundenen Beseitigung der klinischen Entzündungszeichen Blutung, Rötung und Schwellung. In der Regel kann man davon ausgehen, dass die mechanische Beseitigung der harten und weichen Beläge mit Kunststoffscalern bzw. -küretten einschließlich der Politur zur Entzündungsreduktion führt. Diese Nicht-Metallküretten sollen einerseits die Implantatoberfläche vor dem Abrieb schützen, andererseits ist ihre Effizienz aber auch begrenzt und man muss nicht selten auch auf herkömmliche Instrumente ausweichen.

Ebenso kann man davon ausgehen, dass bei länger bestehenden mukosalen Entzündungszeichen auch bestimmte parodontalpathogene Mikroorganismen, häufig zuerst *Fusobacterium nucleatum* nachgewiesen werden können. In diesen Fällen ist die ausschließlich mechanische Therapie oft nicht ausreichend und sollte beispielsweise durch die systematische Anwendung von Chlorhexidin-Gel oder 0,2-prozentiger Chlorhexamed-Lösung im periimplantären Sulkus ergänzt werden. Adjuvant zur mechanischen Therapie eignet sich allerdings auch der Einsatz der Photodynamischen Therapie (PDT), um parodontalpathogene Mikroorganismen erfolgreich supprimieren zu können. So bietet sich die Anwendung der PDT als zusätzliches Verfahren nicht nur bei therapierefraktären Mukositis-Fällen an, sondern ist auch eine adjuvante Therapieoption bei der Periimplantitis. Bekanntermaßen bleibt beispielsweise an einem Zahn mit Parodontitis und ST > 6 mm nach mechanischer Wurzelglättung noch etwa bis zu 50 Prozent der Wurzeloberfläche vom bakteriellen Biofilm überzogen, bzw. man spricht von „schwimmenden Bakterien“ in der Taschenflüssigkeit, was die Notwendigkeit einer adjuvanten Therapie begründet. Unsere Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass es auch z. B. bei aggressiver Parodontitis möglich ist, durch adjuvante systemische Antibiose nach Anwendung eines 2-Schritt-Konzeptes durch zusätzliche Wurzelglättungsmaßnahme in einer Sitzung an allen Stellen die Sondierungstiefen dauerhaft zu reduzieren. Einerseits finden sich aber auf der Implantato-

berfläche bei Periimplantitis im Vergleich zum natürlichen Zahn, der eine Parodontitis aufweist, deutlich stärkere Rauigkeiten, die durch die Bearbeitung mit Kunststoffküretten oft nicht ausreichend reduziert werden können.

Andererseits ist aber eine möglichst biofilmbefreie Oberfläche die Voraussetzung für Regeneration/Reparation im periimplantären Bereich. So werden in jüngster Zeit zusätzlich zur mechanischen Therapie verschiedene Verfahren im Rahmen der adjuvanten Periimplantitisbehandlung eingesetzt.

Neben der bereits erwähnten adjuvanten lokalen und systemischen Antibiose sollen zusätzlich Spülungen mit NaCl, Chlorhexidin, aber auch die Anwendung des Pulverstrahlgerätes oder die Laserapplikation erfolgversprechend sein. Dörtbudak et al., berichteten kürzlich über den erfolgreichen Einsatz der Photodynamischen Therapie bei Patienten mit Periimplantitis. Ein Photosensitizer wird in der periimplantären Tasche mit Licht geeigneter Wellenlänge (z. B. Laserlicht) bestrahlt.

In der Folge kann neben anderen bakteriell toxischen Radikalen auch Singulett-Sauerstoff entstehen, was u. a. durch Oxidation der bakteriellen Membranlipide zur Zerstörung der Bakterienzelle führt. Unsere Arbeitsgruppe konnte bei Parodontitispatienten zeigen, dass es durch die Anwendung des Helbo-Systems (Photosensitizer Helbo-Blue und Helbo-TheraLite Laser) zur deutlichen Reduktion der klinischen Entzündungszeichen, aber auch der parodontalpathogenen Spezies *F. nucleatum* und tiefer Sondierungstiefen kommt.

Die derzeit noch bestehende Vielfalt der adjuvanten Therapieoptionen bei Mukositis und Periimplantitis zeigt, dass aktuell sowohl die klinische, als auch experimentelle Forschung noch nach optimaleren therapeutischen Verfahren sucht, um die Behandlungseffizienz bei periimplantären Entzündungen bzw. Destruktionen weiter erhöhen zu können.

