

dens

November 2013

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Die Gefahr, an Sucht zu erkranken

Interventionsprogramm soll Rat und Hilfe für Betroffene geben

DMS V – Mundgesundheitsstudie startet

Deutschlandweit mehr als 4000 Patienten gefragt und untersucht

Lebensdauer traditioneller Brücken

Nachuntersuchungen zu Funktionsdauer und Komplikationen

Ein Recht zur Handlungsvollmacht

Selbstverwaltung muss erhalten bleiben



Herbstzeit für die Selbstverwaltungskörperschaften bedeutet dies Versammlungs-, Sitzungszeit. So auch für die KZV M-V als Selbstverwaltungskörperschaft innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn das höchste Selbstverwaltungsorgan – die Vertreterversammlung – der KZV hatte sich am 30. Oktober zu ihrer Herbstvertreterversammlung und Abnahme des Tätigkeitsberichts des Vorstandes für das Jahr 2013 zusammengefunden. Dabei wurde das

Thema Selbstverwaltung ausgiebig in meinem Bericht behandelt und den Delegierten in Erinnerung gerufen. Dies geschah vor dem Hintergrund des vom Bundesgesetzgeber im Rahmen der Beschlussfassung zum Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vorgenommenen Änderungen. Der Bundesgesetzgeber hatte u. a. einen neuen Absatz 6a in den § 35a des Vierten Sozialgesetzbuches integriert. Dieser neue Absatz 6a lautet: „Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes hat in angemessenem Verhältnis zum Aufgabenbereich, zur Größe und zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen. Dabei ist insbesondere die Zahl der Mitglieder der Körperschaft zu berücksichtigen.“

Wenn man den Text des Gesetzes so liest, so könnte man schnell zu der Auffassung gelangen, dass doch eigentlich nichts aufregendes damit berührt wird. Es handelt sich doch „nur“ um den Inhalt von Vorstandsdienstverträgen und in anderen Wirtschaftssegmenten wie z. B. Handel, Industrie gibt es doch auch Rahmenvorgaben in Tarifverträgen. Also was gibt es da an aufregenden Fragen? Nun, Tarifverträge werden von Gewerkschaften zum einen für die Arbeitgeber und zum anderen für die Arbeitnehmer selbst- und eigenständig ausgehandelt und zwar anhand der sozio-ökonomischen Parameter, die zu verzeichnen waren, bzw. erwartet werden. Im übertragenden Sinne galt dies grundsätzlich auch für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung bis zum Jahr 1992. Denn die damalige Bundesregierung hatte mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes ab dem Jahr 1993 Einzelleistungspunktwerte abgesenkt und Vorgaben für die Entwicklung der bis dato geltenden Einzelleistungsvergütung beschlossen sowie gleichzeitig das Morbiditätsrisiko auf die Zahnärzte verlagert. Somit hatten die Selbstverwaltungsgremien auf Seiten der Krankenkassen und auf Seiten der KZV fest vorgegebene Veränderungsparameter für die Veränderung des Honorars. Dies galt u. a. unabhängig von den Preisveränderungen die die betriebswirtschaft-

liche Seite einer Zahnarztpraxis betrafen. Der Zahnarzt hatte somit nicht nur das Morbiditätsrisiko zu tragen, sondern auch die Preispolitik z. B. der Dentalindustrie zu Lasten seines Unternehmerlohns auszugleichen. Begründung des Gesetzgebers: Stabilisierung und Stärkung der Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Übertragen wir dies gedanklich auf den § 35a Abs. 6a SGB IV, so ist festzustellen, dass das Selbstverwaltungsorgan Vertreterversammlung (VV) so gut wie keinen Spielraum in der Frage - Wie sind Vorstandsmitglieder für die Tätigkeit in einer KZV zu gewinnen, die entscheidungsfähig sind, Kompetenz und Flexibilität besitzen und sich dabei absolut loyal gegenüber dem Berufsstand verhalten. Denn der von der VV mit den Vorstandsmitgliedern verhandelte und beschlossene Inhalt der Dienstverträge muss ab dem nächsten Vertragszeitraum von einem dafür zuständigen Beamten des Sozialministeriums vor Vertragsunterzeichnung genehmigt werden. Begründung des Gesetzgebers: Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gilt für die Verwendung der Beiträge der gesetzlichen Mittel öffentlich-rechtlicher Körperschaften, intransparentes Zustandekommen der Verträge, wobei die Kontrolle des Vorstandes durch die Selbstverwaltung solche Fehlentwicklungen nicht effektiv verhindern kann! Hierbei sollten wir aber nicht aus den Augen verlieren, dass die Finanzierung der KZV durch Honorare der Vertragszahnärzte erfolgt und sich das Selbstverwaltungsorgan VV sehr intensiv mit den Vorstandsdienstverträgen auseinandergesetzt hat. Zu Beginn der Hauptamtlichkeit sogar in mehreren Versammlungen. Was passiert aber, wenn bei dem zuständigen Beamten politische und/oder subjektive Einflüsse den Beurteilungsspielraum maßgeblich prägen und die Genehmigung versagt wird? Ja, dann muss wohl die VV erneut in einer außerordentlichen Versammlung (wer trägt die Kosten!?) beschließen, was vom Sozialministerium vorgegeben wurde. Wo kommt hier das Selbstverwaltungsprinzip zum Tragen? Und das potentielle Vorstandsmitglied hat um seine Forderungen umzusetzen, ein enormes Harmoniebedürfnis mit dem Sozialministerium! Wo bleibt dann die Loyalität und Neutralität, um die Aufgaben der KZV im Sinne der vertragszahnärztlichen Sicherstellung zu lösen? Fest steht, dem Selbstverwaltungsorgan VV ist mit dieser gesetzlichen Regelung die Handlungsvollmacht entzogen worden! Deshalb gilt unser Appell an alle Selbstverwaltungskörperschaften – Setzen wir uns dafür ein, dass diese gesetzliche Regelung rückgängig gemacht wird, und die über zig Jahrzehnte gewachsene Handlungsvollmacht der Selbstverwaltung erhalten bleibt!

Einen ausführlichen Bericht über die Vertreterversammlung lesen Sie in Heft 12.

Ihr Wolfgang Abeln

Putzen Fische eigentlich Zähne?

Tag der Zahngesundheit im Müritzeum in Waren

Diese Frage konnten sich die Schülerinnen und Schüler der 3. und 4. Klassen aus Grundschulen und der Förderschule Waren schnell selbst beantworten, als sie am 25. September zur Landesauftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit ins Müritzeum kamen: Natürlich putzen Fische keine Zähne. Mit den Zähnen einiger Wasserbewohner geht es sowieso sonderbar zu. Im Revolvergebiss der Haie z. B. werden die Zähne „niemals alle“, sie wachsen in hintereinander liegenden Zahnreihen ständig nach und eine Zahn-
lücke wird so immer wieder schnell geschlossen. Die europäische Sumpfschildkröte kommt dagegen ganz ohne Zähne aus. Mit ihren hornigen Kieferleisten greift und zerreißt sie ihre Beute und verschlingt sie dann ohne zu kauen. Diese und manch andere erstaunliche Dinge konnte man an diesem Tag lernen.

Nach einer kurzen, musikalisch umrahmten Eröffnung durch die Veranstalter luden viele Stationen zum Schauen, Informieren und Mitmachen ein. Gesundes Frühstück, Zuckerquiz, Zahnfühlbox, Zahnpuzzle, Zahntechnik oder der Stand mit den imposanten Gebissen von Flusspferd, Hai und Hecht waren stets dicht umringt. Das Figurentheater



Das Figurentheater „Ernst Heiter“ aus Alt Schönau bei Waren erzählte die „Geschichte vom kleinen Krokodil mit den großen Zahnschmerzen“

„Ernst Heiter“ aus Alt Schönau bei Waren erzählte die „Geschichte vom kleinen Krokodil mit den großen Zahnschmerzen“. Wie der Titel schon sagt, hatte das Krokodil fürchterliche Zahnschmerzen. Tante Torti, die für ihr Leben gern süße Torten aß, hatte ihm deshalb den Tipp gegeben, möglichst viel Erdbeertorte in den Mund zu stopfen, dann würden alle Zähne ausfallen und die Sache mit den Zahnschmerzen wäre ein für alle mal vorbei. Erdbeertorte gab es bei Oma Hedwig, die hatte nämlich Geburtstag. Natürlich wurde der

Erdbeertortenklaue schnell entdeckt, aber Oma Hedwig und der Kasper wussten sofort, wo sie suchen mussten. So erfuhren beide von Krokos bösen Zahnschmerzen. Kasper erzählte Kroko, dass nur der Zahnarzt ihm wirklich helfen kann, und weil es dort sogar manchmal kleine Geschenke gibt, ließ Kroko sich überzeugen. Und auch Tante Torti sah ein, dass jeden Tag Torten und Zuckersachen gar nicht gut sind. Für gesundes Essen braucht man gesunde Zähne, aber Zähne hatte Tante Torti schon lange keine mehr. Da hilft nur ein Gebiss, und das wollte sie nun auch endlich haben. Eine lehrreiche und köstlich inszenierte Geschichte für Groß und Klein.

LAJ und Kreisarbeitsgemeinschaft danken allen fleißigen Helfern, die diese Veranstaltung mit viel Engagement vorbereitet und durchgeführt haben, unter ihnen den künftigen Zahnarzhelferinnen der Beruflichen Schule Waren und den Patenschaftszahnärzten der Kreisarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege.

LAJ M-V



In Waren wurde für die Kinder Zahntechnik zum Anfassen demonstriert

Aus dem Inhalt

M-V / Deutschland

Tag der Zahngesundheit in Waren	2
Treffen der Öffentlichkeitsvertreter	10-12
Fünfte Mundgesundheitsstudie gestartet	14
Dr. Kerstin Blaschke Vorsitzende des FVDZ	15
Geringe Gefährdung durch Amalgam	15
EU soll Freie Berufe demontieren	16
Bücher	22, 31
Glückwünsche / Anzeigen	32

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Fortbildungsangebote der KZV	19
App: Patientenberatung und Infos	20
Service der KZV	21
Prüfung der Abrechnung durch KZV	29-31

Zahnärztekammer

Medizinisches Interventionsprogramm	4-8
Ankündigung der Neuwahlen	9-10
Neuer Zahnrat erschienen	13
Wege aus der Krise	16-17
Neues Mitglied im Beirat des NFI	17
Fortbildung im November/Dezember	18
Gemeinsame Fachsprachenprüfungen	18
GOZ: Gebührenziffer 2420	20
DGZMK setzt Forschungsimpule	27

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Vorsicht vor Abzocke	21
Lebensdauer traditioneller Brücken	23-26
Mehr Rechte bei Nachbesserung	28
Achtung: Verjährung	28
Impressum	3

dens

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

22. Jahrgang
15. November 2013

Herausgeber:

Zahnärztekammer 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

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz: Kassenzahnärztliche Vereinigung

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

Hilfe für suchtkranke Zahnärzte

Zahnärztkammer beteiligt sich am Interventionsprogramm



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat in seiner Septembersitzung beschlossen, sich am Interventionsprogramm für suchtkranke (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte (IVP) der Ärztekammer Mecklenburg-

Vorpommern zu beteiligen. Der Vorstand sieht sich in der Pflicht, betroffenen Kolleginnen und Kollegen ein Hilfsangebot an die Hand zu geben. Das IVP soll einen vernünftigen Ausweg aus der Falle Abhängigkeit für Betroffene aufzeigen und soll hoffentlich dem Erhalt der Berufsfähigkeit sowie dem Erhalt der zahnärztlichen Approbation dienen.

Vertuschen oder Verschleiern der Suchtproblematik durch z. B. wohlmeinende Angehörige, Kollegen, Mit-

arbeiter ist keine wirkliche Hilfe und geschieht häufig aus Schamgefühlen heraus. Wirkliche Hilfe bringt nur das aktive Abwenden Betroffener von der Sucht. Zahnärzte haben auf Grund ihrer medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten eine hohe Chance, durch fachgerechte Behandlung die Sucht zu überwinden. Hier soll die kleine Arbeitsgruppe IVP der Ärztekammer auch betroffenen Zahnärzten helfen, Approbation und Arbeitskraft zu erhalten. In dem nachfolgenden Beitrag aus dem Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern wird ausführlich auf die Hintergründe des suchtmittelmedizinischen Interventionsprogramms eingegangen.

Wenn Sie als Betroffener Hilfe annehmen möchten oder wenn Sie als Angehöriger oder Mitarbeiter einen Rat suchen, die Mitarbeiter unserer Zahnärztekammer und ich stehen Ihnen – wenn erforderlich auch anonym – gerne zur Verfügung.

Ihr Gerald Flemming
Vorstandsmitglied

Medizinisches Interventionsprogramm

Hilfe für suchtkranke Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern

Einleitung

Ärzte sind besonders gefährdet, an Sucht zu erkranken (z. B. Schifferdecker et al. 1996). Das hängt zum einen mit den berufsspezifischen Belastungen zusammen: hohe Arbeitsdichte, überdurchschnittliche Arbeitszeiten, Leistungs- und Perfektionsdruck sind gesellschaftliche Forderungen, die häufig auf ein berufliches Selbstbild des stets hilfsbereiten, selbstlosen, nimmermüden und immer funktionierenden Mediziners treffen. In nicht wenigen Fällen führt dieser Druck zum Kompensationsversuch mittels Suchtmittelkonsum. Nur so können die Betroffenen Entspannung finden, Selbstzweifel überwinden oder Belohnung für ihren hohen Einsatz bekommen. Ebenfalls auf diese Art kompensiert werden die emotionalen Belastungen durch die berufsbedingte Konfrontation mit Tod, Siechtum, schweren Schicksalen und Traumatisierungen. Vielen Kollegen gelingt keine adäquate Kompensation. Eher wird verdrängt und so getan, als könne man alles aushalten. Geeignete Kompensationsmechanismen und Fähig-

keiten zur Selbstfürsorge haben viele Kollegen nicht entwickelt.

Zum anderen sehen sich Ärzte einer höheren Verfügbarkeit an Suchtmitteln gegenüber. Bis auf Apotheker gibt es keine andere Berufsgruppe, die fast uneingeschränkt über Benzodiazepine, Opioide, Narkotika, so genannte z-drugs (Zopiclon, Zolpidem) oder Stimulanzien verfügen können. Hohe Verfügbarkeit der Suchtmittel ist ein Risikofaktor für Suchtentstehung. So ist es kein Wunder, dass z. B. von allen medikamentenabhängigen Patienten der AHG Klinik Schweriner See der Jahre 2010 und 2011 rund die Hälfte aus medizinischen Berufen kamen (Fischer 2012). Außerdem lernen Ärzte in der Ausübung ihres Berufes, Medikamente seien die Lösung vieler Probleme, was implizit förderlich für ein erhöhtes Suchtrisiko ist.

Epidemiologie

Sichere epidemiologische Daten zur *Medikamentenabhängigkeit* gibt es nicht, jedoch geht man von

rund 1,5 Millionen medikamentenabhängigen Menschen in der BRD aus (Jahrbuch Sucht 2012). Nach verschiedenen Autoren (Centrella 1994, Sherritt et al. 2002) kommen Suchterkrankungen bei Ärzten mindestens genauso häufig vor wie in anderen Bevölkerungsgruppen. Ärzte nehmen jedoch häufiger Medikamente und weniger illegale Drogen. Sie neigen eher zur Selbstmedikation mittels Suchtstoffen. Umgerechnet auf die Zahl der Kammermitglieder leben in Mecklenburg-Vorpommern mindestens 250 medikamentenabhängige Ärzte. Wobei wegen des genannten Problems der Verfügbarkeit eher noch mit einer höheren Zahl gerechnet werden kann.

