

# dens



Dezember 2016

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

## Legislatur geht zu Ende

Zunehmende Beschneidungen der Selbstverwaltungsgremien

## Ankündigung Neuwahlen

zur 8. Amtsperiode der Kammerversammlung der ZÄK M-V

## Mineralisationsstörungen

Zunehmende Herausforderung in der Kinderzahnheilkunde



# DARWINEUM

## 2. Fortbildungstag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Samstag, 4. März 2017 | Darwineum in Rostock

Mit freundlicher Unterstützung



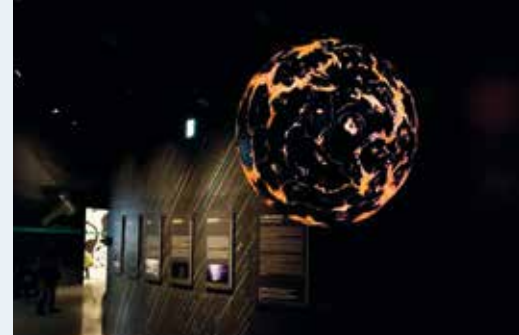
## IHR PROGRAMM



- 9:30 Uhr Einlass
- 10:00 Uhr **Begrüßung**  
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
- 10:15 Uhr **Ästhetische Vollkeramikrestaurationen im Frontzahnbereich**  
Prof. Dr. Jürgen Manhart, München
- 12:00 Uhr Gemeinsames Mittagessen und Pause
- 14:00 Uhr **Moderne Psychologie in der Prophylaxe**  
Herbert Prange, Bellavista
- 16:00 Uhr Kaffeepause
- 16:30 Uhr **Mineraltrioxide Aggregate in Zahnerhaltung, Endodontie und Chirurgie**  
Dr. Stephan Gäbler, Langebrück
- 17:30 Uhr Ende des Fortbildungsprogramms

Ab 19 Uhr empfangen wir Sie im Darwineum zu einer Highlightführung sowie kulinarischen Köstlichkeiten in einer einzigartigen Atmosphäre.

**Tagungspreise** (einschließlich gesetzlicher Umsatzsteuer)  
Fortbildung mit Abendveranstaltung: 215,00 EUR  
Begleitperson zur Abendveranstaltung: 65,00 EUR



# GKV-SVSG auf dem Prüfstand

## Gespräch mit neuem Gesundheitsminister Glawe

Das Jahr neigt sich dem Ende zu und wie schon so häufig beraten die Bundestagsabgeordneten immer noch die verschiedensten Gesetzesentwürfe. Ein ganz normaler Verlauf. Ein ganz normales Anliegen unsererseits besteht dann in der Beobachtung und möglicherweise in einer Reaktion zu den uns betreffenden Gesetzesentwürfen.

In dens 10/2016 bin ich ja schon auf den seinerzeit vorliegenden Referentenentwurf eines GKV Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes (GKV-SVSG), es wird auch vom GKV-Vernichtungsgesetz gesprochen, kurz eingegangen. Seinerzeit führte ich aus, dass mit solch einem Gesetz die Selbstverwaltung abgeschafft wird und zwar mit nicht kalkulierbaren Veränderungen auch für die medizinische Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Frage wäre jetzt: Hat sich in der Zwischenzeit etwas verändert? Die Selbstverwaltungen auf der Bundesebene haben die verschiedensten aber auch gemeinsame Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf eines Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes veröffentlicht sowie Gespräche mit Politikern geführt. Und zwar nicht wenige! Insofern ist es erfreulich, dass die Bemühungen teilweise von Erfolg gekrönt sind. So sind wesentliche Belastungen der Selbstverwaltung in dem nunmehr vorliegenden Regierungsentwurf nicht mehr enthalten. So nennt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung z. B. den Wegfall der Aufhebbarkeit von genehmigten und rechtmäßigen Satzungsbestimmungen durch die Aufsicht oder die Ausweitungen der Bestellungsvoraussetzungen für den sog. Staatskommissar.