**Prof. Dr. Dr. Bernd W. Sigusch,**  
Direktor der Poliklinik für  
Konservierende Zahnheilkunde  
Zentrum für Zahn-, Mund- und  
Kieferheilkunde  
Universitätsklinikum Jena

E-Mail: [bernd.w.sigusch@med.uni-jena.de](mailto:bernd.w.sigusch@med.uni-jena.de)

Literatur/Quellen unter:

[www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

Mit freundlicher Genehmigung aus dem Zahnärzteblatt Sachsen.





## Dentists for Africa e.V.

Eine Aktionsgemeinschaft für Hilfe zur Selbsthilfe

Aus der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e. V. wurde seit der Jahreshauptversammlung im vergangenen Jahr der Dentists for Africa e. V. – eine Aktionsgemeinschaft für Hilfe zur Selbsthilfe. Der neue Vereinsname ist in Afrika verständlich, bringt die Prioritäten besser zum Ausdruck und eröffnet Möglichkeiten, den Anfragen aus benachbarten Ländern nachzukommen.

Der Verein fördert seit 1999 den Aufbau einer zahnmedizinischen Versorgung der mittellosen Bevölkerung in Kenia durch Einrichtung von Zahnarztpraxen, den Einsatz deutscher Zahnärzte vor Ort sowie die Ausbildung kenianischen Fachpersonals. Es werden zahnmedizinische Aufklärung und Reihenuntersuchungen mit anschließender Behandlung in Schulen organisiert und finanziert. Ansprechpartner vor Ort sind Franziskanerinnen.

Mittlerweile gibt es in Kenia neun Zahnarztstationen, die durch ehrenamtlich einsatzleistende deutsche Zahnärzte gemeinsam mit kenianischen Oral Health Workern zahnmedizinische Behandlungen der armen Menschen durchführen, die sich eine Behandlung sonst nicht leisten könnten.

Neben den zahnärztlichen Projekten ist die Betreuung der zahllosen Waisenkinder ein wichtiges Aufgabengebiet. Durch die hohe Sterberate infolge der AIDS-Pandemie gibt es in Kenia sehr viele gesunde Waisenkinder, die in diesem armen Land praktisch keine Zukunft haben. Durch persönliche Patenschaften sowie Patenschaftsförderung oder Spenden können diesen Kindern ein Schulbesuch, ein Dach über dem Kopf sowie tägliche Mahlzeiten ermöglicht werden und damit die Chance auf eine selbstbestimmte glückliche Zukunft. Nach dem Schulabschluss wird Hilfestellung für eine Berufsausbildung der Jugendlichen gegeben.

Der Verein finanziert das Zahnmedizinstudium für zwei Franziskanerinnen sowie die Ausbildung in medizinischen bzw. zahnmedizinischen Berufen von Waisenkindern. Damit schafft er die Grundlage für die zukünftige Möglichkeit der zahnmedizinischen Versorgung durch die Kenianer selbst.

Bis dahin ist der Weg noch weit. Jede

Spende zur Unterstützung der zahnärztlichen Projekte und Patenschaften ist willkommen. Es besteht auch die Möglichkeit, durch Edelmetallspenden die sozialen Projekte zu fördern.

Eine gute Gelegenheit, sich über den Verein zu informieren, ist die diesjährige Jahreshauptversammlung am 5. November in Leipzig, zu der Sister Seraphine, die für das Patenschaftsprojekt verantwortliche Nonne, herzlich begrüßt wird. Mit ihrem Bericht über die aktuelle Situation in Kenia sowie die Berichte einiger Einsatzleistender sind interessante Informationen garantiert.

Der Verein freut sich über die Teilnahme an der Informationsveranstaltung, über Spenden oder die Übernahme einer persönlichen Patenschaft.

Im Internet unter: [www.dentists-for-africa.org](http://www.dentists-for-africa.org).