Aber auch *Alkoholabhängigkeit* bei Ärzten ist ein sehr ernstes Problem. Rosta (2008) fand mittels einer anonymen Befragung von Ärzten per E-Mail, dass vor allem männliche Kollegen und Chirurgen schädlichen Gebrauch von Alkohol betreiben. Soyka (2010) errechnet für die gesamte Bundesrepublik eine Zahl von 10347 Ärzten mit einer Alkoholabhängigkeit. Ausgehend von einer Einjahresprävalenz der

Alkoholabhängigkeit von 2,4 Prozent der Allgemeinbevölkerung (Pabst und Kraus 2008), was 1,3 Mio. Betroffene in Deutschland bedeutet, muss bei rund 9.200 Mitgliedern der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern von mindestens 220 manifest alkoholabhängigen Ärzten im Bundesland ausgegangen werden.

Selbst wenn eine hohe *Komorbidität* zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit berücksichtigt und der *Konsum illegaler Drogen* vernachlässigt wird, gibt es über 400 Ärzte in unserem Bundesland, die an einer stoffgebundenen Sucht erkrankt sind.

Krankheitsmerkmale

Die Diagnose einer stoffgebundenen Sucht wird nach folgenden Kriterien gestellt:

- Craving oder „Suchtdruck“,
- Kontrollverlust,
- Körperliches Entzugssyndrom,
- Toleranzentwicklung,
- Ausrichtung des gesamten Verhaltens auf Substanzbeschaffung und -konsum,

ANZEIGE

- Anhaltender Konsum trotz Nachweises schädlicher Folgen, derer der Betroffene sich bewusst ist.

Wenn mindestens *drei dieser Kriterien irgendwann innerhalb eines Jahres gleichzeitig vorhanden sind, muss die Diagnose gestellt werden*. Sowohl durch die Wirkung der Suchtmittel bei Konsum, als auch durch die Entzugssymptome und die bei den Kriterien genannten Krankheitsphänomene liegt es auf der Hand, dass die Betroffenen in nicht abstinenten Phasen der Erkrankung nicht in der Lage sind, selbst verantwortungsvoll Patienten zu behandeln. Niemand möchte z. B. von einem Chirurgen operiert, von einem Anästhesisten in Narkose versetzt oder auch von einem Psychiater behandelt werden, welcher selbst gerade unter Suchtmittelwirkung steht, durch Entzugserscheinungen beeinträchtigt ist oder durch chronischen Konsum kognitiv oder körperlich nicht voll leistungsfähig ist.

Mögliche Folgen kann sich auch jeder Laie leicht ausmalen. Deshalb ist es folgerichtig, wenn zum Behandlungsschutz der Patienten sowohl durch die Approbationsbehörde, als auch bei niedergelassenen Kollegen durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung eine weitere ärztliche Tätigkeit unterbunden wird.

Paradoxon

Dadurch ergab sich in der Vergangenheit für den suchtkranken Arzt jedoch ein Dilemma. Die suchtimmanenten Phänomene der Aggravation und Verleugnung wurden verstärkt. Der drohende Verlust der Approbation führte dazu, dass der Betroffene seine Sucht noch stärker verheimlichte. In der Regel scheute der betroffene Kollege oder die betroffene Kollegin die Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem. Es bestand ein Paradoxon: Um weiter arbeiten zu können, muss der Betroffene die Sucht bewältigen und Hilfe suchen. Sucht er oder sie jedoch Hilfe, droht die Sucht bekannt zu werden und der Betroffene verliert die Approbation, kann nicht mehr arbeiten.

Als Beitrag zur Überwindung dieses Paradoxon kann die Aufforderung des 111. Deutschen Ärztetages an das Bundesministerium für Gesundheit gesehen werden, den § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte ZV) an den aktuellen Stand der Suchtmedizin anzupassen. *„Insbesondere soll suchtkranken Ärztinnen und Ärzten, die eine entsprechende Therapiemaßnahme erfolgreich durchlaufen haben und anschließend in eine krankheitsbezogene Beobachtung durch ihre Ärztekammer einwilligen, in dieser Zeit nicht mehr eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verwehrt bzw. eine bestehende Zulassung entzogen werden.“* (Bundesärztekammer 2008). Dieser Aufforderung wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2012 weitgehend gefolgt.

Arbeitsgruppe der Ärztekammer

Bereits Ende 2007 befasste sich der Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mit dem Problem suchtkranker Kammerangehöriger und erörterte die Einrichtung eines Interventionsprogramms für suchtkranke Ärzte. Nach Überprüfung des Bedarfes wurde am 6. Januar 2010 durch den Vorstand eine Arbeitsgruppe gebildet, mit dem Ziel, ein Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern zu erarbeiten. Als Suchtmediziner beteiligten sich die in der unten stehenden Tabelle genannten Kollegen. Durch die Teilnahme des Geschäftsführers der Ärztekammer Frank Th. Loebbert konnten immer wieder auftauchende juristische Fragestellungen geklärt werden. Im Konsens legte die Arbeitsgruppe folgende Grundannahmen fest:

1. Suchtkranke Ärzte haben einen Anspruch auf Hilfe und Behandlung.
2. Suchtkranken Ärzten in nachgewiesener Abstinenz oder in adäquater Behandlung darf nicht die Approbation oder die Zulassung aufgrund der Sucht entzogen werden.
3. Der Patientenschutz muss gewährleistet werden. Deshalb können Ärzte, die sich trotz Hilfsangeboten für den weiteren Suchtmittelkonsum entscheiden, nicht ärztlich tätig sein.

Auf der Sitzung des Vorstandes am 20. Juni 2012 wurde Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Uwe Peter als Ansprechpartner der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern für das Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte benannt (Telefon 0381-4 92 80 18 00).

Mit dem Landesprüfungsamt für Heilberufe wurde eine Zusammenarbeit unter o. g. Grundannahmen vereinbart.

Das Interventionsprogramm

Das Interventionsprogramm tritt für einen suchtkranken Arzt in Kraft, sobald die Suchtproblematik der Ärztekammer bekannt wird (siehe Abbildung). In der Regel geschieht das durch Mitteilung Dritter (Patienten, Kollegen, Mitteilung in Strafsachen - Mistra). Im günstigsten Fall jedoch wendet sich der suchtkranke Arzt oder die suchtkranke Ärztin selbst an den Ansprechpartner der Ärztekammer. Der betroffene Kollege wird dann zu einem ersten Gespräch eingeladen, in dem die Rahmenbedingungen des Interventionsprogramms geklärt werden. Für den Betroffenen ist es an dieser Stelle wichtig zu spüren, dass es neben dem Patientenschutz insbesondere auch um Unterstützung für ihn geht. Das Programm dient dem Wohlergehen und dem Erhalt der Leistungsfähigkeit des Betroffenen. Durch die Ärztekammer wird ggf. ein Gutachter bestimmt, welcher nach Untersuchung darstellt, ob und in welcher Art und

Schwere eine Suchterkrankung vorliegt. Gleichzeitig wird ein so genannter supervidierender Arzt festgelegt, der koordinierend, beratend und unterstützend den gesamten Prozess des Interventionsprogramms begleitet. Unterstützung wird z. B. bei Auswahl und Vermittlung ggf. in eine Entgiftungsbehandlung, insbesondere aber in eine zwingend notwendige stationäre Entwöhnungsbehandlung für mindestens zehn Wochen gewährt.

Nach erfolgreichem Abschluss der stationären Behandlung schließt sich die Nachsorge an, welche mindestens zwei Jahre dauert. Neben der regulären Nachsorge in einer Suchtberatung, der Anbindung in das Selbsthilfesystem und ggf. ambulanter psychotherapeutischer Behandlung führt ein durch die Ärztekammer festgelegter Suchtmediziner als supervidierender Arzt regelmäßig und auch unangekündigt und kurzfristig Kontrolluntersuchungen durch. Bestandteil der Kontrolluntersuchungen sind unter anderem Labor- und Atemalkoholkontrollen. Nach Ablauf der zwei Jahre wird festgelegt, ob eine Verlängerung des Programms für den Betroffenen erfolgt oder ein erfolgreiches Ende konstatiert werden kann. Während des gesamten Programms besteht die Möglichkeit, bei fehlender Kooperation oder Entscheidung des Betroffenen für weiteren Konsum die Möglichkeit, das Programm zu beenden und das Problem dem Landesprüfungsamt für Heilberufe zu übergeben.

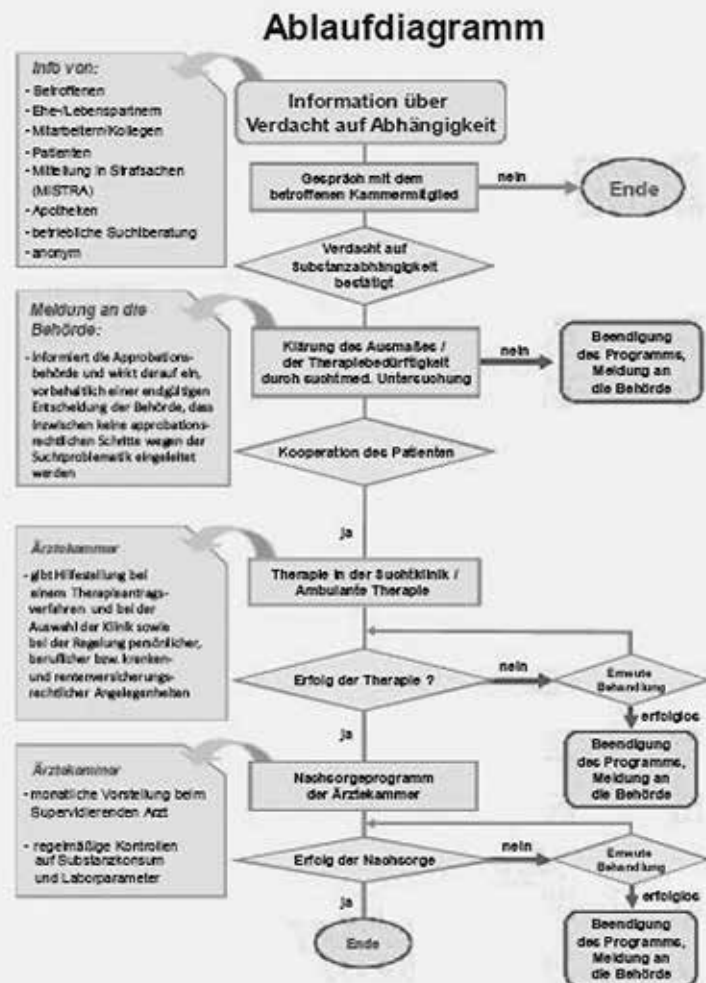
Wirksamkeit des Interventionsprogramms

Wissenschaftlich steht es heute außer Frage, dass die Krankheitsprognose umso besser ist, je früher die Betroffenen im Krankheitsverlauf therapeutisch erreicht werden. Zugang zum Suchthilfesystem auf Grund drohender negativer Konsequenzen (Verlust der Approbation) eröffnet die Möglichkeit, eine ausreichende intrinsische Abstinenzmotivation zu erarbeiten. Insofern ist das Interventionsprogramm ein geeignetes Mittel, den Krankheitsverlauf bei suchtkranken

Ärzten positiv zu beeinflussen. Zumal die in das Interventionsprogramm integrierte Entwöhnungsbehandlung ihre Wirksamkeit vielfach nachgewiesen hat.

Ein-Jahres-Katamnesen ergeben je nach Berechnungsart regelmäßig Erfolgsquoten von 50 bis 70 Prozent (Missel et al. 2012, Peters et al. 2012). Bei der Behandlung von Ärzten sind höhere Erfolgsquoten zu erwarten (Mundle & Gottschaldt 2008). Das lässt sich zum einen mit der besseren sozialen und beruflichen Situation und Perspektive der betroffenen Ärzte im Vergleich mit den durchschnittlichen Suchtpatienten begründen. Außerdem scheinen häufiger anzutreffende Persönlichkeitsmerkmale, wie Ehrgeiz und Durchhaltevermögen, sich bei die-

Abbildung Interventionsprogramm



ser Patientengruppe günstig auf die Prognose auszuwirken. Wissenschaftliche Belege für diesen Eindruck fehlen jedoch.

Positive Erfahrungen berichtet Beelmann (2012) aus der *Hamburger Ärztekammer*, wo bereits seit rund zehn Jahren ein Interventionsprogramm installiert ist.

Soweit überschaubar, gibt es systematische empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionsprogrammen für suchtkranke Ärzte in den USA (Knight et al. 2002, Skipper et al. 2009). Die Arbeitsgruppe um Skipper (2009) ermittelte in ihrer Untersuchung, dass über zwei Drittel der betroffenen Ärzte das Interventionsprogramm erfolgreich abschlossen. Fast 80 Prozent waren nach fünf Jahren als Ärzte tätig. In Europa gibt es keine entsprechenden Untersuchungen. Die Evaluation des Interventionsprogramms für suchtkranke Ärzte der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wird eine Aufgabe für die nächsten Jahre sein.

Ermütigung

Das Interventionsprogramm der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist eine hervorragende Chance für betroffene Ärztinnen und Ärzte, einen *Ausweg aus dem vom Suchtmittelkonsum dominierten Leben* zu nehmen. Denn nur dann ist der oder die Betroffene in der Lage, dauerhaft den ärztlichen Beruf auszuüben und ein zufriedenes Leben zu führen. Das Verschleiern und Verbergen der Sucht ohne Inanspruchnahme von Hilfs- und Therapiemöglichkeiten verhindert kurzfristig Konsequenzen. Mittelfristig wird die Sucht dann jedoch zum Verlust der Leistungsfähigkeit und der Approbation führen. Während oft der Betroffene noch der Meinung ist, er kann die Sucht vor seiner Umwelt verbergen, spricht schon der halbe Ort hinter vorgehaltener Hand über das Suchtproblem des Doktors.

Das Interventionsprogramm will ermutigen, sich als suchtkranker Arzt so früh wie möglich Hilfe zu holen. Je früher die Intervention, desto besser die Erfolgsaussichten. Die Kontaktaufnahme mit der Ärztekammer ist ein mutiger erster Schritt.

Kollegen, Vorgesetzte und Mitarbeiter suchtkranker Ärzte sollten den Konsum von Suchtstoffen nicht tolerieren, auch nicht das Verbergen und Verleugnen fördern. Falsch verstandene Kollegialität führt zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf. Suchtkranke Menschen berichten retrospektiv häufig, wie hilfreich direkte Ansprache der Krankheit und die Ankündigung von ernst gemeinten Konsequenzen für die Abstinenzentscheidung war.

Wem der suchtkranke Kollege wichtig ist, der spricht ihn auf die Krankheit an, ermutigt ihn zur Kontaktaufnahme beim Interventionsprogramm oder informiert selbst die Ärztekammer.

Die Ansprechpartner sind in der Tabelle aufgeführt.

Dr. med. Thomas Fischer	AHG-Klinik Schweriner See, Lübstorf
Dr. med. Michael Köhnke	Friedrich-Petersen-Klinik, Rostock
Dipl.-Med. Conrad Kretschmar	Ev. Suchtkrankenhilfe M-V, Schwerin
Dr. med. Alexander Kuno Miek	Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Greifswald
Dr. med. Reinhard Woratz	Luzin-Klinik, Feldberg

Dr. med. Thomas Fischer
AHG Klinik Schweriner See
Am See 4; 19069 Lübstorf
E-Mail: tfischer@ahg.de

Literatur beim Verfasser
Mit freundlicher Genehmigung aus Ärzteblatt
Mecklenburg-Vorpommern 1/2013

ANZEIGE

Ankündigung der Neuwahlen

zur 7. Amtsperiode der Kammerversammlung der Zahnärztekammer

Das Obergerverwaltungsgericht Mecklenburg-Vorpommern hat durch Beschluss vom 30. Oktober 2013 den Antrag auf Zulassung der Berufung gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Schwerin vom 26. September 2012 abgelehnt. Damit sind unverzüglich Neuwahlen zur Kammerversammlung einzuleiten.