Geblichen sind aber z. B. die Punkte Einsetzen eines „Entsandten für besondere Angelegenheiten“, der kleine „Staatskommissar“, die Verpflichtung, wonach in der Vertreterversammlung bei Abstimmungen mit „haftungsrechtlicher Bedeutung“ künftig zwingend namentlich abzustimmen ist oder verschiedene Vorgaben für das Haushaltswesen, die Auswirkungen auf die KZVs und die Stabilität der Beitragsgestaltung haben.

Da der Antrittsbesuch bei unserem neuen Gesundheitsminister Glawe auf den 1. Dezember terminiert war und es für die Landesaufsichten ein Einfaches ist, das für die Bundesebene vorgesehene GKV-SVSG auf die Landesebene für anwendbar erklären zu lassen, bot es sich geradezu an, auf das negative Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums einzugehen.

Auf den vom Vorstand vorgetragenen negativen Paragraphen zur namentlichen Abstimmung erwiderte der Minister nur, das auch im Rahmen der Beschluss-



*Christian Sievers, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit, Gesundheitsminister Harry Glawe, KZV-Vorstandsvorsitzender Wolfgang Abeln und Stellvertreter Dr. Manfred Krohn (v.l.n.r.)*

*Foto: KZV*

fassung innerhalb des Landtages namentliche Abstimmungen durchgeführt werden. Beim Thema Haushalt wurde es dann aus der Runde im Ministerium sehr deutlich, „die Selbstverwaltungen müssen sich doch nicht wundern, wenn nach vielfachen Bemühungen seitens des Bundesgesundheitsministeriums, gleichwohl Zahlungsströme ausgelöst werden, die als nicht hinnehmbar gekennzeichnet waren“. Deutliche Worte zum Handeln der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Gleichwohl forderte der Minister uns auf, unsere Sichtweise zum Entwurf des GKV-SVSG, aber auch unseren Weg der Beitragserhebung mit der Möglichkeit, das Vermögen der KZV auf einem haushaltsrechtlich vertretbarem Niveau zu halten, schriftlich darzustellen.

Als Fazit ist festzuhalten, alle anderen Selbstverwaltungsorganisationen müssen negative Gesetze gegen sich gelten lassen, weil die KBV-Welt Entscheidungen getroffen hat, die nur sie betrifft und für Außenstehende nicht nachvollziehbar sind. Wir können nur hoffen, dass der positive Weg der Akteure auf der Bundesebene sich weiter fortsetzt und vorgesehene, wesentlich einschränkende Gesetzesnormen entschärft werden können. Dies auch vor dem Hintergrund, Ehrenamtsträger für ein Engagement in der KZV gewinnen zu wollen.

Der Vorstand und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KZV wünschen allen Lesern eine besinnliche Adventszeit, ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Ihr  
Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln

# Aus dem Inhalt

## M-V / Deutschland

Das Ende der Selbstverwaltung.....	14
Neues QM-Update ist online .....	15-16
Internationale Dental-Schau .....	18
Neue Leitlinien veröffentlicht .....	21
Händehygiene-Empfehlungen.....	22
Existenzgründung .....	22-23
„Phase-out“ von Amalgam bis 2022 .....	23
Bücher .....	30
Glückwünsche / Anzeigen .....	32

## Zahnärztekammer

Bundesversammlung der BZÄK .....	9
Kammerversammlung .....	9
Wahlordnung .....	10-13
Wahlaufruf .....	14
ZahnRat in neuem Layout .....	16
Fortbildung im Januar und Februar.....	19
GOZ: Ziffer 5100 .....	20

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Vertreterversammlung: Legislatur geht zu Ende ..	4-7
Resolution der VV .....	7-8
Fortbildungsangebote .....	17
Service der KZV .....	17-18
Kosten des Materials .....	19

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Mineralisationsstörungen .....	24-28
Mindestlohn ab 1. Januar erhöht .....	28
Veranstaltungen zum Tag der Zahngesundheit .....	29