**Dr. Andrea Berndt**

### Einladung zur Informationsveranstaltung auf der Jahreshauptversammlung

**Termin:** 5. November 2011,  
13 bis 17 Uhr

**Ort:** Gemeindesaal der Thomaskirche, Dittrichring 12,  
04109 Leipzig

[www.dentists-for-africa.org](http://www.dentists-for-africa.org)

## IKG setzt Ratgeber-Reihe fort: Thema „Schnarchen“ mit Fokus auf Schientherapie

Nicht wenigen der durch Schnarchen belasteten Menschen könnten kieferorthopädische Maßnahmen helfen. In ihrer Ratgeberreihe für Patienten und die Praxis hat die IKG daher das Thema „Schnarchen“ aufgegriffen: In dem neuen kleinen Ratgeber findet sich das Wichtigste, was man zum physiologischen Ablauf des Schnarchens wissen muss – nur so wird verständlich, welche Therapieverfahren Sinn machen. Angereichert mit Anekdoten und praktischen Tipps, vermittelt der neue IKG-Ratgeber in aller Kürze einen Überblick über Prävalenz, Ätiologie und Therapie des Schnarchens und der Obstruktiven Schlaf-Apnoe und bietet – auch mit speziellem Fokus auf das Thema Kinder – Patienten, Eltern, Ärzten, Zahnärzten und Kieferorthopäden gleichermaßen einen perfekten Einstieg in ein Beratungsgespräch. Ein wichtiges Fazit: Die schleichend fortschreitende Entwicklung kann nur durch frühzeitiges Eingreifen gestoppt werden. Hier können Kieferorthopäden und schlafmedizinisch geschulte Zahnärzte zusammen mit Schlafmedizinern, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten und

Allgemeinmediziner einigem leisten.

Bestellhinweis: Ratgeber „Schnarchen“, Einzelpreis: 2,50 Euro, Post: IKG-Geschäftsstelle, Ackerstraße 3, 10115 Berlin, Telefon: 030/24 63 21 33, eMail: [info@ikg-online.de](mailto:info@ikg-online.de).

IKG



# Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen

## Das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Begutachtungen von Zahnersatzplanungen sind sicher jedem Vertragszahnarzt bekannt. Aber spätestens, wenn ausgeführte prothetische Leistungen von einem Gutachter überprüft werden sollen, fragt man sich, welchem Zweck dient eigentlich das vertragszahnärztliche Gutachterwesen? Mit diesem Beitrag soll daher ein Überblick über die verschiedenen Begutachtungsverfahren gegeben werden.

Zum Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung der Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, dass sich die Krankenkassen im Falle kieferorthopädischer Maßnahmen, der Behandlung von Parodontopathien und der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen eines Gutachterverfahren bedienen können. Geregelt ist dies in § 2 Abs. 3 BMV-Z für die Primärkassen und für die Ersatzkassen in § 22 EKV-Z.

Für prothetische Behandlungen gilt seit dem 1. Januar 2007 die Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen im Wesentlichen einheitlich für Primär- und Ersatzkassenfälle. Nur in diesem Bereich wird zwischen Planungs- und Mängelgutachten unterschieden.

### Planungsgutachten:

Die Krankenkasse hat das Recht, für die Leistungsentscheidung den Heil- und Kostenplan grundsätzlich auf ihre eigenen Kosten von einem einvernehmlich mit den Krankenkassen durch die KZV M-V bestellten Vertragsgutachter hinsichtlich Befund, Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung insbesondere unter Zugrundelegung der Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien prüfen zu lassen. Dies gilt auch bei gleich- oder andersartigen Versorgungsarten.

Der Vertragszahnarzt ist seinerseits verpflichtet, was auch bei Mängelgutachten gilt, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen, sodass der Begutachtungsauftrag innerhalb von 2 Wochen bearbeitet werden kann. Das Ergebnis der Begutachtung wird anschließend auf dem Heil- und Kostenplan vermerkt und der beauftragenden Krankenkasse mit der Stellungnahme zurückgesandt. Befürwortet der Gutachter den Plan nicht, dann muss er gleichzeitig seine Stellungnahme an den Behandler schicken.

Von dem Begutachtungsergebnis, das sich lediglich auf die Befürwortung oder Nichtbefürwortung bezieht, ist die Genehmigung oder Ablehnung des Planes, was hingegen allein Sache der Krankenkasse ist, zu unterscheiden.