Gemäß § 7 der Wahlordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 1. Dezember 2012, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung am 15. Juni 2013, wird die Wahl zur 7. Amtsperiode der Kammerversammlung angekündigt. Der Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat am 5. November 2013 gemäß § 5 Abs. 1 der Wahlordnung einen Wahlleiter und eine Wahlkommission bestellt.

Wahlleiter: Rechtsanwalt Henning Niemann, Schwerin

Mitglieder der Wahlkommission: Dr. Norbert Erben, Teterow; Zahnarzt Jörn Kobrow, Schwerin; Zahnarzt Volker Kretzschmar, Waren; Dipl.-Stom. Thomas Zumstrull, Schwerin.

Die Wahlordnung kann in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, I. Stock, in der Zeit von Montag bis Donnerstag von 7.30 Uhr bis 16.30 Uhr und Freitag 7.30 Uhr bis 13.00 Uhr eingesehen werden.

1. Beginn und Ende der Wahlzeit

Der Vorstand der Zahnärztekammer hat das Ende der Wahlzeit gemäß § 2 Abs. 2 der Wahlordnung auf den 20. Mai 2014 festgelegt. Die Wahlzeit beginnt am 3. April 2014.

2. Wählerliste

Der Wahlleiter stellt eine Liste aller wahlberechtigten Zahnärzte auf. Wahlberechtigt ist jedes Kammermitglied, das vor Beginn der Wahlzeit am 3. April 2014 mindestens drei Monate bei der Kammer gemeldet, nicht vom Wahlrecht ausgeschlossen und in der Wählerliste eingetragen ist.

Die Wählerliste liegt in der Zeit vom 3. Januar 2014 bis zum 17. Januar 2014 in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, I. Stock, in der Zeit von Montag bis Donnerstag von 7.30 Uhr bis 16.30 Uhr und Freitag 7.30 Uhr bis 13.00 Uhr zur Einsichtnahme durch die Mitglieder der Zahnärztekammer aus. Einsprüche gegen die Wählerliste sind bis spätestens zum 31. Januar 2014 beim Wahlleiter einzulegen.

3. Wahlvorschläge und Einreichungsfrist

Gewählt werden kann nur, wer in einen Wahlvorschlag aufgenommen wurde. Wahlvorschläge sind bis zum 28. Feb-

ruar 2014 beim Wahlleiter, Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, einzureichen. Gewählt werden kann nur, wer zur Wahl fristgerecht vorgeschlagen wurde. Ein Bewerber kann sich entweder über eine Liste im Wahlkreis oder über die Landesliste für die Wahl bewerben.

Ein Wahlvorschlag wird zugelassen wenn er:

- durch mindestens 20 wahlberechtigte Zahnärzte bei einer Wahl über die Landesliste bzw. durch mindestens 5 wahlberechtigte Zahnärzte bei einer Wahl über die Kreisliste unterzeichnet wurde;
- der Bewerber wählbar ist und der Aufnahme in den Wahlvorschlag schriftlich gegenüber der Wahlkommission zugestimmt hat und
- der Bewerber nicht der Wahlkommission angehört.

Bei der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern können unter der Telefonnummer 0385-59108-10 Vordrucke für Wahlvorschläge sowie Vordrucke für Einverständniserklärungen über die Aufnahme des Bewerbers in den Wahlvorschlag angefordert werden. Die zugelassenen Wahlvorschläge werden unverzüglich über dens bekannt gegeben. Eine Liste wird in der Geschäftsstelle der ZÄK M-V ab 4. März 2014 zur Einsicht ausgelegt.

4. Stimmabgabe

Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt. Sie endet am 20. Mai 2014, 24 Uhr. Bis zu diesem Zeitpunkt muss der Wahlbriefumschlag beim Wahlleiter in der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, I. Stock, eingegangen sein. Es kommt also nicht auf das Datum des Poststempels an.

Die Stimmzettel mit den zugelassenen Wahlvorschlägen, zwei undurchsichtige Wahlumschläge, ein Wahlbriefumschlag, ein Wahlausweis und ein Merkblatt zur schriftlichen Stimmabgabe werden am 3. April 2014 an die Wahlberechtigten abgesandt. Wer die Wahlpapiere bis zum 11. April 2014 noch nicht erhalten hat, wird gebeten, sich fernmündlich mit dem Geschäftsführer der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Konrad Curth (Tel.-Nr.: 0385-59108-0), in Verbindung zu setzen.

Die Stimmzettel für die Wahl über die Kreisliste und über die Landesliste sind in getrennte, entsprechend gekennzeichnete Wahlumschläge zu stecken und zu verschließen. Die Umschläge sind dann zusammen mit dem Wahlausweis sowie einer Erklärung des Wählers, dass er die Wahl frei und unbeeinflusst durchgeführt hat und der Stimmzettel von ihm persönlich ausgefüllt wurde, in dem ordnungsgemäß verschlossenen Wahlbriefumschlag

an den Wahlausschuss zurückzusenden. Das Porto für die Rücksendung zahlt der Empfänger.

Ungültig sind Stimmzettel, die

- nicht amtlich hergestellt sind,
- den Willen des Wählers nicht zweifelsfrei erkennen lassen oder
- mit unzulässigen Angaben versehen sind.

Die Übersendung von Stimmzetteln oder Wahlumschlägen mehrerer Wähler in einem Wahlbriefumschlag führt ebenfalls zur Ungültigkeit der Stimmzettel.

5. Ermittlung und Bekanntgabe des Wahlergebnisses

Das Wahlergebnis wird von der Wahlkommission am 21. Mai 2014 durch Auszählung der Stimmzettel ermittelt. Der Wahlleiter benachrichtigt die Gewählten mit der Aufforderung, sich binnen einer Woche nach Erhalt der Nach-

richt über die Annahme der Wahl zu äußern. Gibt der Bewerber innerhalb der Frist keine Erklärung ab, gilt die Wahl als angenommen.

Das vorläufige Wahlergebnis wird vom Wahlleiter im Internet unter <http://www.zaekmv.de> ab dem 28. Mai 2014 veröffentlicht. Das endgültige Wahlergebnis wird im Mitteilungsblatt dens bekannt gegeben.

Es gelten die Vorschriften der Wahlordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 1. Dezember 2012, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung am 15. Juni 2013.

Schwerin, den 5. November 2013
Rechtsanwalt Henning Niemann, Wahlleiter

Treffen der Öffentlichkeitsarbeiter

Wie werden erfolgreiche Patienteninformationen erstellt?

Auf Einladung der Bundeszahnärztekammer unter Federführung von Bundesvizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich trafen sich die Öffentlichkeitsbeauftragten der zahnärztlichen Körperschaften Deutschlands am 25. und 26. September in Leipzig. Gastgeber vor Ort waren die Landes Zahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen.

Der thematische Schwerpunkt an diesen beiden Tagen rankte sich um die Erstellung erfolgreicher Patienteninformationen. Patienten zu informieren und vertrauensvoll aufzuklären gehört zum Handwerkszeug eines jeden Zahnmediziners. Hier muss die Öffentlichkeitsarbeit des Berufsstandes ansetzen und mit gut gemachtem Patienteninformationsmaterial den Zahnarzt unterstützen. Darüber hinaus sollte bedacht werden, dass der Zahnarzt im vertrauensvollen Gespräch mit den Patienten als bester Multiplikator für berufsständische Botschaften wirken kann.

In seinen einleitenden Worten wies Prof. Oesterreich darauf hin, wie wichtig gut gemachte Patienteninformationen für die Stärkung des Vertrauensverhältnisses des Zahnarztes zum Patienten sind. Bundeszahnärztekammer und DGZMK werden zukünftig gemeinsam Patienteninformationen und verstärkt Leitlinien erarbeiten. Zum Thema Evidenzbasierung seien insbesondere die Fachgesellschaften gefordert, der gesamten Zahnärzteschaft ihr



Bundesvizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich hatte in seiner Eigenschaft als Öffentlichkeitsreferent der Bundeszahnärztekammer zum Herbsttreffen nach Leipzig eingeladen

Wissen zur Verfügung zu stellen und nicht nur den eigenen Mitgliedern.

Gemeinsame und breit in die Öffentlichkeit gestreute Patienteninformationen müssen das Ziel sein. Ebenso wird von Seiten der Berufspolitik das Zentrum für Zahnärztliche Qualität (zzq), welches Anfang des Jahres seinen Sitz nach Berlin verlagert



Die Vertreter der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern: Gerald Flemming (l.) und Konrad Curth
Fotos: Jana Zadow-Dorr (3)



Die Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern: v.l. Kerstin Abeln, Anke Schmill und Dr. Manfred Krohn

hat, intensiver an der Entwicklung von Patienteninformationen beteiligt. Ziel müsse es sein, die Patienten zu informierten Entscheidungen zu führen.

Die gut ausgesuchten Referenten mühten sich an beiden Tagen redlich, den Teilnehmern die Anforderungen an verständliche und fundierte Patienteninformationen zu kommunizieren. Dabei wurden den Öffentlichkeitsarbeitern viele praktische Tipps gegeben. So sollte z. B. derjenige, der für seine Patienten selbst Informationstexte erstellt, einmal die Internetseite www.stilversprechend.de nutzen, um die Lesbarkeit seiner Texte zu überprüfen. Die von der Bundeszahnärztekammer auf ihrer Internetseite veröffentlichten Patienteninformationen (www.bzaek.de) wurden von den Fachmännern als durchaus gut gemacht und brauchbar bezeichnet.

Am Ende der Veranstaltung resümierten der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz und Prof. Oesterreich, dass Patienteninformationen der Selbstverwaltung unbedingt nötig seien, um bei Patienten das Vertrauen in ihren Zahnarzt und in die Zahnärzteschaft allgemein zu stärken.

Konrad Curth

Landes Zahnärztekammer Brandenburg
Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg
Quintessenz Verlag Berlin

23. Brandenburgischer Zahnärztetag

22./23. November 2013
in der Messe Cottbus

Tagungsthema:
**„Chirurgie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde –
Was gibt es Neues? Was ist etabliert?“**

Willkommen
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Bodo Hoffmeister, Berlin

- Wissenschaftliches Programm für Zahnärzte am Freitag und Samstag
- Programm für Zahnmedizinische Fachangestellte am Freitag
- umfangreiche Dentalausstellung
- Gesellschaftsabend am Freitag im Radisson Blu Hotel Cottbus

Das gesamte Programm sowie die Online-Anmeldung finden Sie unter www.lzkb.de.



Retten, was zu retten ist – vom Hochwasser verwüstete Zahnarztpraxis in Friedeburg an der Saale (Sachsen-Anhalt) – rechts
Fotos: LZÄK Sachsen (3)

Fluthilfe Spendenscheck übergeben Hilfswerk Deutscher Zahnärzte sammelte für Kollegen

Geschätzte Schäden (in Euro)

Bundesland	geschätzte Schadenshöhe
Bayern	341.000
Sachsen	880.000
Sachsen-Anhalt	301.300
Thüringen	473.500
Gesamt	1.995.800

Mit den durch die Zahnärzteschaft gesammelten bzw. über Hilfsfonds zur Verfügung gestellten Geldern können ca. 45 Prozent der Schäden reguliert werden. Wissen muss man, dass die Praxen, die in durch Hochwasser gefährdeten Gebieten liegen, in der Regel keinen Versicherungsschutz erhalten.

Spendenmittel / Hilfsfonds (in Euro)

Bundesland	Spendenmittel / Hilfsfonds
Bayern	61.280
Sachsen	195.749
Sachsen-Anhalt	55.000
Thüringen	61.000
Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte	70.150

Der Vorsteher des Hilfswerkes Deutscher Zahnärzte Dr. Klaus Winter (Mitte) überreichte Vertretern der betroffenen Kammern symbolisch den Spendenscheck des zentralen Fluthilfekontos der deutschen Zahnärzte in Höhe von 70 150 Euro

Auf der Koordinierungskonferenz der Öffentlichkeitsbeauftragten in Leipzig berichtete der Vizepräsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen, Dr. Thomas Breyer aus Meißen, eindrucksvoll über das Ausmaß der Schäden durch die Flut im Sommer in den betroffenen Zahnarztpraxen in Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Dr. Klaus Winter, Vorsteher des Hilfswerkes Deutscher Zahnärzte (HDZ), überreichte Vertretern der betroffenen Kammern symbolisch den Spendenscheck des zentralen Fluthilfekontos der deutschen Zahnärzte in Höhe von 70 150 Euro. Auch im Mitteilungsblatt *dens* wurde wiederholt um Spenden für dieses Konto geworben. Das Juni-Hochwasser hatte Schäden von rund zwei Millionen Euro in den zahnärztlichen Praxen der vier Bundesländer hinterlassen. **Konrad Curth**



Ergänzende Hilfe im 80. ZahnRat

Patienteninformationen zu craniomandibulären Dysfunktionen

Der ZahnRat 80 zu craniomandibulären Dysfunktionen wurde in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK erstellt. Die Autoren sind Priv.-Doz. Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg, Dr. Matthias Lange, Berlin, und Prof. Dr. Peter Ottl, Rostock.

Ausgehend von den Ursachen und den Leitsymptomen craniomandibulärer Dysfunktionen werden den Patienten die Untersuchungsmethoden der klinischen und instrumentellen Funktionsanalyse beschrieben. Die zahnärztliche Einschätzung der Beschwerden muss auf einer soliden Diagnose beruhen. Darauf aufbauend, werden den Patienten verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Auch wird darauf eingegangen, was der Patient selbst tun kann, um eine Linderung der Beschwerden, eine Schmerzreduktion und die Wiederherstellung der Funktion des Kauorgans zu erreichen.

Allein die Aufklärung über die Ursachen ihrer Beschwerden und zu wissen, dass gute Möglichkeiten der erfolgreichen Behandlung bestehen, ist für CMD-Patienten hilfreich. Hier setzt der ZahnRat 80 als sinnvolle Ergänzung des Gespräches des Zahnarztes mit den betroffenen Patienten an.

Im Internet: www.zahnrat.de

ZÄK M-V

ZahnRat-Herausgeber sind die (Landes-)Zahnärztekammern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie die KZV Sachsen-Anhalt.

Nachbestellungen der Patientenzeitung sind über den Verlag Satztechnik Meißen GmbH, Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meißen möglich (Telefon 03525 7186-0, Telefax 03525 7186-12, Email: info@satztechnik-meissen.de) Internet: www.satztechnik-meissen.de

Versandkosten (zzgl. 7 % MwSt.):

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

Mundgesundheit auf dem Prüfstand

Fünfte Deutsche Studie in Deutschland gestartet

Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) beginnt. Im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung werden in den nächsten neun Monaten, von Oktober 2013 bis Juni 2014, insgesamt über 4000 Personen ausführlich befragt und zahnmedizinisch untersucht. Die Daten werden alle sieben bis acht Jahre erhoben.

Per Zufallsauswahl wurden diese aus 90 über ganz Deutschland verteilten Gemeinden ausgewählt und per Brief gebeten, sich an der Untersuchung zu beteiligen. Die zahnmedizinischen Untersuchungen und Befragungen sind freiwillig und unterliegen dem strikten Datenschutz des Bundesdatenschutzgesetzes.

Die Testpersonen stammen aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen. Erstmals werden in der Untersuchung zur DMS V auch Patienten über 74 Jahre einbezogen, um die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft abzubilden.

„Als Wiederholungsuntersuchung gibt die DMS einen langfristigen Überblick über Zunahme oder Rückgang der oralen Erkrankungen. Sie liefert zentrale Daten für die Gesundheitsberichterstattung und die Versorgungsforschung. Damit ein wirklich repräsentatives Bild für Deutschland entsteht, ist eine hohe Beteiligung an der Studie bedeutend“, erklärt Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer.