Impressum.....	3
Herstellerinformationen .....	31

# dens

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

25. Jahrgang  
12. Dezember 2016

### Herausgeber:

**Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern**  
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20  
E-Mail: info@zaekmv.de, Internet: www.zaekmv.de  
www.facebook.com/zaek.mv, www.twitter.com/zaekmv

### 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.kzvmv.de

**Redaktion:** Dipl.-Stom. Gerald Flemming, ZÄK (verant.),  
Dr. Manfred Krohn, KZV (verant.), Kerstin Wittwer, 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, Schwerin

# Legislatur geht zu Ende

## Zunehmende Beschneidungen der Selbstverwaltungsgremien

Zum 13. Mal lud der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Hans Salow, die Delegierten dieser Legislaturperiode zur Versammlung ein. Neben den Mitgliedern der Vertreterversammlung konnte er Gäste von der Zahnärztekammer und der apoBank begrüßen.

Salow berichtete von der Arbeit der vergangenen sechs Monate. Er informierte über die Vertrags- und Kandidatenfindungskommission, welche die Aufgabe hat, einen möglichen Anstellungsvertrag für ein neu zu wählendes Vorstandsmitglied zu erarbeiten. Zudem berichtete er von der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Juli in Köln. Kritisch sehe er die Sicherheitslücken, Schwachstellen und Missbrauchsgefahren bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Darüber hinaus stand das Eckpunktepapier zum Selbstverwaltungsstärkungsgesetz im Fokus der Beratungen. Nach dem vorliegenden Entwurf sei es möglich, dass arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZs) mit unbeschränkter Anzahl von angestellten Zahnärzten gegründet werden. „Da diese MVZs bevorzugt in Ballungszentren gegründet werden, verschärfen diese zum einen die Konkurrenzsituation in Großstädten und führen zum anderen zu drohender Unterversorgung in strukturschwachen Regionen“, warnte Salow. Gleiche Anstellungsgren-



ZA Hans Salow

zen für MVZs wie für niedergelassene Zahnärzte seien deshalb gefordert.

Salow beklagte den zunehmenden Einfluss der Sozialministerien als Aufsichtsbehörde für zahnärztliche Körperschaften. Der Entwurf des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes beschneide die Selbstverwaltungsgremien in ihren elementarsten Rechten. „Ja, ich behaupte, er mache Selbstverwaltung unmöglich“, sagte er nachdrücklich.

Wolfgang Abeln zeigte sich am Anfang seines Vortrags betroffen über die Wahlbeteiligung zur Wahl der Vertreterversammlung für die kommende Legislaturperiode. Sie lag bei 53,44 Prozent und damit 6,37 Prozent unter der Wahlbeteiligung für die laufende Legislatur. Ein Blick in die Besetzungslisten der Ausschüsse der KZV legte zudem offen, dass spätestens nach der kommenden Legislaturperiode viele bislang ehrenamtlich Tätige in den Ruhestand gehen. „Ohne zu übertreiben kann man sagen, dass für die Hälfte der Ehrenamtsträger Nachfolger geworben werden müssen. Es handelt sich um ca. 100 Nachbesetzungen“, so Abeln.

Bei einem Gespräch mit Praxen der Jahrgänge 1970 bis 1976, dem Vorstand, dem VV-Vorsitz und dem Koordinationsgremium sollte das Interesse für eine ehrenamtliche Arbeit für die KZV geweckt werden. „Dies ist uns gelungen“, erklärte Abeln. „Wir müssen weiter daran arbeiten, mit der Basis den gedanklichen Austausch zu



Wolfgang Abeln

suchen.“ Denn, wenn erfolgreich gearbeitet werden soll, dann muss die Basis dies durch ein hohes Engagement zeigen. „Wir brauchen heute dringender denn je die Zusage, dass die Zahnärzteschaft hinter ihrer KZV steht,“ so Abeln weiter. Der Gesetzgeber habe einen Gesetzentwurf vorgelegt, der nur das Recht der Aufsicht auf Bundesebene stärke. Die Selbstverwaltung werde faktisch abgeschafft. Staatsmedizin werde großer Vorschub geleistet.