Diese wird im Falle der Nichtbefürwortung die Kostenübernahme für die Behandlung in aller Regel ablehnen, es dem behandelnden Zahnarzt mitteilen und ihn bitten, die Behandlung dem Gutachten entsprechend auszuführen, denn häufig scheidet die Befürwortung z. B. an der Tatsache, dass notwendige Vorbehandlungen nicht abgeschlossen sind.

Der Behandler kann nun der Auffassung des Gutachters folgen, die entsprechenden Behandlungen ausführen und gegebenenfalls den Heil- und Kostenplan abändern. Ist er beziehungsweise die Krankenkasse nicht damit einverstanden, besteht die Möglichkeit, in Primärkassenfällen den Prothetik-Einigungsausschuss bei der KZV M-V anzurufen (Anlage 12 zum BMV-Z § 5 Gutachtervereinbarung) oder in Ersatzkassenfällen (§ 25 EKV-Z, § 6 Gutachtervereinbarung) ein Obergutachten bei der KZV M-V zu beantragen.

Der Prothetik-Einigungsausschuss wird bei einem Einspruch gegen das Erstgutachten, der im Übrigen nicht an eine Frist gebunden ist, in der Funktion als Obergutachter tätig.

Er ist paritätisch besetzt mit je drei Vertretern der KZV M-V und drei Vertretern der Krankenkassen. Die Einzelheiten zum Verfahren sind in der Verfahrensordnung für den Prothetik-Einigungsausschuss und den Prothetik-Widerspruchsausschuss (blaue Infomappe Fach 7) geregelt.

Im Ersatzkassenbereich ist das Obergutachten innerhalb eines Monats nach Zugang des Erstgutachtens zu beantragen. Dem Einspruch ist eine Begründung beizufügen. Die KZV M-V beauftragt so-

Anzeigen



Katja Millies, Kathrin Schwenke und Cindy Marwedel

dann einen der Zahnersatz-Obergutachter im Land. Die Kosten der Begutachtung hat auch hier grundsätzlich die Krankenkasse zu tragen.

Mit dem Obergutachten ist das Planungsgutachterverfahren dann abgeschlossen.

### Wichtiger Hinweis:

Aus aktuellem Anlass wird wiederholt darauf hingewiesen, dass mit der Behandlung grundsätzlich erst nach Genehmigung des Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkasse begonnen werden darf.

Wird dieser Grundsatz missachtet, in dem z. B. die Präparation im Vorfeld durchgeführt wird, kann die Krankenkasse ihrer Prüfverpflichtung nicht mehr nachkommen. Insbesondere dann, wenn der von der Krankenkasse beauftragte Gutachter anhand der vorliegenden Behandlungsunterlagen die Ausgangssituation nicht mehr beurteilen kann, ist er gezwungen, den Plan nicht zu befürworten. In derartigen Fällen sind daher die vertragsrechtlichen Voraussetzungen für eine Bewilligung der geplanten Behandlung und damit auch der Gewährung von Festzuschüssen nicht mehr gegeben!

### Mängelgutachten

Nach der vertraglichen Regelung in der Gutachtervereinbarung kann nun die Krankenkasse in begründeten Fällen, oft veranlasst durch unzufriedene Patienten, bei Regel- und gleichartigen Versorgungen ausgeführte prothetische Leistungen bei vermuteten Planungs- und Ausführungsmängeln – bei andersartigen Versorgungen und so genannten Mischfällen (Nr. 7d) der Anlage 3 BMV-Z/Anlage 4 EKV-Z auch innerhalb von 36 Monaten

– überprüfen lassen und beauftragt dazu einen für die Legislaturperiode bestellten Vertragsgutachter unter Übersendung des Heil- und Kostenplanes. Aufgabe der Gutachter ist es, den vorgefundenen Befund aufzunehmen, festzustellen, ob die vorgenommene Zahnersatzversorgung frei von Mängeln ist und ob beziehungsweise wie diese Mängel behoben werden können oder ob eine Neuversorgung notwendig ist. Nicht selten liegt hierfür bereits ein neuer

Heil- und Kostenplan meist von einem anderen Vertragszahnarzt vor. Gegenstand des Mängelgutachtens ist aber ausschließlich die bereits ausgeführte Zahnersatzversorgung. Die Begutachtung einer gegebenenfalls vorliegenden neuen Planung hat gesondert zu erfolgen. Der Erstbehandler wird dann über die Mängelbegutachtung informiert und hat grundsätzlich das Recht, bei der Untersuchung des Patienten anwesend zu sein. Im Bereich der Ersatzkassen gilt dies für Planungs- und Mängelgutachten, auch Obergutachten und bei Primärkassenfällen aufgrund einer ausdrücklichen Regelung für die Mängelerstgutachten. Das Anwesenheitsrecht besteht aber immer nur, wenn und soweit der Patient seine Zustimmung dazu erteilt hat.