„Die DMS V hilft uns, Versorgungsdefizite frühzeitig zu erkennen und im System der gesetzlichen Krankenversicherung gegenzusteuern“, verdeutlicht Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

Die Daten der DMS V werden anonymisiert, durch das IDZ wissenschaftlich aufbereitet und im Rahmen eines Forschungsberichts voraussichtlich 2015 veröffentlicht. Die Ergebnisse sollen helfen, den aktuellen Mundgesundheitszustand in Deutschland zu dokumentieren und Anhaltspunkte für mögliche Verbesserungen der zahnmedizinischen Vorsorge und Behandlung zu finden.

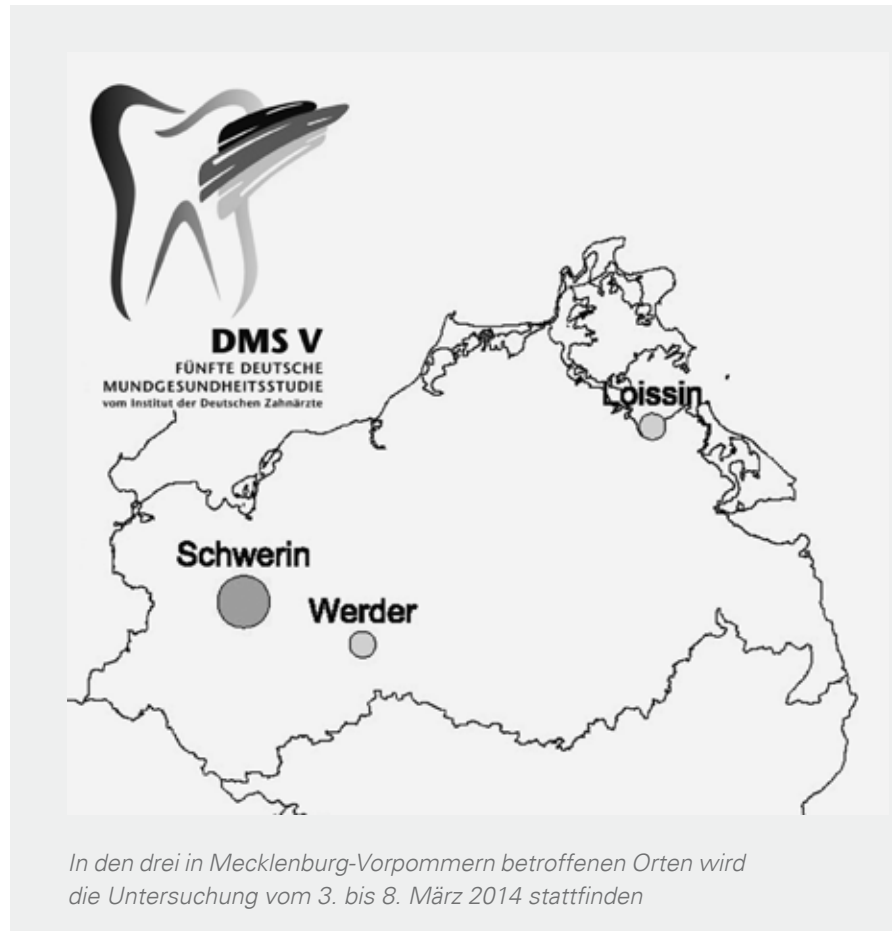
Die Deutschen Mundgesundheitsstudien erbringen wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zu Fragen wie: Wie gesund sind die Zähne der Deutschen? Wie häufig liegen Karies, Parodontalerkrankungen oder Zahnverlust vor? Welche sozi-

alen Faktoren beeinflussen die Mundgesundheit? Alle Untersuchungen und Befragungen im Rahmen der aktuellen DMS V werden von speziell geschulten Zahnärzten und Interviewern durchgeführt. In den bundesweiten Untersuchungsgemeinden wurden die öffentlichen Stellen wie Bürgermeisteramt, Polizei, örtliche Presse vorab über die anlaufende Mundgesundheitsstudie informiert.

Projektpartner des IDZ ist die Kantar Health GmbH aus München.

Die DMS ist nicht nur eine Momentaufnahme der Mundgesundheit der Deutschen, als Wiederholungsuntersuchung gibt sie einen Überblick der Entwicklungen über die Jahrzehnte, liefert eine solide Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung und ist ein wesentlicher Beitrag der Versorgungsforschung.

Die Ergebnisse der letzten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) haben gezeigt, dass die Mundgesundheit in Deutschland dank guter zahnärztlicher Versorgung und erfolgreicher Prävention kontinuierlich besser geworden ist.



Erstmals Frau an der Spitze

Dr. Kerstin Blaschke neue Bundesvorsitzende des FVDZ

Die Delegierten der Hauptversammlung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) haben Dr. medic/IfM Timisoara Kerstin Blaschke, Zahnärztin aus Schmalkalden, am 12. Oktober in Bonn mit großer Mehrheit zur Bundesvorsitzenden gewählt. Blaschke übernimmt damit das Amt von Dr. Karl-Heinz Sundmacher, der nicht mehr zur Wahl antrat. Die Thüringerin gehört seit 2007 dem Bundesvorstand an, seit 2009 ist sie stellvertretende Bundesvorsitzende des FVDZ. Bei der Wahl setzte sie sich gegen Dr. Reiner Zajitschek durch, der in den letzten zwei Jahren ebenfalls als stellvertretender Vorsitzender im Bundesvorstand aktiv war.

Mit Kerstin Blaschke steht erstmals eine Frau an der Spitze des größten zahnärztlichen Berufsverbands in Deutschland. Gemeinsam mit den neu gewählten Stellvertretern Dr. Michael Betz aus Karlsdorf-Neuthard (Baden-Württemberg) und Joachim Hoffmann aus Kirchhundem (Westfalen-Lippe) wird sie den Verband in den nächsten zwei Jahren leiten.

Weiterhin in den Bundesvorstand gewählt wurden Dr. Wolfram Sadowski (Gransee), Dr. Thomas Wolf (Mainz), Dr. Andreas Friedrich (Kassel), Dr. Christian Öttl (München), Dr. Heike Rump-



v.l.n.r. unten: Hubertus van Rijt, Dr. Andreas Friedrich, Dr.-medic/IfM Timisoara Kerstin Blaschke, Dirk Ruffing Mitte: Joachim Hoffmann, Dr. Heike Rump-Schaefer, Dr. Dirk Specht, Dr. Wolfram Sadowski oben: Dr. Christian Öttl, Dr. Michael Betz, Dr. Thomas Wolf

Foto: Kornelia Danetzki (Bonn)

Schaefer (Bad Neuenahr-Ahrweiler), Hubertus van Rijt (Bielefeld), Dirk Ruffing (Bexbach) und Dr. Dirk Specht (Wuppertal). **FVDZ**

Stellungnahme zum Amalgam

Wissenschaftlicher Beratungsausschuss der EU-Kommission

Mit deutlicher Verzögerung hat der wissenschaftliche Ausschuss für Gesundheits- und Umweltrisiken, das Scientific Committee on Health and Environmental Risks (SCHER), ein Beratungsgremium der Europäischen Kommission, am 25. September die vorläufigen Ergebnisse seiner Stellungnahme zu den Gesundheitsauswirkungen von Amalgam vorgestellt. Die Experten kommen dabei zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitsgefährdung vergleichsweise gering ist. Damit werden die Ergebnisse einer ähnlichen Studie von 2008 bestätigt. Mehr Daten wünschen sich die Experten allerdings zu alternativen

Füllmaterialien, insbesondere sehen sie bei Bisphenol A-haltigen Produkten besonderen Forschungsbedarf. Die vorläufige Stellungnahme und weitere Informationen über die Arbeit von SCHER (englisch) sind abrufbar unter: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consultations/public_consultations/scher_cons_06_en.htm

Interessierte haben bis zum 20. November die Möglichkeit, die vorläufigen Ergebnisse unter folgendem Link zu kommentieren: <http://ec.europa.eu/yourvoice/ipm/forms/dispatch?form=dentalamalga m2013&lang=en> **BZÄK Klartext Europa 1/2013**

EU will Freie Berufe demontieren

Bundeszahnärztekammer: Mobilität darf Qualität nicht aushöhlen

Die Europäische Kommission fordert die EU-Mitgliedstaaten auf, bei so genannten regulierten Berufen, z. B. Freien Berufen und Handwerk, das Berufsrecht zu überprüfen und gegebenenfalls abzuschaffen. Erfasst werden ausdrücklich alle regulierten Berufe einschließlich der Gesundheitsberufe. Die Bundeszahnärztekammer kritisiert den Vorstoß der Kommission als Frontalangriff auf Freiberuflichkeit und Qualität der deutschen Ausbildungsberufe.

In den Prüfauftrag einbezogen werden insbesondere Berufsausübungsregeln und Regeln zum Berufszugang sowie die Mitgliedschaft in Berufskammern. Die Europäische Kommission möchte damit die Finanzkrise angehen und das Wirtschaftswachstum anregen.

„Die europäische Freizügigkeit darf nicht zu einer Aushöhlung der Qualität führen. Vor allem für Patienten muss das Qualifikationsniveau der Behandler

sichergestellt sein“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. „Mit diesem Vorstoß sollen bewährte Systeme der beruflichen Selbstverwaltung, die im Interesse der Patienten und Verbraucher eine hohe Qualität beruflicher Leistungen garantieren, ohne Not zerstört werden.“

„Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, die Folgen der Wirtschafts- und Finanzkrise, die durch die völlige Liberalisierung des Finanzsektors ausgelöst wurde, nun durch die Liberalisierung der regulierten Berufe kompensieren zu wollen“, so Engel abschließend.

Hintergrund

Bei einem regulierten Beruf wird durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften festgelegt, dass die Berufsausübung nur erfolgen darf, wenn der Nachweis über eine bestimmte Qualifikation erbracht wurde. **BZÄK**

Wege aus der Krise

Wirtschaftsmotor Freie Berufe: 8. Europatag der BZÄK

Der Europatag der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) am 18. September stand unter dem Motto „Wege aus der Krise: Wirtschaftsmotor Freie Berufe“. Ausgehend von der Zahnärzteschaft zeigte die BZÄK die Bedeutung Freier Berufe als veritablen Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor auf. Rund 80 Teilnehmer aus Europäischen Institutionen sowie nationalen und europäischen Berufsverbänden folgten der Einladung nach Brüssel.

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel wies darauf hin, dass Freiberufler eine erfolgreiche Sonderform klein- und mittelständischer Unternehmen mit gesellschaftlichem Mehrwert seien. Die Freien Berufe seien derzeit zwei Strömungen in der EU-Kommission ausgesetzt: Die Generaldirektion Unternehmen hat ihren Aktionsplan Unternehmertum 2020 veröffentlicht, in welchem sie aufruft, das wirtschaftliche Potential der Freiberufler besser zu nutzen. In eine andere Stoßrichtung weist die in der Generaldirektion Binnenmarkt geführte Diskussion, das schwächelnde Wirtschaftswachstum in Europa durch den Abbau von Berufsrecht gerade auch

bei den Freien Berufen zu stimulieren. Letzterem erteilte Engel eine Abfuhr, eine Aufweichung für Wachstum sei nicht der richtige Weg. Es bestünde die Gefahr, zugunsten einmaliger Beschäftigungseffekte bewährte Strukturen aufzugeben, ohne die Auswirkungen auf Patienten, Kunden oder Mandanten zu beachten.

Prof. Dr. Martin Henssler vom Europäischen Zentrum für Freie Berufe, Universität Köln, eruierte, wie eine gute Regulierung bei den Freien Berufen aussehen könne und erläuterte anhand belegbarer statistischer Daten die wirtschaftliche Bedeutung der Freien Berufe in Europa.

(Inter-)nationale Experten und Referenten aus Politik und Verbänden diskutierten, welche Rolle die Freien Berufe bei der Stabilisierung des europäischen Arbeitsmarktes spielen können und unter welchen Bedingungen: Der Leiter des OECD-Centers Berlin, Heino von Meyer, betonte, dass Deutschland durch die duale Ausbildung beim Fachkräftenachwuchs im internationalen Vergleich gut abschneide.

In diesem Zusammenhang hob er die Rolle der Kammern als Träger der dualen Ausbildung hervor. Dr. Detlef Eckert, Direktor für Beschäftigungspolitik, EU-Generaldirektion Beschäftigung, räumte ein, dass den Freien Berufen als Beschäftigungsfaktor bislang zu wenig Aufmerksamkeit in Brüssel eingeräumt worden sei. Stephanie Mitchell, stellv. Referatsleiterin Generaldirektion Unternehmen, Europäische Kommission, stellte die Arbeit der Task Force Liberal Professions vor, die die Probleme freiberuflichen Unternehmertums analysieren wird. Die

Europaabgeordnete Nadja Hirsch, FDP, stellv. Vorsitzende des Beschäftigungsausschusses (EMPL) des Europäischen Parlaments (EP), bekräftigte, sich für den Erhalt und die Stärkung der Freiberuflichkeit auch in Europa einzusetzen. Dies sei jedoch nicht einfach, da der Begriff Freiberuflichkeit nicht einheitlich in Europa verstanden werde und das Verständnis fehle.

Informationen zur Veranstaltung:

<http://www.bzaek.de/wir-ueber-uns/europa.html>

BZÄK-Klartext Europa 1/2013



Der Beirat des NFI vor seiner Sitzung am 18. September in Hamburg: von links Andreas Bösch (Bremen), Dr. Thomas Einfeldt (Hamburg), Dr. Gunnar Schoepke (Schleswig-Holstein), Mario Schreen (Mecklenburg-Vorpommern)

Gemeinsame Fortbildungsangebote

Treffen des Beirates des Norddeutschen Fortbildungsinstituts

Regelmäßig trifft sich in Hamburg der Beirat des Norddeutschen Fortbildungsinstitutes für zahnmedizinische Assistenzberufe (NFI). Neu für Schleswig-Holstein fungiert jetzt Dr. Gunnar Schoepke. Auf der Sitzung des NFI-Beirates am 18. September wurden u. a. folgende Themen besprochen: der sehr gute Start des DH-Kurses am NFI und die Meinungsbildung zur Durchführung von Fortbildungen im NFI und in den

Kammern, die durch die Industrie gestützt und/oder gesponsert werden. Außerdem ging es um die Auswertung der Umfrage bei den Azubis in Hamburg über deren Zufriedenheit in der Ausbildung und um entsprechende Schlussfolgerungen. Die zukünftige Gestaltung gemeinsamer Fortbildungsangebote durch das NFI sowie die Vorbereitung auf die KoKo in Berlin waren weitere Themen.

Mario Schreen, Referat ZAH/ZFA

Fortbildung im November/Dezember

16. November Seminar Nr. 26
 Implantatprothetik – von der Gesamtplanung bis zum Recall
 Dr. Thomas Barth
 9–16 Uhr
 Trihotel am Schweizer Wald
 Tessiner Straße 103
 18055 Rostock
 Seminargebühr: 205 €
 9 Punkte

22./23. November Seminar Nr. 4
 Curriculum Funktionslehre kompakt – Modul 6
 Zahnärztliche Schlafmedizin – Protrusionsschienen zur Therapie von Schnarchen und Schnarchapnoe; Craniomandibuläre Dysfunktionen als Risikofaktor für Kopf- und Gesichtsschmerzen, Tinnitus, Halswirbelsäulen- und Rückenprobleme
 Dr. Susanne Schwarting,
 Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
 22. November 14–19.30 Uhr,
 23. November 9–17 Uhr

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
 Heinrich-Hammer-Institut
 Westring 496
 24106 Kiel
 Seminargebühr: 500 €
 19 Punkte

4. Dezember Seminar Nr. 37
 UPT Unterstützende Parodontitistherapie
 DH Jutta Daus
 14–19 Uhr
 Zentrum für ZMK
 Walther-Rathenau-Straße 42a
 17475 Greifswald
 Seminargebühr: 240 €

7. Dezember Seminar Nr. 29
 Klinische Funktionsanalyse – Essentiell in der CMD-Diagnostik und relevant vor definitiver Therapie (Demonstrations- und Arbeitskurs)
 Prof. Dr. Peter Ottl
 9–18 Uhr
 Klinik und Polikliniken für ZMK

„Hans Moral“
 Stempelstraße 13
 18057 Rostock
 Seminargebühr: 280 €
 9 Punkte

Das Referat Fortbildung ist unter der Telefonnummer: 0 385-5 91 08 13 und Fax: 0385-5 91 08 23 zu erreichen.