„Ich empfinde die Situation als sehr ernst“, erklärte Abeln. Wenn ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Zahnärzte ohne zahlenmäßige Begrenzung beschäftigen könne, der Freiberufler



Zum letzten Mal das Präsidium in alter Besetzung: RA Dr. Ralf Großbölting, Dr. Uwe Stranz, ZA Hans Salow, Dipl.-Betrv. Wolfgang Abeln und Dr. Manfred Krohn (v.l.n.r.)

Zahnarzt aber maximal zwei Zahnärzte, dann gäbe es eine Ungleichbehandlung. Ein MVZ sei zudem in der Regel kapitalkräftiger als eine Einzelpraxis. Mit einem höheren Marktanteil und einer hohen Investition sei es einem MVZ möglich, Qualitätsstandards zu schaffen, die eine Einzelpraxis nicht bewältigen kann. Die Gefahr sei da, dass der Einzelkämpfer Zahnarzt von der Leistungsfähigkeit überrollt werde.

Abeln führte aus, dass es besonders wichtig sei, mit allen Vertragszahnärzten im Gespräch zu sein, um schlussendlich eine vertretbare Haltung für alle Beteiligten zu neuen Gesetzen abzustimmen.

Abeln informierte über ein Gutachten, welches den Zustand des Verwaltungsgebäudes in der Wis-marschen Straße bewerten sollte. Im Zuge der Nutzung des Verwaltungsgebäudes war von der Hauseigentümerversammlung beschlossen worden, das Hausgeld so gering wie möglich zu halten und keine Ansparungen über Rücklagen für Instandhaltungsaufwendungen vorgesehen werden sollten. Im Gutachten seien alle notwendigen Arbeiten der kommenden Jahre aufgelistet. Demnach seien Zuführungen zu den Rückstellungen im Haushalt notwendig.

Eine aufsichtsrechtliche Prüfung gem. § 274 SGB V fand von März bis Juli für die Kassenzahnärztliche Vereinigung statt. Abeln verwies auf eine gute Zusammenarbeit, kritisierte jedoch Ausführungen im Prüfbericht zum Thema Korruption. Intern werde man die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem Schreiben über die Gefahren von Korruption aufklären.

Abschließend stellte Abeln die Ergebnisse der Verhandlungen mit den Krankenkassen im Detail vor. „Zusammenfassend lassen sich die Resultate beschreiben mit relativ schnellen Vertragsabschlüssen bei den Primärkassen und Schwierigkeiten bei den Ersatzkassen“, so Abeln.



Dr. Manfred Krohn

Ausgehend von den Auswirkungen der Datenzusammenführung der Krankenkassen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung, insbesondere auch auf die Plausibilitätsprüfung ging Dr. Manfred Krohn, stellvertretender Vorstandsvorsitzender, anschließend auf die neuen erweiterten Instrumente der Qualitätssicherung ein, die den Alltag der Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern zukünftig beeinflussen werden. „Es handelt sich um ein komplexes Instrument zur Kontrolle der Leistungserbringer“, klärte Krohn auf. „Die Aufgaben zur Verpflichtung zur Sicherung der Qualität durch uns Zahnärzte ist bereits lange im SGB V verankert.“ Diese Qualitätssicherung durch die KZV, die bereits im SGB V enthalten sind, wurden weiter ergänzt und konkretisiert. Demnach ist es zukünftig möglich, auch eine Vollerhebung der erbrachten Leistungen durchzuführen. Zudem rücke eine sektorübergreifende Vereinheitlichung von Prüfmechanismen, insbesondere der Prüfung nach § 136 SGB V in den Vordergrund. „



Die Resolution wurde von den Vertretern einstimmig verabschiedet  
Fotos: Kerstin Wittwer