Besonders wichtig ist jedoch, dass der betroffene Behandler die angeforderten Behandlungsunterlagen (Karteikarte, Röntgenaufnahmen etc.) dem Gutachter zur Verfügung stellt, damit dieser sich ein umfassendes Bild machen kann. Die baren Auslagen hat die Krankenkasse dem Behandler zu vergüten (§ 16 Abs. 1 BMV-Z/§ 7 Abs. 4 EKV-Z). Ignoriert ein Behandler die Mitwirkungspflicht, kann dies gegebenenfalls nicht nur zu seinem Nachteil in dem Begutachtungsverfahren gewertet werden, sondern sogar disziplinarrechtliche Konsequenzen haben. Seine schriftliche Stellungnahme leitet der Gutachter anschließend der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt zu. Werden Mängel festgestellt, die nachbehandelbar sind, wird die Krankenkasse hierüber den Vertragszahnarzt und Versicherten informieren, denn grundsätzlich ist dem Behandler die Gelegenheit zu geben, die Mängel selbst zu beheben. Ist dieser oder die Krankenkasse nicht mit dem Gutachten einverstanden, so kann es aufgrund eines Einspruches der genannten Beteiligten in Primärkassenfällen zum Gegenstand eines Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss gemacht werden. Eine geson-

derte Frist ist hier nicht vorgeschrieben. In Ersatzkassenfällen muss das Obergutachten hingegen innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Erstgutachters bei der KZV M-V beantragt werden.

Der Prothetik-Einigungsausschuss oder der Obergutachter prüfen anschließend meist nach klinischer Untersuchung des Patienten, ob Mängel an der prothetischen Versorgung vorliegen und inwieweit diese nachbehandelbar sind. Die Vielfalt der Mängel-Möglichkeiten ergibt sich aus der Anzahl der Versorgungsarten und kein Fall gleicht dabei dem anderen.

Sind hingegen die Mängel so gravierend, dass diese z. B. zu einer absoluten Unbrauchbarkeit des eingegliederten Zahnersatzes führen oder wurde bereits mehrfach vergeblich nachbehandelt, so hat der Prothetik-Einigungsausschuss beziehungsweise die KZV M-V über die Mängelansprüche der Krankenkassen aus der prothetischen Versorgung zu entscheiden. Die Ansprüche müssen innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung erhoben werden, wobei bereits die Beauftragung des Erstgutachters diese Frist hemmt.

Stellen diese Instanzen dann Mängel fest, die der Vertragszahnarzt zu vertreten hat, können ihm neben dem Schadensersatz, der in der Regel in der Höhe des Festzuschusses liegt, auch die Kosten der Begutachtung auferlegt werden.

Der Regressanspruch selbst ist an die Voraussetzung gebunden, dass eine schuldhaft Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten vorliegt, die auch darin liegen kann, dass eine prothetische Versorgung dem zahnärztlichen Standard nicht genügt. Zudem darf dem Behandler das Nachbehandlungsrecht nicht mehr zustehen.

In jedem Einzelfall ist nach umfassender Sachverhaltsaufklärung zu prüfen und festzustellen, ob die Voraussetzungen nachweislich vorliegen.

Auch gegen diese Entscheidung kann von den Beteiligten Widerspruch eingelegt werden, sodass der gesamte Vorgang erneut für die Primärkassenfälle vor dem Prothetik-Widerspruchsausschuss und für die Ersatzkassenfälle vor der Widerspruchsstelle der KZV M-V verhandelt wird.