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

Fachsprachprüfungen gefordert Ärztekammer und Zahnärztekammer M-V wollen kooperieren

Seit langem fordert die Ärztekammer M-V, dass zuwandernde Ärztinnen und Ärzte ausreichende Sprachkenntnisse nachweisen müssen, um in Praxen und Kliniken eine gute Verständlichkeit zwischen Ärzten und Patienten zu gewährleisten.

Die Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz – derzeit das einzige Bundesland mit einem Pflicht-Sprachtest für Mediziner aus dem Ausland – belegen, dass der Test unverzichtbar scheint. 40 Prozent derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die bereits ein B2- oder C1-Sprachdiplom vorweisen können, bestehen die Prüfung nicht.

Die Ärztekammer und die Zahnärztekammer M-V haben am 30. Juli im Rahmen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen der Ministerin Manuela Schwesig ein Schreiben überreicht, in dem sie sich bereit erklären, Fachsprachprüfungen für ausländische Zahnärzte und Ärzte gemeinsam zu organisieren und durchzuführen. Ausreichende Deutschkenntnisse sollen vor Erteilung einer Berufserlaubnis oder einer Approbation mit einer Sprachprüfung nachgewiesen werden. Weitere Gespräche finden derzeit mit der Approbationsbehörde statt. **ÄK/ZÄK M-V**



Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

Punkte: 3

Referent: Andreas Holz, KZV M-V

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

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

Gebühr: 60 Euro für Zahnärzte, 30 Euro für Vorbereitungsassistenten und Mitarbeiter des Praxisteam.

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: 4. Dezember, 16–19 Uhr, Schwerin

E-Mail einfach online versenden

Inhalt: Elektronische Post – was ist das?; E-Mail-Programme kennenlernen; Outlook Express benutzen (E-Mail-Konto einrichten, meine erste Mail); Outlook Express anpassen (Ordner anlegen, Regeln für E-Mails aufstellen), Anhänge komprimieren und verschlüsseln (z. B. Röntgenbilder), Virenschutz Outlook Express

Wann: 8. Januar 2014, 16–19 Uhr, Schwerin

Zahnarztpraxis online

Inhalt: Grundlagen der Netzwerktechnik/Internet; Sicherheitsfragen bzw. -strategien; gängige Internetdienste sowie von der KZV angebotene Dienste vorstellen (*speziell Onlineabrechnung und BKV-Download*); alle notwendigen Schritte für die Onlineabrechnung; Vorstellung der Inhalte und mögliche Funktionen unter www.kzvmv.de (*Online-Formularbestellung, Service- und Abrechnungsportal, Download, Rundbriefe, dens etc.*)

Wann: 29. Januar 2014, 16–19 Uhr, Schwerin

Was der Zahnarzt über die Wirtschaftlichkeitsprüfung wissen sollte

Punkte: 4

Referenten: Dr. Hans-Jürgen Koch, Mitglied im Koordinati-

onsgremium der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V; Hans Salow, stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV M-V; Andrea Mauritz, Abt.-lfr. Kons./Chir. KZV M-V

Inhalt: Arten der Abrechnungsprüfung; die neue Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V in M-V; Hilfestellung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren betroffen sind, z. B. *Vorbereitung auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch professionelle Dokumentation; Wirtschaftlichkeitsprüfung optimal vorbereiten und erfolgreich abwickeln*

Wann: 27. November, 15–19 Uhr, Rostock

Gebühr: 150 € für Zahnärzte, 75 € für Praxismitarbeiter und Vorbereitungsassistenten

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin; Ansprechpartnerin: Antje Peters, E-Mail-Adresse: mitgliederwesen@kzvmv.de, Tel.: 0385-54 92 131 oder Fax: 0385-54 92 498.

KZV

Ich melde mich an zum Seminar:

- Was der Zahnarzt über die Wirtschaftlichkeitsprüfung wissen sollte am 27. November, 15 bis 19 Uhr, Rostock
- Einrichtung einer Praxishomepage am 4. Dezember, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- E-Mail einfach online versenden am 8. Januar 2014, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Zahnarztpraxis online am 29. Januar 2014, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Gebührenziffer 2420 GOZ

Berechnungshinweise zur „Phys“

Im Vergleich zur GOZ 88 hat es bei der Gebührennummer 2420 keine Veränderung in der Leistungsbeschreibung und der Punktzahl gegeben. Trotzdem ist immer wieder festzustellen, dass der Leistungsinhalt der Ziffer 2420 nicht korrekt umgesetzt wird.

GOZ 2420 **70 Punkte**
Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal

1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
3,94 €	9,05 €	13,78 €

Die Leistungsbeschreibung der 2420 stellt klar, dass es sich um zusätzliche Methoden *elektrophysikalisch-chemischer* Art handeln muss, die *zusätzlich* zu den üblichen mechanischen Methoden der Wurzelkanalaufbereitung angewandt werden. Die Formulierung „elektrophysikalisch-chemisch“ ist dabei als Sammelbegriff zu sehen. Je nach angewandter Methode treten mehr die elektrischen, physikalischen oder chemischen Wirkungsmechanismen in

den Vordergrund. Unter elektrophysikalisch-chemischen Methoden sind aus der Literatur eine Reihe von Maßnahmen bekannt: Elektrosterilisation, Elektroosmose, Kataphorese, Ionophorese, diathermische Verkochung von chemischen Lösungen, Ultraschallaktivierung von chemischen Lösungen u.a.

Dagegen stellen die obligatorische Wurzelkanalreinigung/-desinfektion (z. B. mit NaOCl) im Zusammenhang mit der mechanischen Aufbereitung des Wurzelkanals keine Leistungen nach der Ziffer 2420 dar, sondern sind Leistungsbestandteil der Wurzelkanalaufbereitung nach 2410 GOZ. Wird jedoch die Spülung mit Natriumhypochlorit oder Chlorhexidingluconat ultraschallaktiviert, sind die Kriterien der Ziffer 2420 erfüllt.

Die Leistung nach der GOZ-Nr. 2420 ist je Kanal und Sitzung berechnungsfähig. Es gibt keine gebührentechnischen Beschränkungen für die Wiederholbarkeit in Folgesitzungen.

Inwieweit eine Leistung nach der Ziffer 2420 im Rahmen der Wurzelbehandlung zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Leistung mit dem GKV-Patienten privat vereinbart werden darf, fällt in den Zuständigkeitsbereich der KZV MV und muss deshalb bitte dort erfragt werden.

GOZ-Referat

Patientenberatung und Infos zu Zähnen

Neue App kostenfrei verfügbar für iPhone/iPad und Android

Eine neue „Zahn-App“ ist da: Sie bietet wichtige Informationen zu Zähnen und Zahngesundheit, Kontakt zur Patientenberatung und zum Notfalldienst, ein Zahnlexikon mit 300 Begriffen und einen Kalender für Vorsorgetermine. Die App gibt es kostenfrei für iPhone, iPad und Android. Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (AG KZVs), bestehend aus den KZVs Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, hat die App initiiert und unter Beteiligung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg herausgegeben. Gerade in der Zahnmedizin sei die Patientenberatung und -information aufgrund der Vielzahl an möglichen Versorgungsformen unerlässlich. „Mit der neuen Zahn-App wollen wir einen weiteren Beitrag für eine

verständliche, qualitativ und fachlich hervorragende Patientenberatung mit modernen Medien leisten“, betont die AG KZVen, und sie ist überzeugt: „Wir schreiben damit unser seit Jahren erfolgreiches Modell der zahnmedizinischen Patientenberatung und Zweitmeinung fort“. Gesundheits-Apps werden zunehmend stark genutzt, die mobile Gesundheitskommunikation ist ein Zukunftstrend: Jeder dritte Smartphone-Nutzer schätzt diese Form der Information, bei den 18- bis 29-Jährigen sagen bereits 40 Prozent, dass ihnen dies wichtig sei (Quelle: repräsentative Umfrage der Kommunikationsberatung MSL Germany).

Die „Zahn-App“ gibt es kostenfrei im AppStore oder unter Google Play.

AG KZVs

Service der KZV

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt und können bei Bedarf angefordert werden: Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung; Praxis sucht Vorbereitungsassistent/Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt; Praxisabgabe; Praxisübernahme; Übernahme von Praxisvertretung.

Siehe dazu auch die Online-Stellen- und Praxisbörse der Zahnärztekammer unter www.zaekmv.de.

Sitzungstermin des Zulassungsausschusses

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am **22. Januar 2014** (*Annahmestopp von Anträgen: 2. Januar 2014*) 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 in 19055 Schwerin, Wismarsche Straße 304, 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. Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses: Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung; Ruhen der Zulassung; Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes; Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes); Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang); Verzicht auf die Zulassung. Interessenten erfahren Näheres bei der KZV M-V (Tel. 0385-54 92-130 oder per E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Dipl.-Stom. Frank Zech, niedergelassen in 18107 Rostock, Warnowallee 31, beschäftigt ab dem 7. November Dörte Möller als ganztags angestellte Zahnärztin.

Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Seit dem 1. November lautet die neue Praxisanschrift von Dipl.-Stom. Jörg Kujawa 19057 Schwerin, Warnitzer Straße 2.

KZV

Vorsicht vor Abzocke

Immer auch das Kleingedruckte lesen

Immer wieder gibt es Schreiben von so genannten Branchenverzeichnissen, zum Teil offiziell gestaltet (z. B. „Europäisches Arztregister“), in denen durch Unterschrift die Richtigkeit der Angaben über die eigene Praxis zu bestätigen ist. Im Kleingedruckten steht dann tatsächlich, dass es um ein kostenpflichtiges Vertragsangebot geht. Was aber, wenn man „im Eifer des Gefechts“ die Vereinbarung unterzeichnet zurückgeschickt hat? Der Bundesgerichtshof hat dazu in einem Urteil am 30. Juni 2011 entschieden, dass ein formularmäßig aufgemachtes Angebotsschreiben für einen Eintrag in ein Branchenverzeichnis, das nach seiner Gestaltung und nach seinem Inhalt darauf angelegt ist, bei einem flüchtigen Leser den Eindruck hervorzurufen, mit der Unterzeichnung und Rücksendung des Schreibens werde lediglich eine Aktualisierung von Eintragsdaten im Rahmen eines bereits bestehenden Vertragsverhältnisses vorgenommen, gegen das Verschleiervorbot und das Irreführungsvorbot des Wettbewerbsrechts verstößt. Auch das

Bürgerliche Gesetzbuch enthält eine Regelung, nach der Bestimmungen in Musterformularen, die nach den Umständen so ungewöhnlich sind, dass man mit Ihnen nicht rechnen müsste, nicht Vertragsbestandteil werden. Es gibt also gute Argumente, die für die Unwirksamkeit derartig versteckter Preisvereinbarungen sprechen. Dennoch gibt es immer wieder Gerichte, die derartige Vereinbarungen für rechtswirksam halten, da der Unterzeichner ja vorher hätte lesen können, was er unterschreibt. Sollte der Vertrag irrtümlich unterzeichnet worden sein, empfiehlt sich daher folgendes Vorgehen: Dem betreffenden Unternehmen möglichst umgehend und per Einschreiben mit Rückschein schriftlich mitteilen, dass der Vertrag wegen Täuschung und Irrtum angefochten wird. Rechnungen und Mahnungen sollten nicht bezahlt werden. Spätestens, wenn es ein gerichtliches Mahnschreiben oder eine Klage eingeht, empfiehlt es sich, einen Rechtsanwalt hinzuzuziehen.

**Rechtsanwalt Peter Ihle,
Hauptgeschäftsführer**

Arzthaftungsrecht

Prof. Dr. Markus Gehrlein

Das Arzthaftungsrecht kennt eine Vielzahl materiellrechtlicher und verfahrensrechtlicher Besonderheiten, die sich nur schwer in die gewohnte Dogmatik einfügen. Darum finden gerade jüngere Anwälte, die sich erstmals mit Fragen der Arzthaftung befassen, zu der ihnen fremden Materie nur schwer Zugang. Das Werk vermittelt im Einzelnen insbesondere das Basiswissen, die Haftung aus Behandlungsfehlern und Aufklärungsmängeln, die sowohl eine vertragliche als auch eine deliktische Grundlage haben. Dadurch wird der Rechtsanwender in die Lage versetzt zu erkennen, gegen wen und auf welcher Rechtsgrundlage Ansprüche wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung erhoben werden können.

Soweit für das rechtliche Verständnis von Bedeutung, werden medizinische Beispiele in die Darstellung einbezogen.

Abgerundet wird der Überblick durch eine Erörterung der verfahrensrechtlichen Besonderheiten des Arzthaftungsprozesses.

Anlass für ein neues und aktuelles Werk zum Arzthaftungsrecht ist auch das im Frühjahr 2013 in Kraft getretene Patientenrechtgesetz. Das neue Gesetz gleicht das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient aus und soll auch für die Behandlungsseite Klarheit und Verlässlichkeit bringen. Es normiert die wichtigsten Rechte und Pflichten, wie zum Beispiel umfassende Information vor der Behandlung, verständliche Erklärung aller wesentlichen Fakten von Diagnose bis Therapie, Inhalte der bei Streitigkeiten wichtigen Patientenakte. Diese Neuerungen finden in dem Werk Berücksichtigung.

Das Werk wendet sich an Rechtsanwälte, Richter, Versicherungsjuristen, Ärzte sowie an „arzthaftungsrechtliche Laien“.



Verlag C.H. BECK, 2013; 161 Seiten, kartoniert, 33 Euro; ISBN: 978-3-406-64612-6

Verlagsangaben

Bazan/Dann/Errestink

Rechtshandbuch für Ärzte und Zahnärzte

Berufsrecht · Vergütung
Betriebswirtschaft · Steuern
Compliance · Haftung



Verlag C.H. Beck, 2013; Buch. XXI, 740 Seiten in Leinen; ISBN 978-3-406-63558-8; 125 Euro

Rechtshandbuch

Autoren: Bazan/Dann/Errestink

In Kooperation mit dem Hartmannbund wurde ein umfassendes Rechtshandbuch für Ärzte und Zahnärzte erarbeitet, welches folgende Themen beinhaltet: ärztliches und zahnärztliches Berufsrecht; Ausübungsformen und Kooperationen; Vergütungsrecht; Betriebswirtschaft; Steuerrecht; Projektmanagement; Compliance; zivilrechtliche Haftung; strafrechtliche Verantwortung; berufsrechtliche Folgen; ärztliches und zahnärztliches Disziplinarrecht sowie Arbeitsrecht: Mitarbeiter einstellen, beschäftigen und kündigen.

Zahlreiche praktische Hinweise, Muster und Übersichten runden die Darstellung ab. Ein ausführliches Sachverzeichnis erleichtert den Zugang zum Werk.

Aktuell mit den Änderungen im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung.

Insgesamt: Ein unentbehrlicher Ratgeber für jeden Arzt und Zahnarzt. Herausgeber und Autoren sind langjährig im Medizinrecht tätig und beraten bzw. vertreten Ärzte und Zahnärzte. Weitere Informationen zum Titel unter www.beck-shop.de/10086370.