„Die Verinnerlichung auf unserer Seite, dass eine durch uns propagierte und auch konzeptionell angeordnete Autarkie im zahnärztlichen Bereich gegenüber den anderen sektoralen Bereichen langfristig aufgrund der Hartnäckigkeit des Gesetzgebers nicht durchzuhalten ist, hat so seine Zeit gedauert“, berichtete Krohn. Zwar ziehe sich die Umsetzung auf Seiten der verantwortlichen Gremien in die Länge, sodass für den Vertragszahnarzt vor 2018 kaum etwas zu spüren sei. Die KZVs seien aber bundesweit gehalten, sich strukturell und personell auszustatten und dies auch in den Haushaltsplänen entsprechend zu berücksichtigen. „Ziel der Vereinheitlichung der Vorgaben für alle Sektoren, also für den Krankenhausbereich, den ambulant ärztlichen und den zahnärztlichen Bereich, sei es, eine spürbar bessere Ergebnisqualität zu erreichen. Was tatsächlich erreicht werden soll, das will sich mir nicht erschließen“, so Krohn.

Sektorspezifische Eigenheiten würden für die Verantwortlichen im Gesundheitsministerium keine oder nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen. „Deren

Berücksichtigung wäre aber ein Weg, hier tatsächlich qualitativ etwas nach vorne zu bringen“, erklärte Krohn.

Etwas anders verhalte es sich mit den Verfahren nach § 135 b. Hier liege die Verantwortung in der Umsetzung vorrangig bei den KZVs. Die seit 2011 vorliegende so genannte Qualitätsprüfungsrichtlinie werde voraussichtlich im Jahr 2017 vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung habe bereits mit einer verabschiedeten Qualitätsförderrichtlinie gemäß § 75 Absatz 7 reagiert und so eigene richtungsweisende Orientierungen vorgegeben.

Für das Koordinationsgremium schließt zum Ende des Jahres ebenfalls bereits die zweite Amtsperiode. Karsten Georgi hielt den Bericht über die Arbeit des Gremiums in der jetzigen Legislaturperiode und stellte klar, dass das Koordinationsgremium durchaus seine Berechtigung habe, auch wenn deren Arbeit zunächst kritisch und kontrovers hinterfragt wurde. „Das Projekt der Umstellung vom ehrenamtlichen Vorstand auf einen hauptamtlichen Vorstand ist in unserem Land flankiert



Dr. Karsten Georgi

durch ein starkes Ehrenamt in Form des Koordinationsgremiums geglückt“, attestierte Georgi. Wer berufspolitisch eine durch zahnärztliches Selbstverständnis geführte KZV wünsche, müsse diesen Weg weiter verfolgen. Transparenz und Offenheit zeichne die Arbeit und das Vertrauen im Gremium aus. „Eine gesunde Selbstreflexion im Umgang mit dem Ehrenamt ist gefragt und die Besinnung auf die tatsächliche Kernkompetenz, die Zahnmedizin“, erklärte Georgi.

In den engen Zwängen der Haftung, in dem sich der Vorstand befindet, muss er sensibel herausfinden, wo seine Möglichkeiten sind. Das Koordinationsgremium müsse ihn als Beratungsgremium feinfühlig begleiten, ohne dabei seine eigene Überzeugung zu verlieren.

Dr. Jörg Krohn stellte für den Rechnungsprüfungsausschuss die Prüfung der Betriebs-, Wirtschafts- und



Dr. Jörg Krohn

Rechnungsprüfung unter Einschluss des Jahresabschlusses der KZV Mecklenburg-Vorpommern vor. Eine Prüfung durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung fand im August dieses Jahres statt. An der entsprechenden Schlussbesprechung nahm Krohn teil. Positiv wertete der Prüfer der KZBV die Aussetzung von Verwaltungskosten im laufenden Jahr. „Die KZV Mecklenburg-Vorpommern

ist die einzige KZV, die im laufenden Jahr Verwaltungskosten aussetzt und nicht etwa rückwirkend“, erläuterte Krohn.