Aufgrund der Vielzahl der Verfahrensmöglichkeiten kann mit diesem Beitrag nur ein kurzer Überblick gegeben werden. Für weitere Fragen zum Gutachterwesen und dem Regressverfahren stehen die Mitarbeiter der KZV M-V in der Abteilung Gutachterwesen Kathrin Schwenke, Cindy Marwedel und Katja Millies (Abteilungsleiterin) daher gern zur Verfügung

Ass. Katja Millies



# Immer mehr Kinder mit getrennten Eltern

## Dentista Club stellt Rechts-Tipp zur Verfügung

„Eltern jedes dritten Neugeborenen sind nicht verheiratet“ – das besagt eine aktuelle Meldung des Statistischen Bundesamtes. Das hat Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung Minderjähriger. Insbesondere für die Praxen in den neuen Bundesländern (Anteil außereheliche Geburten: 61 Prozent), aber auch für die Praxen in den alten Bundesländern (Anteil: 27 Prozent) stellen sich Fragen zum korrekten Vorgehen, wenn Kinder getrennt lebender Eltern einer Behandlung bedürfen. Das richtige Vorgehen, wenn die Eltern einvernehmlich miteinander umgehen, ist vielen Praxen sicher bekannt – schwieriger wird es, wenn es dieses Einvernehmen nicht gibt. Der Dentista Club bat daher Rechtsanwältin Dr. Heike Müller (Stuttgart, Dentista Beirat Rechtsfragen) um klärende Hinweise zum Thema elterliches Sorgerecht und zahnmedizinische Behandlung Minderjähriger gebeten. Wer darf im Fall

getrennt lebender Eltern entscheiden, ob und wie das Kind behandelt wird? Und wer ist Zahlungspflichtiger, wenn die Eltern nicht einvernehmlich getrennt leben?

„Zu unterscheiden ist zunächst zwischen der Einwilligung in die Behandlung und dem Abschluss des zahnärztlichen Behandlungsvertrages“, sagt Dr. Müller. Bei der „Einwilligung in die Behandlung“ haben Kinder mehr Rechte als allgemein angenommen. Sie dürfen – bei entsprechender geistiger und sittlicher Reife – selbst einwilligen, und das elterliche Sorgerecht tritt dahinter zurück. Die Rechte gehen sogar so weit, dass derartig „reife“ minderjährige Kinder ein Vetorecht haben gegenüber den Plänen der Eltern und auch denen der Zahnärzte und Fachzahnärzte.

Wenn minderjährige Kinder noch nicht einwilligen können, kommt dem Bereich „Sorgerecht“ eine große Bedeutung zu. Bei gemeinsamem elterlichen Sorgerecht

wird, so Dr. Müller, nach einem Drei-Stufen-Schema entschieden zwischen Routineeingriffen (hier reicht Einverständnis eines Elternteils), riskanten Eingriffen (der erschienene Elternteil muss vom anderen ermächtigt sein) und gravierenden Eingriffen (Einwilligung beider Eltern notwendig). Ausnahme: Notfall: „Dann ist die Einwilligung des anwesenden Elternteils ausreichend.“ Wichtig bei der Behandlung von Minderjährigen getrennt lebender und nicht einvernehmlich handelnder Eltern ist die Frage, wer über die Behandlung entscheiden darf – für die Praxen, aber auch, wer sie letztlich bezahlt. Dr. Müller: „Derjenige, der in der Praxis erscheint und den Behandlungsvertrag unterzeichnet, ist im Zweifel auch zahlungspflichtig aus dem Behandlungsvertrag.“ Das kann in entsprechenden Fällen auch die Oma sein, die das Kind in die Praxis begleitet.

Mehr Informationen und kostenloser Download unter [www.dentista-club.de](http://www.dentista-club.de) > Expertentipps. **dentista**

## Monopol der gesetzlichen Unfallversicherung rechtmäßig

Das Landessozialgericht Chemnitz hat Ende August die letzte noch anhängige Klage gegen die Pflichtversicherung der Unternehmen bei den Berufsgenossenschaften abgewiesen. Die Revision zum Bundessozialgericht wurde nicht zugelassen. Damit ist eine Streitfrage entschieden, die über mehrere Jahre hinweg nahezu alle deutschen Sozialgerichte sowie den Europäischen Gerichtshof (EuGH) beschäftigt hat.