Verlagsangaben

Lebensdauer traditioneller Brücken

Nachuntersuchungen zu Funktionsdauer und Komplikationen

In der zahnärztlichen Prothetik werden seit Ende des 19. Jahrhunderts Brücken zum Lückenschluss verwendet. Sie haben sich als langlebig und zuverlässig bewährt. In einer retrospektiven Untersuchung wurden die Daten der rund 3200 traditionellen Brücken, die an Dresdener Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus in den Jahren 1991–2004 eingegliedert wurden, erstmalig statistisch ausgewertet.

In diesem Artikel sollen die Funktionsdauer (Überlebenszeit) von traditionellen Brücken sowie die biologischen und technischen Gründe für deren Versagen dargestellt und folgende Fragen beantwortet werden: Wie lange ist eine Brücke statistisch gesehen in situ? Welche Gründe führen zum Versagen? Gibt es dabei Unterschiede zwischen Endfeilerbrücken und Extentionsbrücken oder ist die Länge der Brücke entscheidend? Des Weiteren wurde untersucht, welche biologisch bedingten und technischen Komplikationen auftraten und welche davon am häufigsten.

Die Funktionsdauer von Brücken sowie die Häufigkeit von Komplikationen wurde international anhand vieler Patientenkollektive beschrieben. Die besonders beachteten Metaanalysen von SCURRIA [1], TAN [2] oder CREUGERS [3] ermittelten mit Hilfe sehr hoher Fallzahlen (2761, 3548, 4118), dass sich nach 10 Jahren noch ca. 90 Prozent aller Brücken in situ befinden. Allerdings fanden einzelne Autoren mit ebenfalls großen Patientenfallzahlen auch geringere Überlebensraten. So ermittelte D.H. ROBERTS [4] in den 70er Jahren mit 1046 Brücken eine Überlebensrate von 79,2 Prozent nach 10 Jahren. Die letzte große deutsche Arbeit zu diesem Thema wurde 1991 von Prof. KERSCHBAUM [5] veröffentlicht. Er kam dabei mit 1669 Brücken auf ein Ergebnis von 82 Prozent nach zehn Jahren.

Begriffsbestimmung

Traditionelle Brücke

Sie besteht aus mindestens zwei Brückenankern, die mit Hilfe eines oder mehrerer Brückenglieder die verloren gegangenen Zähne ersetzen. Als Brückenpfeiler dienen natürliche Zähne, auf denen die Brücke durch Beschleifen der Zahnhartsubstanzen befestigt wird. Das Brückengerüst besteht aus einem Stück Metalllegierung und kann mit Kunststoff oder Keramik verblendet sein. Folglich sind in diesem Begriff implantatgetragene, Klebe- und geteilte Brücken nicht enthalten.

Die in dieser Arbeit untersuchten „Risikobrücken“ sind solche, bei denen Ante's Gesetz überschritten wird (in der Regel drei aufeinander folgende Brückenglieder oder mehr).

Abbildung 1 – Alter der Patienten bei Eingliederung der Brücke

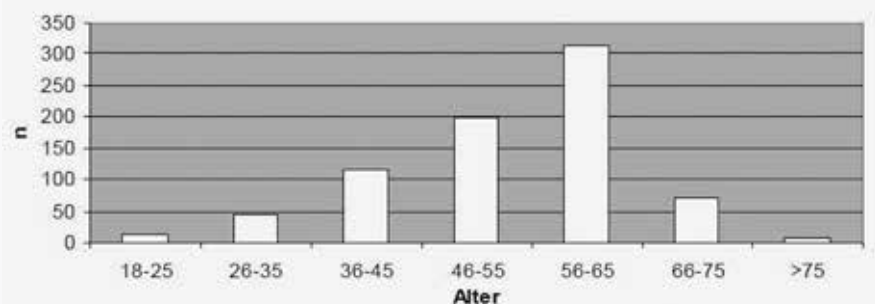
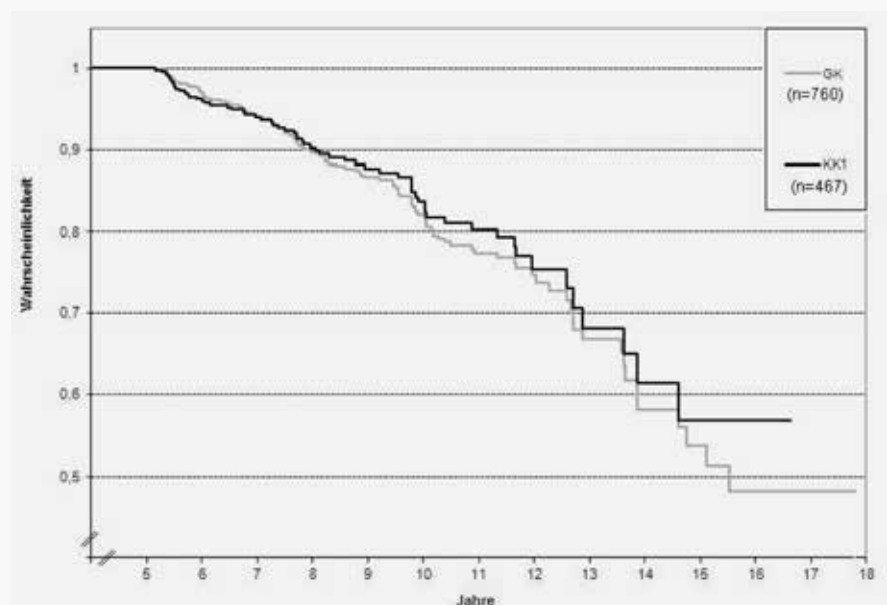


Abbildung 2: Überlebenskurve aller Brücken im Gesamtkollektiv (GK) sowie im Kontrollkollektiv 1 (KK1; nur eine zufällig gewählte Brücke pro Patient)



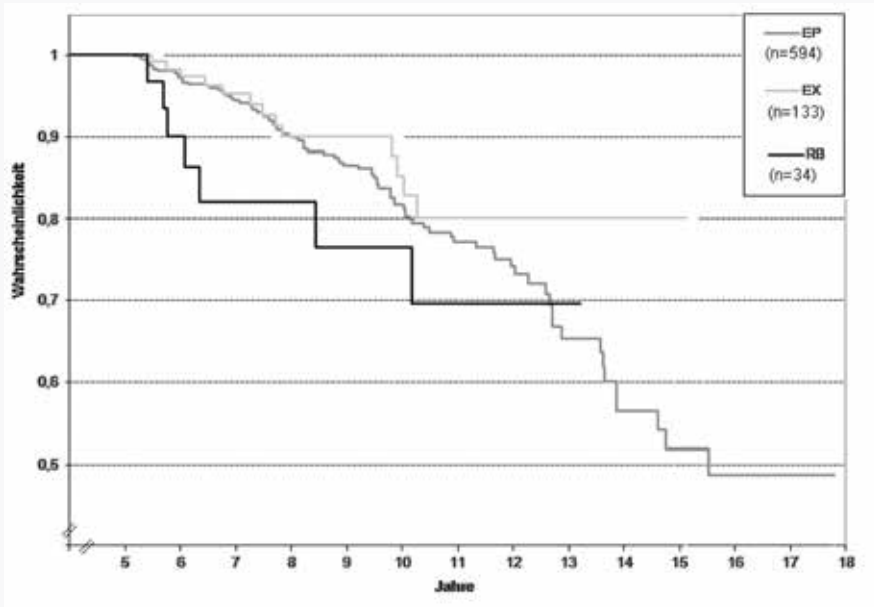


Abbildung 3: Überlebenskurve der Endpfilerbrücken (EP), Extensionsbrücken (EX) und Risikobrücken (RB)

Funktionsdauer

Die Funktionsdauer beginnt mit der dokumentierten definitiven Befestigung der Brücke und endet mit deren definitiven Entfernung bzw. Trennung. Die Weiterverwendung entfernter Brücken als Provisorien vor einer erneuten prothetischen Versorgung blieb dabei unberücksichtigt.

Komplikationen

Als Komplikationen bezeichnet man eine unerwünschte Folge eines Eingriffes. Vom Wesen her ist sie „schicksalhaft“ (obwohl nicht selten Ernährungs- und Pflegedefizite dazu beigetragen haben) und ist somit vom Behandlungsfehler, der dem Zahnarzt oder Zahntechniker anzulasten wäre, abzugrenzen. Eine Komplikation macht in der Regel eine Folgetherapie erforderlich. Die Komplikationen sind entweder biologischer (aufgrund der besonderen Situation in der Mundhöhle) oder technischer (material- oder verarbeitungsbedingt) Natur.

Datenbasis

Die Nachuntersuchung umfasste ausschließlich Brücken, die eine Funktionsdauer von mindestens fünf Jahren aufwiesen. In der Literatur wird für diesen Zeitrahmen eine Verlustrate von vier bis fünf Prozent aller Brücken [3] [5] [6] angegeben. Dieses Ausschlusskriterium wurde gewählt, um Hochrisikobrücken, nicht indizierte Versorgungen, fehlerhafte Zementierungen sowie grobe Materialfehler (Fehl-guss, inkompatible Aufbrennkeramik) auszublenden, da diese Ereignisse vom eher schicksalhaften Versagen abzugrenzen sind. Als weiteres Ausschlusskriterium wurde eine fünfjährige Mindestbeobachtungszeit festgelegt, um belastbare, langfristige Daten zu erhalten sowie einen positiven Bias (systematischer Fehler) durch den Ausschluss der zu kurzlebigen

Brücken zu vermeiden. Sehr häufig war dabei zu beobachten, dass Patienten nach erfolgter prothetischer Behandlung nicht wieder vorstellig wurden. Dies ist wahrscheinlich der besonderen Situation einer Universitätsklinik zuzuschreiben (überwiesene, besonders schwierige Fälle, die anschließend wieder beim Hauszahnarzt behandelt werden; Patientenrekrutierung nur für einzelne Arbeiten im Studentenkurs).

Diese Studie umfasst daher 467 Patienten. Darunter waren 42 Prozent Männer und 58 Prozent Frauen. Aus Abbildung 1 geht hervor, dass die Altersverteilung der Patienten bei Eingliederung der Brücke einer Gaußschen Normalverteilung

entspricht. Das Durchschnittsalter beträgt 53,62 Jahre ($\pm 11,25$ Standardabweichung).

Bei diesen Patienten wurden 760 die Einschlusskriterien erfüllende Brücken (1,62 Brücken pro Patient) inkorporiert, 427 Brücken davon im Oberkiefer und 333 im Unterkiefer. Innerhalb dieser Brücken sind 35 überspannig (drei oder mehr aufeinander folgende Zwischenglieder) und 133 Extensionsbrücken. Kumulativ wurden 1872 Pfeiler und 1102 Brückenglieder sowie 136 Extensionsglieder betrachtet. Von den Pfeilern trugen initial 3,7 Prozent ausschließlich eine Wurzelfüllung, 16 Prozent zusätzlich einen Stift-Stumpf-Aufbau, 2 Prozent waren wurzelspitzenreseziert, 0,4 Prozent hemiseziert und 0,3 Prozent hatten parapulpäre Stifte.

Ergebnisse

A) Funktionsdauer

Merke: Zehn bis 18 Prozent der Brücken sind nach zehn Jahren irreparabel defekt. Extensionsbrücken sind bei strenger Indikationsstellung mit 17 Prozent Verlustrate ebenfalls eine verlässliche Langzeitversorgung.

In der Literatur wird deutlich, dass Brücken anfänglich sehr selten versagen (etwa ein Prozent pro Jahr). Dieses Risiko steigt in den Folgejahren, scheint sich aber nach zehn Jahren drastisch zu erhöhen. Es gibt also keinen linearen, sondern einen exponentiellen Zusammenhang zwischen der Verweildauer und der Häufigkeit des Versagens. Da es sich bei dieser Nachuntersuchung um eine retrospektive Arbeit handelt, wurden die meisten Brücken nicht bis zu ihrer Entfernung nachverfolgt. Die Beobachtungszeit derselben endet somit mit dem letzten Eintrag in der Patientenkartei. Daher wird die mittlere Funktionsdauer als Überlebenswahrscheinlichkeit nach Kaplan-Meier dargestellt. In der Summe waren

die beobachteten Brücken im Durchschnitt 8 Jahre und 253 Tage in situ (mean follow-up time), die Beobachtungsspanne lag zwischen fünf Jahren und 17 Jahren und neun Monaten (s. Abb. 2).

Demnach sind nach zehn Jahren im Gesamtkollektiv 81,8 Prozent ($\pm 1,9$ Prozent Standardfehler) der Brücken noch in situ; im Kontrollkollektiv 1 sind es 83,1 Prozent ($\pm 2,4$ Prozent). Der Log-Rank-Test ergab einen P-Wert von $p=0,56$. Somit sind die beiden Kurven statistisch nahezu identisch. Es beweist, dass die Anzahl der Brücken im Mund nicht wesentlich über das Gesamtergebnis entscheidet.

Um der Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Metastudien willen, die streng zwischen Endpfiler- und Extensionsbrücken unterscheiden, müssen die einzelnen Brückentypen gesondert erfasst werden (Abb. 3).

Somit liegt die Zehn-Jahres-Überlebensrate für die Endpfilerbrücken bei 81,3 Prozent ($\pm 2,2$ Prozent). Bei den Extensionsbrücken beträgt die 10-Jahres-Überlebensrate 83,0 Prozent ($\pm 4,9$ Prozent) und bei den Risikobrücken sind es nach 10 Jahren 69,6 Prozent ($\pm 10,3$ Prozent).

Der Log-Rank-Test ergab bei der Überprüfung der Gruppe der Endpfilerbrücken (EP) gegenüber der der Extensionsbrücken (EX) einen Wert von $p=0,47$ (statistisch nahezu identischer Verlauf). Bei der Überprüfung der Gruppe der Endpfilerbrücken (EP) gegenüber der der Risikobrücken (RB) ist $p=0,19$. Das ist zwar statistisch kein signifikanter Unterschied, dennoch zeigt sich ein schwacher Trend, dass die Risikobrücken häufiger versagen. Dies ist aber aufgrund von schwachen Fallzahlen ($n=34$) nicht sicher zu belegen. Die Extensionsbrücken schneiden mit 17 Prozent Verlustrate nach 10 Jahren sehr gut ab. In der internationalen Literatur wurden ähnliche Werte ermittelt: ANDERSON [7] und PJETURSSON [8] mit je ca. 18 Prozent Verlustrate.

Daher sind sie also bei richtiger, strenger Indikationsstellung eine ebenfalls verlässliche Langzeitversorgung.

B) Ursachen für den Brückenverlust

Merke: Die häufigsten Verlustursachen sind Sekundärkaries (50–65 Prozent), Keramikfrakturen (neun Prozent) und der parodontale Zusammenbruch (acht Prozent).

In dieser Studie wurden 118 Brücken bis zu ihrem Funktionsende beobachtet und die Ursachen für ihren Verlust aufgezeichnet. In weiteren zehn Fällen wurde die Brücke auf-

grund einer prothetischen Umplanung exkorporiert. Sie sind zur Übersicht mit aufgeführt (grün), nur hier bezieht sich die Prozentzahl auf alle getrennten Brücken, unabhängig, aus welchem Grund dies notwendig war (118+10 – Abb. 4).