Der Rechnungsprüfungsausschuss hat routiniert und stichprobenartig die Ausdrucke der Konten des Jahres 2015 geprüft und festgestellt, dass die KZV M-V die Grundsätze der sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung beachtet hat. Die Konten sind

sauber und alles ist korrekt geführt. Eine Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2015 wurde vorgeschlagen und per Abstimmung einstimmig erteilt.



Dr. Cornel Böhlinger

Der Haushalts- und Finanzausschuss traf sich turnusgemäß zu zwei Sitzungen, um die Haushaltsergebnisse des Jahres 2015 zu diskutieren und die Einzelpositionen für den zukünftigen Haushalt detailliert zu besprechen. Cornel Böhlinger belegte die stringente und effiziente Haushaltsführung anhand von Kostengegenüberstellungen der vergangenen sechs Jahre. Demnach sind die Haushaltsaufwendungen um sechs Prozent gestiegen. Die Kostenpauschale je Fall ist gleich geblieben. Böhlinger schloss zum Ende der Legislaturperiode mit einem ausdrücklichen Dank an Wolfgang Abeln und Iris Franz für die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Die konstituierende Vertreterversammlung findet am 18. Januar 2017 um 10 Uhr in Schwerin im Haus der Heilberufe statt.

**KZV**

Beschlossene Anträge der Vertreterversammlung wurden im letzten Rundbrief veröffentlicht.

## Resolution der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Die Vertreterversammlung der KZV M-V lehnt den als Referentenentwurf vorliegenden Gesetzentwurf eines GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes als maßlos und sachlich vollkommen ungerechtfertigt ab.

Sie fordert den Gesetzgeber auf, diesen Entwurf zurückzuziehen. Die Vertreterversammlung stellt fest, dass die Selbstverwaltung ordnungspolitisch sinnvoll ist. Die Selbstverwaltung hat in dem weit über 100-jährigen Bestehen der Krankenversicherungen gezeigt, dass nicht allein der Staat ein funktionierendes und hochklassiges Gesundheitswesen verwirklichen kann, sondern die Einbindung der fachlichen Kompetenz der Berufsträger selbst zu diesem heutigen Gesundheitswesen in hohem Maße beigetragen hat.

Damit einhergehend lag und liegt die Fachaufsicht bei den Selbstverwaltungskörperschaften, wobei

die Körperschaften ihrerseits der Rechtsaufsicht der Verwaltung unterlagen und unterliegen. Diese klare Abgrenzung zwischen fachlicher Sphäre und administrativer Sphäre hat sich bewährt und sollte nicht durch den Wandel der Rechtsaufsicht der Verwaltung hin zu einer Fachaufsicht der Verwaltung umgestaltet werden. So sieht der Referentenentwurf vor, dass zum Beispiel nicht namentliche Abstimmungen in der Vertreterversammlung weitestgehend ausgeschlossen werden sollen. Zumindest in Ausschüssen sollen Beschlussfassungen nur noch schriftlich in der Form möglich sein, dass alle Ausschussmitglieder den jeweiligen Beschluss persönlich unterzeichnen. Der Begründung nach sollen diese Formalitäten dazu dienen, die jeweiligen Aktionen bestimmten Personen zuordnen zu können, um gegen diese im Nachhinein evtl. haftungs- als auch strafrechtlich vorgehen zu können. Auch sieht dieser Referentenentwurf vor,