Das Sozialgesetzbuch schreibt vor, dass Unternehmen automatisch der Berufsgenossenschaft angehören, die für ihre Branche zuständig ist. Mit der Behauptung, diese Gesetzeslage verstoße gegen höherrangiges Europarecht, hatte eine Reihe von Unternehmen vor nahezu allen deutschen Sozialgerichten geklagt. Das Landessozialgericht (LSG) Sachsen legte die Frage der Vereinbarkeit des Monopols mit europäischem Recht schließlich dem EuGH vor. Dieser verneinte einen Verstoß gegen europäisches Wettbewerbsrecht und gab Hinweise zur Auslegung der europäischen Dienstleistungsfreiheit. Ob das Monopol verhältnismäßig und damit gerechtfertigt sei, müsse entsprechend der Aufgabenverteilung zwischen europäischem und nationalem Gericht das vorlegende LSG

prüfen. Das LSG holte im weiteren Verfahren ein wirtschaftswissenschaftliches Gutachten ein, das die Auffassung von Bundesarbeitsministerium und Berufsgenossenschaften bestätigte. Nunmehr hat der Senat des LSG entschieden, dass die Regelung des Sozialgesetzbuchs europarechtskonform ist. Zum selben Ergebnis war bereits zuvor das Bundessozialgericht in drei Parallelfällen gekommen.

„Berufsgenossenschaften und Unfallkassen begrüßen dieses Urteil“, sagte der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Dr. Joachim Breuer, in Berlin. „Wir freuen uns, dass nach gut einem Jahrzehnt ein Schlussstrich unter diesen Rechtsstreit gezogen werden kann.“ Breuer betonte, dass die Pflichtversicherung der Unternehmen in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht nur rechtlich, sondern auch sachlich richtig sei: „Seit über hundert Jahren bietet die gesetzliche Unfallversicherung eine verlässliche Absicherung für Betriebe und Versicherte gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten – und das zu stabilen Beitragssätzen.“

Mit den Urteilsgründen wird in circa drei bis vier Monaten gerechnet.

## Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Oktober und November

### das 85. Lebensjahr

Zahnarzt Claus Greger  
(Heringsdorf)  
am 2. November,

Zahnärztin Bärbel Thomaser  
(Stralsund)  
am 26. Oktober,  
Dr. Ernst Zschunke (Schwerin)  
am 29. Oktober,

### das 80. Lebensjahr

Zahnarzt Ludwig Eckardt  
(Kramerhof)  
am 8. Oktober,

### das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Christel Niehus  
(Zarrentin)  
am 13. Oktober,  
Zahnärztin Birgitt Loheit  
(Rostock)  
am 15. Oktober,

### das 75. Lebensjahr

Dr. Gratia Zedler (Ostseebad  
Nienhagen)  
am 21. Oktober,  
Dr. Wolfgang Kobrow  
(Pinnow)  
am 31. Oktober,

Zahnärztin Gisela Klingbeil  
(Güstrow)  
am 18. Oktober,  
Zahnärztin Karin Hensel  
(Schwerin)  
am 27. Oktober,

### das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Eva-Maria Mentzel  
(Eggesin)  
am 19. Oktober,  
Zahnärztin Barbara Storm  
(Ludwigslust)  
am 20. Oktober,  
Dr. Marianne Schlottmann  
(Rostock)  
am 2. November,  
Dr. Achim Haase (Barth)  
am 4. November,

### das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Heike Jesse (Lübz)  
am 10. Oktober,  
Dr. Knut Geldschläger  
(Torgelow)  
am 18. Oktober,  
Dr. Susanne Patzer (Schwerin)  
am 31. Oktober und  
Zahnarzt R.-Peter Mierendorff  
(Goldberg)  
am 3. November

### das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Ellenore Kirchner  
(Schwerin)  
am 20. Oktober,

Wir gratulieren herzlich und  
wünschen Gesundheit und  
Schaffenskraft.

## Hilfswerk Deutscher Zahnärzte erhielt erneut Spendensiegel

Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) unterzieht sich jedes Jahr freiwillig der unabhängigen, intensiven Prüfung durch das Deutsche Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) und hat – seit 1996 ununterbrochen – als Zeichen der Vertrauenswürdigkeit das DZI Spendensiegel zuerkannt bekommen.

Es bescheinigt dem HDZ den verantwortungsvollen Umgang mit den anvertrauten Mitteln. Die sachgerechte Spendenwerbung sowie die transparente, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Spenden führte erneut zu dem Ergebnis: Geprüft und empfohlen!