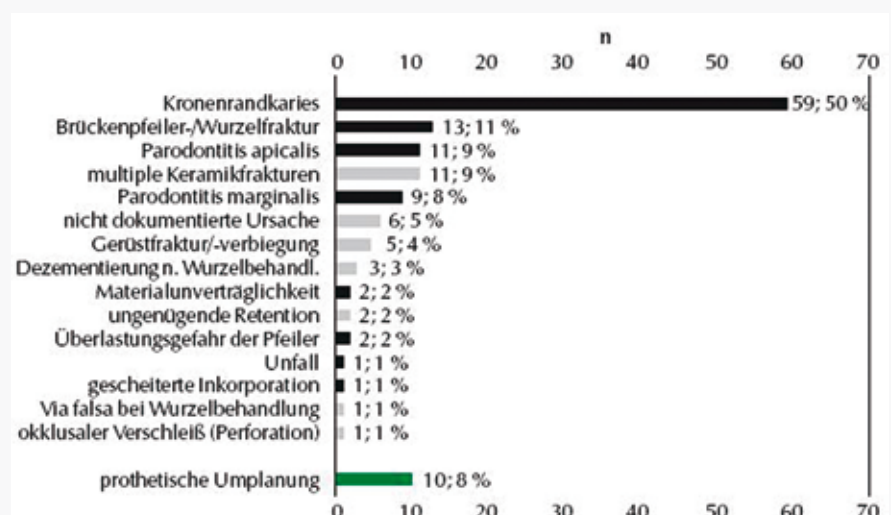
Bildet man zu Kontrollzwecken ein Kollektiv, welches nur Endpfilerbrücken enthält und nur eine Brücke pro Patient zulässt, ist die Verteilung fast identisch. Darum soll darauf nicht weiter eingegangen werden.

Wie schon erwähnt, folgt der Brückenverlust einer exponentiellen Kinetik. Nach einer anfänglichen Verlustrate von etwa einem Prozent pro Jahr sinkt die Überlebenswahrscheinlichkeit um das zehnte Funktionsjahr drastisch. Dies hängt zum einen mit dem progressiven Verfall und Ermüdung der benutzten Materialien zusammen. Irreparable Keramikabplatzungen (neun Prozent der Verlustursachen) oder Brückengerüstfrakturen (vier Prozent) sind als technische Verlustursachen die Folge. Zum anderen sind biologische Gründe zu nennen, bei denen der Faktor Zeit ganz entscheidend ist; allem voran die Sekundärkaries mit 50 Prozent. Sie verursachte sicher auch zum großen Teil die Kronen- und Wurzelfrakturen (elf Prozent), teilweise die Parodontitis apicalis mit acht Prozent (andere Ursache: verzögertes Schleiftrauma), sowie Dezementierungsphänomene nach Wurzelkanalbehandlungen (drei Prozent). Also gehen geschätzt 65 Prozent der Brückenverluste auf das Konto von Karies. Zweithäufigste biologische Ursache ist mit acht Prozent der parodontale Zusammenbruch.

C) Komplikationen

Auch die Komplikationen sind entweder biologischer oder technischer Natur. Insgesamt waren 712 biologische und 206 technische Komplikationen zu verzeichnen.

Abbildung 4: Ursachen für den Brückenverlust bei allen bis zum Funktionsende beobachteten Brücken ($n=118$): Absolutzahl; Prozentualer Anteil



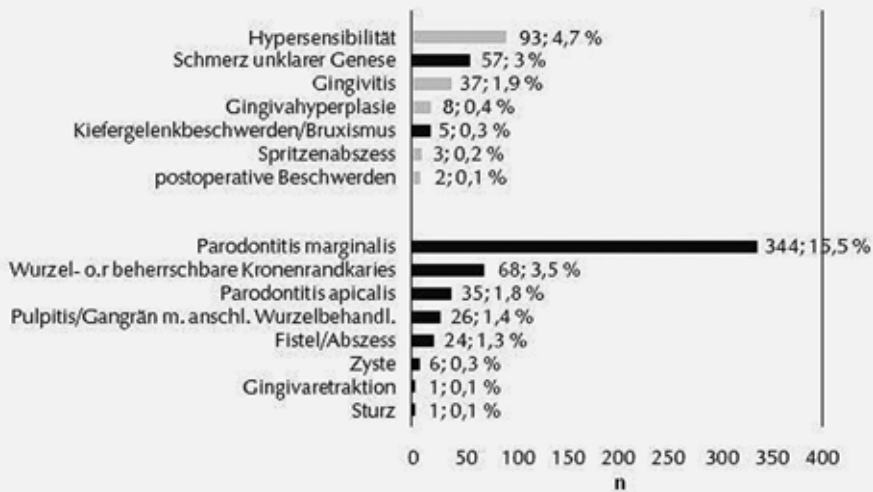


Abbildung 5: biologische Komplikationen (n = 712) im Gesamtkollektiv (n = 760); Ursache, Absolutzahl; Prozentualer Anteil an 1872 Pfeilern

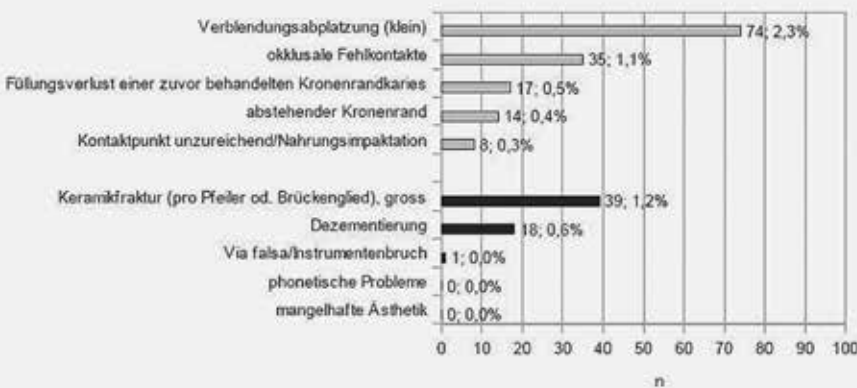


Abbildung 6: technische Komplikationen (n = 206) im Gesamtkollektiv (n = 760); Ursache, Absolutzahl; Prozentualer Anteil der betroffenen Pfeiler, Brücken- und Extensionsglieder (Summe: 3110)

Merke: Die häufigsten Komplikationen sind die Parodontitis marginalis (16 Prozent), Hypersensibilitäten (fünf Prozent), Kronenrand- bzw. Wurzelkaries (4 Prozent) sowie kleinere Keramikabplatzungen (zwei Prozent).

Biologische Komplikationen

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der biologischen Komplikationen. Geringfügige Komplikationen sind hell und kritische Komplikationen dunkel markiert. Anzumerken ist, dass bei der Parodontitis marginalis in der hier vorliegenden Studie retrospektiv nicht eruiert werden konnte, ob sie durch die Brückentherapie verschlimmert oder gar verursacht wurde. Aufgrund der röntgenologischen Befunde ließ sich feststellen, dass die Parodontitis marginalis in den allermeisten Fällen schon vor Anfertigung der Brücke bestand. Nur in zwei Fällen verletzte der Kronenrand röntgenologisch deutlich die biologische Breite und lag fast auf Knochenniveau (Abb. 5).

Anmerkung: Die Hypersensibilitäten waren von unterschiedlicher Dauer: In 67 Fällen weniger als ein Monat, in drei Fällen zwischen 1 - 3 Monaten und in 23 Fällen mehr als 6 Monate persistierend. Die Parodontitis marginalis bestand größtenteils schon vor Anfertigung der Brücke, musste aber erneut behandelt werden.

Technische Komplikationen

Die Verteilung der technischen Komplikationen ist in Abbildung 6 zu sehen, wobei geringfügige Komplikationen hell und kritische Komplikationen dunkel markiert sind (Abb. 6).

Zusammenfassung

Die Funktionsdauer von Brücken folgt einem exponentiellen Verlauf. Die an der Universitätsklinik Dresden eingegliederten Brücken sind nach 10 Jahren noch zu 82 Prozent intakt. Dabei zeigt sich kein erhöhtes Risiko für Extensionbrücken, wohl aber für solche, die Ante's Gesetz nicht erfüllen. Hauptgründe für das Versagen sind Sekundärkaries, Keramikfrakturen und der parodontale Zusammenbruch. Die häufigsten biologischen Komplikationen sind Parodontitis marginalis, Hypersensibilitäten und Kronenrand- bzw. Wurzelkaries. Technische Komplikationen sind eher selten.

Dr. Stephan Luh, Sehnde

Die Literaturliste liegt der Redaktion vor.

Mit freundlicher Genehmigung aus
Zahnärzteblatt Sachsen

DGZMK setzt Forschungsimpulse

Gründung der Agentur für Wissenschaftsförderung

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat in Berlin die Agentur für Wissenschaftsförderung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (AWZMK) gegründet und will so frische Impulse für eine ihrer satzungsmäßigen Kernaufgaben setzen.

„Auch die Wissenschaftsförderung hat sich in den vergangenen zehn Jahren weiter entwickelt, die Einwerbung von Drittmitteln ist immer schwieriger geworden“, beschreibt Dr. Fabian Langenbach (30) als Leiter der AWZMK die Ausgangslage. Zudem habe die Grundfinanzierung an den Kliniken in den vergangenen Jahren stetig abgenommen, wodurch die Notwendigkeit gewachsen sei, Gelder von Außen einzuwerben. „Die Bewilligungsquoten der eingereichten Projekte bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) sind seit 2009 um durchschnittlich ca. 25 Prozent gesunken“, so der studierte Biologe. Aus dieser Faktelage habe sich der Bedarf für die Gründung einer Agentur wie der AWZMK ergeben.

Die deutsche und die europäische Forschungslandschaft bilden ein weites und schwer überschaubares Feld, die geeigneten Fördertöpfe sind mitunter schwer zu finden. Hierbei versteht sich die AWZMK im Ge-
spann mit ihrem Partner, der seit Jahren in der Projekt- und Forschungsförderung erfolgreichen Agentur „Innovationslabor“, als hilfreicher Lotse, der spezielle Forschungsaufgaben mit geeigneten Förderprogram-

men oder passenden Kooperationspartnern aus der Industrie zusammenführt. „Mich reizt an dieser Aufgabe, aus der Rolle des Forschers herauszugehen und einen flächendeckenden Beitrag zum Wissenschaftsbetrieb insgesamt zu leisten“, erläutert Langenbach seine persönliche Herausforderung an der zur Jahresmitte angetretenen Aufgabe. „Dabei möchte ich aus meinen Erfahrungen in der Promotionsphase an der MKG-Klinik in Düsseldorf eigenes Forscher-Know-How mit einbringen und helfen, die jeweiligen Fachbereiche voran zu bringen.“ Als wissenschaftlicher Mitarbeiter hat er hier über fünf Jahre Erfahrung gesammelt.

Zu den in einer Agenturpräsentation formulierten Zielen der AWZMK zählen „die Erschließung der europäischen und nationalen Fördermittellandschaft“, um damit „Forschung und Innovation in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu unterstützen“. Gleichzeitig soll die Kooperation zwischen forschungsinteressierten Mitgliedern der DGZMK, interdisziplinären Forschungsgruppen und innovativen Unternehmen gefördert werden. Dabei übernimmt die Agentur „die Initiierung, Koordination und kollaborative Ausarbeitung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten für Mitglieder der DGZMK und deren Projektpartner“. Gleichzeitig übernimmt die AWZMK die Beschreibung und Beurteilung wissenschaftlicher Aspekte der Projektidee und nimmt einen Abgleich mit den jeweiligen Förderbedingungen vor.

DGZMK

Mehr Rechte bei Nachbesserung

Für Patienten wird es schwieriger, Behandlung abzulehnen

Seit mehr als 25 Jahren gesteht die obergerichtliche Rechtsprechung dem Zahnarzt bei der Eingliederung von Zahnersatz ein Nachbesserungsrecht zu. Dies ist rechtsdogmatisch nicht leicht zu begründen, da die Behandlung des Zahnarztes bekanntlich dem Dienstvertragsrecht unterliegt und dieses anders als das Werkvertragsrecht keine Nachbesserung kennt. Die Obergerichte stellen zutreffend darauf ab, dass Reaktionen des menschlichen Körpers nicht sicher vorhersagbar sind. Deshalb könne vom Zahnarzt nicht erwartet werden, dass der Zahnersatz sofort passt.

Dieses Nachbesserungsrecht bedeutet nicht, dass der Zahnarzt den Patienten zwingen kann, sich einer Nachbesserungsbehandlung zu unterziehen, denn ein Zahnarzt kann keinen Menschen zu einer Behandlung zwingen. Jedoch kann ein Patient, der eine Nachbesserung verweigert, dem Zahnarzt dann nicht vorwerfen, dass der Zahnersatz Mängel aufweise. Die Reichweite des Nachbesserungsrechtes (Wie oft muss eine Nachbesserung ermöglicht werden? Fällt auch eine Neuankfertigung noch unter das Nachbesserungsrecht?) ist

teilweise umstritten und hängt sehr vom Einzelfall ab.

Der beliebteste Einwand des Patienten gegen das vom Zahnarzt geltend gemachte Nachbesserungsrecht lautet: „Ich habe das Vertrauen verloren“. Er will damit sagen, dass es ihm nicht zumutbar sei, sich noch einmal in die Hände eines Zahnarztes zu begeben, der mangelhafte Arbeit geleistet habe. Mit diesem Argument könnte jeder Patient natürlich jede Nachbesserung ablehnen und damit das obergerichtlich anerkannte Nachbesserungsrecht aushebeln.

Das Oberlandesgericht Köln (OLG) hat nun in einem Urteil die Hürden für eine solche Aushebelung sehr hoch angesetzt. In einer Entscheidung (Az. 5 U 126/12) hat es ausgeführt: „Nur ein Verhalten des Zahnarztes, das aus Sicht eines durchschnittlich robusten oder empfindsamen Patienten, der Einsicht in die Problematik der Behandlung zeigt, als nicht mehr hinnehmbar erscheint, wird für sich genommen ausreichen, die Behandlung einseitig abzubrechen.“

Dr. Wieland Schinnenburg,
Fachanwalt für Medizinrecht

Achtung: Verjährung

Vor Jahresende unbezahlte Rechnungen prüfen

Am Ende eines jeden Jahres sollten die noch nicht bezahlten Rechnungen im Hinblick auf das Datum des Zugangs beim Patienten geprüft werden. Denn am 31. Dezember 2013 verjähren zahnärztliche Honoraransprüche gegen Patienten, die ihre Rechnung im Jahr 2010 erhalten haben. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Patienten zwischenzeitlich den Honoraranspruch ausdrücklich oder durch z. B. Teilzahlung anerkannt haben. In diesem Fall beginnt die dreijährige Verjährungsfrist von dem Tag des Anerkennnisses an neu zu laufen. Die Verjährung selbst kann in der Regel nur durch Zustellung einer Klage oder eines gerichtlichen Mahnbescheides gehemmt werden. Ein einfaches Mahnschreiben kann dagegen den Eintritt der Verjährung nicht verhindern. Sofern eine Verjährung zu befürchten ist, empfiehlt es sich daher, ggf. noch kurzfristig beim zuständigen Amtsgericht einen Mahnbescheid zu beantragen. Ein vom Gericht durch rechtskräftigen Vollstreckungsbescheid oder Urteil festgestellter Anspruch verjährt dann erst in 30 Jahren.

Rechtsanwalt Peter Ihle,
Hauptgeschäftsführer ZÄK M-V

Prüfung der Abrechnung durch KZV

BEMA-konforme Abrechnung kons.-chirurgischer Leistungen (3)

In Folge 3 der Hinweise zu Feststellungen, die sich im Rahmen der Prüfung der rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigungsanträge durch die Verwaltung der KZV M-V ergeben haben, geht es um die Auffälligkeiten beim Ansatz der Geb.-Nrn. 12 (bMF), 38 (N) und 105 (Mu) bei Dentitio difficilis, 45 (X3) sowie zur PAR-Behandlung (Folge 1 und 2 in dens 5 bzw. 6).

Gebühren-Nummer 12 (bMF)

In einer Vielzahl von Behandlungsfällen hat die Prüfung ergeben, dass die Geb.-Nr. 12 (bMF) zur Abrechnung gelangte, wenn lediglich Hilfsmittel zur Formung der Füllung verwendet worden sind wie z.B. Metall- oder Kunststoffband (Matrize), Kunststoffstreifen, Keile oder konfektionierte Hülsen. Diese Hilfsmittel sind jedoch mit der Gebühr für die Füllung abgegolten.

Die Geb.-Nr. 12 (bMF) beschreibt „besondere Maßnahmen“, die beim Präparieren oder Füllen eines Zahnes zusätzlich anfallen können und mit der Gebühr für die Füllung nicht abgegolten sind. Beispielsweise wären solche Maßnahmen das Anlegen von Spanngummi, das Einlegen verdrängenden Materials (Retraktionsringe, Retraktionsfäden usw.) oder das Stillen einer übermäßigen Papillenblutung mit blutstillenden Medikamenten oder anderen geeigneten Maßnahmen, z. B. Verdrängen des Zahnfleisches.

Die erforderlichen Maßnahmen sind in jedem Fall zu dokumentieren. Es reicht hier nicht aus, lediglich das BEMA-Kürzel in der Patientenkartei zu vermerken (siehe auch dens Mai 2013 zur Dokumentation in den Behandlungsunterlagen).

Geb.-Nrn. 38 (N) und 105 (Mu) bei Dentitio difficilis

Es ist immer wieder festzustellen, dass bei der rein medikamentösen Behandlung einer Dentitio difficilis die Geb.-Nr. 38 (N) abgerechnet wird, ohne dass es sich um eine Nachbehandlung nach einem chirurgischen Eingriff handelt.

Erfolgt lediglich eine medikamentöse Behandlung einer Dentitio difficilis, so stellt dies eine lokale medikamentöse Mundbehandlung nach der Geb.-Nr. 105 (Mu) dar und kann nicht nach der Geb.-Nr. 38 (N) abgerechnet werden.

Wurde auf Grund einer Dentitio difficilis z. B. eine Inzision notwendig und es wird anschließend in einer weiteren Sitzung eine Nachbehandlung der Wunde vorgenommen, z. B. das Einbringen desinfizierender oder die Wundheilung fördernder Substanzen, so

erfüllt dies den Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 38 (N) und wird dementsprechend nach der Geb.-Nr. 38 (N) abgerechnet.

Gebühren-Nummer 45 (X3)

Die Geb.-Nr. 45 (X3) kommt sehr häufig allein deshalb zur Abrechnung, weil es sich bei dem zu entfernenden Zahn um einen in Höhe des Gingivasaumes bereits frakturierten oder kariös tief zerstörten Zahn handelt. Die Abrechenbarkeit der Geb.-Nr. 45 (X3) ergibt sich aber nicht aus dem klinischen Zustand des betreffenden Zahnes, sondern aus dem zeitlichen und/oder instrumentellen Mehraufwand für die vollständige Entfernung (aller Teile) dieses Zahnes.

Aus der Dokumentation geht aber nur in den seltensten Fällen dieser Mehraufwand hervor.

Gemäß den BEMA-Abrechnungsbestimmungen erfordert die Leistung nach Geb.-Nr. 45 (X3) sowohl einen medizinischen wie technischen Mehraufwand. Die Entfernung eines tiefzerstörten oder tieffrakturierten Zahnes, die sich „normal“ mit Hebel oder Zange durchführen lässt, kann nicht nach Geb.-Nr. 45 (X3), sondern nur nach Geb.-Nr. 43 (X1) oder Geb.-Nr. 44 (X2) abgerechnet werden. In der Karteikarte muss der medizinische wie technische Mehraufwand ausführlich und nachvollziehbar dokumentiert sein.

PAR-Behandlungen

Die Ergebnisse der Prüfungen von PAR-Behandlungen geben Anlass, sich noch einmal ausführlich mit der Gesamtproblematik zu befassen.

Während der Prüfungen sowohl in den Plausibilitätsprüfungen durch die Verwaltung der KZV M-V als auch und vor allem bei den seitens der Krankenkassen bei der Prüfungsstelle für Wirtschaftlichkeitsprüfung gestellten Anträgen auf Einzelfallprüfung war in vielen Fällen anhand der vorliegenden Dokumentation festzustellen, dass im Zuge der Planung, Vorbereitung und Antragstellung sowie der eigentlichen Durchführung der durchzuführenden PAR-Behandlungen die geltenden PAR-Richtlinien in nur unzureichendem Maße Berücksichtigung finden. So war den Behandlungsunterlagen häufig nicht zu entnehmen, dass die Vorbehandlungsmaßnahmen, die Erstellung des Parodontalstatus, die Durchführung der eigentlichen PAR-Therapien und/oder Nachbehandlungen entsprechend der Vorgaben aus den Abrechnungsbestimmungen bzw. der Richtlinien durchgeführt wurden. Darüber hinaus fehlt oftmals jegliche Dokumentation zur gewählten Therapieform

oder zum Behandlungskonzept an sich. Grundlage für die Therapie sind jedoch die Anamnese, die klinische Befundung und die Befundung der Röntgenaufnahmen.

Gemäß den PAR-Richtlinien muss auch eine ausreichende Vorbehandlung durchgeführt werden. Die Vorbehandlung stellt einen höchst individuellen Vorgang dar, deren Dokumentation folgendes beinhalten muss:

- Daten zur Befunderhebung einschließlich Parodontalstatus und Röntgenaufnahmen.
- Die Ausführung der systematischen Vorbehandlung. Diese beinhaltet neben der Aufklärung des Patienten das Entfernen von Zahnstein und der weichen Beläge sowie sonstiger Reizfaktoren.
- Die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene.
- Die Evaluierung der Vorbehandlungsmaßnahmen und daraus resultierend die endgültige Festlegung der weiterführenden Behandlung nach wie vor behandlungsbedürftiger Parodontien.

Zu einer umfassenden Dokumentation, deren Einzelbefunde u. U. auch in dem der Krankenkasse zur Kostenübernahmeerklärung vorzulegenden Parodontalstatus ihren Niederschlag finden, gehören u. a. die Taschentiefe, der Lockerungsgrad, der Furkationsbefall, die Feststellung der Diagnose und der geplanten Maßnahmen. Darüber hinaus ist auch immer wieder festzustellen, dass mit der eigentlichen PAR-Behandlung begonnen wird, ohne dass die Genehmigung seitens der Krankenkassen vorliegt. Gemäß den BEMA-Abrechnungsbestimmungen darf erst mit der eigentlichen PAR-Behandlung (Leistungsinhalte P200–P203, 111 usw.) begonnen werden, wenn die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt.

Einen weiteren Verstoß gegen Abrechnungsbestimmungen stellt die Abrechnung der systematischen Parodontalbehandlung gegenüber der KZV M-V zu einem Zeitpunkt dar, an dem die Behandlungen noch gar nicht zum Abschluss gebracht wurden. So werden z. B. noch Einschleifmaßnahmen (108) und Nachbehandlungen (Pos. 111) erbracht und dokumentiert, obwohl der PAR-Plan bereits abgerechnet worden ist. In den Abrechnungsbestimmungen des BEMA ist jedoch eindeutig geregelt, dass nur Leistungen abgerechnet werden dürfen, deren Leistungsinhalt vollumfänglich erfüllt worden ist. Ein gravierender Richtlinienverstoß kann u. U. zur Honorarkorrektur der gesamten PAR-Behandlung führen.

Bei den Prüfungen ist auch auffällig, dass die gem. PAR-Richtlinien notwendigen Röntgenaufnahmen entweder gar nicht vorhanden, sehr veraltet sind oder eine so unzureichende Qualität aufweisen, dass eine korrekte Auswertung der Röntgenauf-

nahmen gar nicht möglich ist. Gefordert sind jedoch aktuelle und auswertbare Röntgenbilder, die in der Regel nicht älter als sechs Monate sein sollten. Die Einhaltung der Sechs-Monats-Frist sollte allerdings in Abhängigkeit von der Diagnose gesehen werden, um auch Aspekten des Strahlenschutzes gerecht zu werden. Bei chronischen, langsam fortschreitenden Prozessen kann sicherlich von dieser Frist auf einen längeren Zeitraum abgewichen werden, wenn es sich hierbei um einen Patienten handelt, der sich schon in einer längeren Betreuung und Kontrolle durch die eigene Praxis befindet und dies auch einer entsprechenden Dokumentation den Behandlungsunterlagen zu entnehmen ist. Bei Erkrankungsformen mit hoher Aggressivität und zu erwartenden raschen Gewebsveränderungen ist die Grenze eher eng auszulegen.

Im zeitlichen Zusammenhang mit der eigentlichen PAR-Behandlung kommen auch sehr häufig die Geb.-Nummern 105 (Mu) und 107 (Zst) zur Abrechnung. Dies entspricht jedoch nicht den Abrechnungsbestimmungen des BEMA. Während und im Zusammenhang mit einer systematischen PAR-Behandlung sind die Geb.-Nummern 105 (Mu) und 107 (Zst) nicht berechenbar. Entsprechende Maßnahmen sind mit der P200 bis P203 abgegolten. Lediglich in Ausnahmefällen ist es möglich, Leistungen nach der Geb.-Nr. 105 (Mu) abzurechnen, die nicht im Zusammenhang mit der PAR-Behandlung stehen, so z. B. die Behandlung einer Aphthe oder Bissverletzung.

Anlass für rechnerische und gebührenordnungsmäßige Berichtigungsanträge seitens der Krankenkassen sind sehr häufig die im Rahmen der PAR-Behandlung abgerechneten Anästhesien. Die Abrechnung der Geb.-Nrn. 40 (I) und 41a (L1) als sog. Begleitleistung einer systematischen PAR-Behandlung erfolgt auf dem Erfassungsschein zwangsläufig ohne Dokumentation einer Anästhesie rechtfertigenden anderen Hauptleistung. Wenn die Injektionen im Zusammenhang mit der PAR-Behandlung erbracht werden, wird in vielen Fällen die Kennzeichnung „4“ (PAR) nicht vorgenommen, somit ist dann nicht ersichtlich, für welche zahnärztlichen Leistungen die Anästhesien notwendig geworden sind. Es kann ohne die Kennzeichnung „4“ kein Bezug zur Hauptleistung hergestellt werden, da diese über den PAR-Plan abgerechnet wird. Aus diesem Grund ist die Kennzeichnung der Anästhesieleistungen unbedingt erforderlich, da einige Krankenkassen das Fehlen dieser Kennzeichnung als Aufgreifkriterium für Anträge zur rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigung nutzen.

Abschließend ist zur Delegierbarkeit von zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der PAR-Behandlung noch einmal ausdrücklich festzustellen, dass lediglich die Professionelle Zahnreinigung (PZR), die zur

PAR-Vorbehandlung gehört, an die fortgebildeten Prophylaxe-Helferinnen übertragen werden kann. Gemäß dem Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer für Zahnmedizinische Fachangestellte – novelliert und beschlossen vom Vorstand der Bundeszahnärztekammer am 16. September 2009, Stand 15. Dezember 2011 – ist nur die „Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren

subgingivalen Belägen“ delegierbar. Hierbei muss die umfassende Begleitung durch den Zahnarzt persönlich, also durch Anordnung, ständige Aufsicht und Verantwortung gewährleistet sein.

Die eigentliche PAR-Behandlung ist nicht delegierbar und ist dementsprechend an die persönliche Leistungserbringung durch den Zahnarzt gebunden.

Andrea Mauritz

Richtige Zahnpflege bei der Pflege

Bei vielen Menschen mit Pflegebedarf ist die Zahn- und Mundgesundheit deutlich schlechter als in der Allgemeinbevölkerung – mit zum Teil schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen: Denn Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle können z. B. das Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen und Lungenentzündungen erheblich erhöhen, wenn Bakterien aus dem Mund in den Blutkreislauf gelangen. Rund 80 Prozent der über 60-Jährigen leiden in Deutschland unter einer mittelschweren bis schweren Form der Parodontitis.

Umso wichtiger ist es, die richtige und regelmäßige Zahnpflege bei pflegebedürftigen Menschen einzuhalten. Darauf verwies das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) anlässlich des Tages der Zahngesundheit im September.

Um die tägliche Mund- und Zahnhygiene sowohl für Pflegebedürftige als auch für pflegende Angehörige im häuslichen Umfeld zu erleichtern, hat das ZQP mit Unterstützung der Bundeszahnärztekammer jüngst einen Praxisratgeber als E-Book entwickelt. Der Online-Ratgeber informiert über allgemeine Fragen zum Thema Mundgesundheit, gibt nützliche Hinweise für die Zahnpflege und führt den Leser mit anschaulichen Illustrationen Schritt für Schritt durch die richtige Zahn- und Prothesenreinigung. In einem Serviceteil sind zudem wichtige Adressen zu finden, wenn pflegende Angehörige z. B. nach pflegerischer Unterstützung suchen.

Informationen/Download zum Praxisratgeber unter www.zqp.de

ZQP

ZQP-Themen-Ratgeber

Mundgesundheit



Praxishinweise für den Pflegealltag – zum Thema Mundgesundheit

2013

Wir trauern um

Zahnärztin Helga Voglau,
Raben Steinfeld

geb. 9. März 1943
gest. 20. September 2013

Wir werden ihr ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Wir trauern um

Dr. Kurt Lemke,
Stralsund

geb. 9. Mai 1921
gest. 9. Oktober 2013

Wir werden ihm ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im November und Dezember vollenden

das 75. Lebensjahr

Dr. Klaus-Dieter Knüppel (Admannshagen)
am 11. November,
Zahnärztin Hilda Knospe (Greifswald)
am 20. November,
Dr. Reinhart Schilf (Rostock) am 24. November,

das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Marianne Milkereit (Teterow)
am 28. November,

das 65. Lebensjahr

Zahnärztin Marlis Behn (Kölpinsee)
am 15. November,
Prof. Dr. Dr. Georg Meyer (Greifswald)
am 30. November,

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Hannelore Haschke (Jarmen)
am 9. November,

Zahnarzt Christian Stratonowitsch (Neustrelitz)
am 15. November,
Zahnärztin Anke Fehrmann (Parchim)
am 20. November,
Dr. Cornelia Rummel (Wolgast)
am 27. November,
Dr. Elisabeth Frauendorf (Schwerin)
am 6. Dezember,

das 50. Lebensjahr

Dr. Astrid Katlun (Schwerin)
am 10. November,
Dr. Steffen Micheel (Wismar)
am 18. November,
Dr. Katrin Ruickoldt (Rostock)
am 19. November,
Zahnärztin Sabine Reinhardt (Rostock)
am 24. November und
Dr. Jörg Krohn (Ahlbeck)
am 28. November

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

Hinweis zur Veröffentlichung der Geburtsdaten: Es wird gebeten, dass diejenigen Kammermitglieder, die eine Veröffentlichung ihrer Geburtsdaten nicht wünschen, dies rechtzeitig (mindestens zwei Monate vor dem Jubiläum) dem Referat Mitgliederwesen der Zahnärztekammer M-V, Jana Voigt, Tel. 0385/59108-17, mitteilen.

Wir trauern um

Zahnärztin Christa Winkler,
Behren-Lübchin

geb. 4. Dezember 1943
gest. 11. Juli 2013

Wir werden ihr ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Kleinanzeigen in dens

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

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

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

Tel.: 0 35 25 / 71 86 24
Fax: 0 35 25 / 71 86 10
E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de

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

Kleinanzeigen-Coupon

Bitte veröffentlichen Sie folgenden Text:

Mit Chiffre: (bitte ankreuzen!)

Ja

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

Preis:

13,- € je Druckzeile (= 74 Zeichen inkl. Leerzeichen) zzgl. MwSt.

Chiffregebühr:

10,- € zzgl. MwSt.

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

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich erteile der Satztechnik Meißen GmbH widerruflich die Ermächtigung zum Bankeinzug des Rechnungsbetrages:

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____

Unterschrift: _____