Übrigens bekam das Emblem für den bewährten Spendenschutz ein neues äußeres Erscheinungsbild. „Ziel sei es vor allem gewesen, den inzwischen etablierten Namen ‚Spendensiegel‘ im Emblem besser erkennbar zu machen und dem Zeichen eine stärkere Prägnanz zu geben,“ sagt Burkhard Wilke, Geschäftsführer und wissenschaftlicher Leiter des DZI in Berlin.

**BZÄK**



## Die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

### Das sollten Patienten wissen!

Der Gesetzgeber befasst sich aktuell mit der Novellierung der über 24 Jahre alten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). In letzter Zeit werden Patientinnen und Patienten häufig mit dem Inhalt und den Folgen dieser Novellierung verunsichert. So wird die neue GOZ oft mit einer einseitigen Erhöhung der Zahnarzthonorare gleichgesetzt.

Gleichzeitig wird behauptet, eine Novellierung sei mit erheblichen Mehrkosten bei der Zahnbehandlung verbunden. Beides ist sachlich und fachlich falsch und entspricht nicht den Tatsachen!

### Was genau ist eigentlich die GOZ – und für wen gilt sie?

Die GOZ regelt die Vergütung von zahnärztlichen Leistungen für sogenannte „Privatpatienten“. Das sind etwa 10 Prozent aller Patientinnen und Patienten in Deutschland.

Die vorliegende GOZ wurde zuletzt 1987 novelliert. Eine neue GOZ soll nach Plänen der Bundesregierung voraussichtlich zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Gesetzlich Versicherte betrifft die GOZ nur in ganz bestimmten Fällen. Zum Beispiel dann, wenn Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der Regelversorgung nachgefragt werden, sprich: Wenn etwa auf Patientenwunsch eine ästhetisch anspruchsvolle Kunststofffüllung statt Amalgam für die Zahnbehandlung gewählt wird.

### Warum soll die GOZ überhaupt novelliert werden?

Die GOZ soll den aktuellen und wissenschaftlichen Stand der Zahnmedizin in Leistungsbeschreibungen abbilden. Viele moderne Behandlungsmethoden – wie beispielsweise die professionelle Zahnreinigung – sind in der mittlerweile 24 Jahre alten GOZ gar nicht aufgeführt. Die Folge: Der Zahnarzt muss diese Leistungen mit ähnlichen, sogenannten „analogen“ Leistungen, in der Abrechnung umschreiben. Dies führt häufig zu Erstattungsschwierigkeiten zwischen dem Patienten und seiner Versicherung. Die Zahnärzte fordern seit Langem, die völlig veraltete GOZ endlich zu modernisieren und an den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Zahnmedizin für neue und innovative Behandlungsmethoden sowie für mehr Transparenz und Rechtssicherheit zwischen Patienten, Versicherungsträgern und Zahnärzten anzupassen.

### Die Zahnarzthonorare werden kräftig steigen – und der Zahnarztbesuch viel teurer?

Nein. Beides trifft nicht zu. Nur durch die Ausweitung und Anpassung einiger Leistungsbeschreibungen – 70 Prozent aller Leistungen ändern sich in Beschreibung und Bewertung nicht – führt die neue GOZ zu geringfügig höheren Zahnarzthonoraren. Die letzte Anpassung der Zahnarzthonorare liegt über zwei Jahrzehnte zurück. Zugleich sind 40 Prozent der Kosten im privat Zahnärztlichen Bereich gar nicht dem zahnärztlichen Honorar zuzuordnen. Bevor dem Patienten eine Krone oder ein Implantat eingesetzt wird, wurden bereits erhebliche Material- oder Laborkosten verursacht – Kosten, die nicht als Honorar beim Zahnarzt ankommen.

Mit der novellierten GOZ werden die hohe Qualität und das Behandlungsniveau der zahnärztlichen Versorgung entsprechend abgebildet – die Zahnarztkosten steigen hingegen nicht. So rechnet das Bundesgesundheitsministerium mit einer finanziellen Mehrbelastung für Patientinnen und Patienten von lediglich 2 Euro – pro Jahr und Haushalt. Dabei spielt es keine Rolle, ob eine private oder gesetzliche Versicherung vorliegt.

Eine Informationsschrift der Bundeszahnärztekammer, [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de)