dass die Aufsichtsbehörden ermächtigt werden sollen, unbestimmte Rechtsbegriffe für die Körperschaften auf Bundesebene verbindlich zu interpretieren und festzulegen. Dies hätte nach dem Referentenentwurf zur Folge, dass sich die Rechtsaufsicht nicht auf eine Vertretbarkeitskontrolle beschränkt, sondern dass die Aufsichtsbehörde zukünftig auch rechtlich vertretbare Interpretationen der Bundeskörperschaften beanstanden und als rechtswidrig verhindern bzw. aufheben kann. In der Begründung zum Referentenentwurf wird zum Ausdruck gebracht, dass die Gerichte ihre Entscheidungshoheit insoweit verlieren, indem auch die Gerichte Handlungen der Aufsichtsbehörden zu akzeptieren haben, sofern die diesen zu Grunde liegenden rechtlichen Bewertungen als vertretbar angesehen werden können. Der bisherige aufsichtsrechtliche Maßstab, wonach im Zweifel die Selbstverwaltungskompetenz und der damit verbundene Beurteilungsspielraum dadurch zu wahren ist, dass vertretbare Rechtsinterpretationen der Selbstverwaltungskörperschaften von der Aufsicht akzeptiert werden müssen, wird dadurch in sein Gegenteil verkehrt. Zukünftig soll eine vertretbare rechtliche Interpretation der Aufsicht in jedem Falle Vorrang zu-

kommen. Diese beispielhaft genannten Änderungen der Selbstverwaltungskompetenz setzen sich in dem Referentenentwurf fort. So soll es hiernach auch so sein, dass die Aufsichtsbehörde auch die Beschlüsse der Vertreterversammlung aufheben bzw. rückgängig machen kann und sowohl der Haushalt und auch die Satzung von der Aufsichtsbehörde selbst festgesetzt werden können. In der ersten Beurteilung dieses Referentenentwurfes ist festzuhalten, dass die seit über 100 Jahren entwickelte Selbstverwaltungskompetenz und das damit einhergehende Selbstverwaltungsrecht so massiv eingeschränkt werden würden, sodass sich in der letzten Konsequenz dies auch auf das Krankenversicherungssystem durch eine Beeinträchtigung der medizinischen Leistungsfähigkeit auswirken wird.

Zur Unterstreichung der Bewertung der unzweifelhaft vorhandenen fachlich hohen medizinischen Versorgung in einer angemessenen gesetzlichen Krankenversicherung sollte der vorliegende Gesetzentwurf zurückgezogen werden.

*Von der Vertreterversammlung am 2. November  
einstimmig verabschiedet*

# Bundesversammlung der BZÄK

## Prof. Dr. Dietmar Oesterreich als Vizepräsident bestätigt

Die BZÄK-Bundesversammlung wählte am 18. November den Geschäftsführenden Vorstand der Bundeszahnärztekammer. Erneut wurde Dr. Peter Engel zum BZÄK-Präsidenten gewählt. Als Vizepräsidenten wurden Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, und Prof. Dr. Christoph Benz, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, im Amt bestätigt.

Ein weiterer Delegierter aus Mecklenburg-Vorpommern, Vizepräsident und Finanzreferent Dipl.-Stom. Andreas Wegener, wurde einstimmig in den Rechnungsprüfungsausschuss der Bundeszahnärztekammer gewählt.

Ein ausführlicher Bericht über die Bundesversammlung folgt in dens 1/2017.



*BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel gratuliert Prof. Dr. Dietmar Oesterreich zu seiner Wiederwahl als Vizepräsident*

# Kammerversammlung

## Wahlordnung am 3. Dezember in Schwerin verabschiedet

Die Kammerversammlung wurde am 3. Dezember 2016 in Schwerin nach aufsichtsrechtlicher Anordnung durchgeführt. Die Kammerdelegierten verabschiedeten mit der notwendigen Mehrheit die

nachfolgend abgedruckte Wahlordnung sowie den vorläufigen Haushaltsplan 2017.

Ein ausführlicher Bericht über diese Kammerversammlung folgt in dens 1/2017.



# Wahlordnung

## der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

vom 3. Dezember 2016

Aufgrund § 21 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Nr. 2 des HeilBerG vom 22. Januar 1993 (GVOBl. M-V Seite 62) zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Juli 2016 (GVOBl. M-V Seiten 559, 561) wird nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung der Zahnärztekammer M-V am 3. Dezember 2016 folgende Wahlordnung der Zahnärztekammer M-V erlassen:

### 1. Teil

#### Wahl zur Kammerversammlung

#### Abschnitt I: Allgemeine Bestimmungen

##### § 1 Wahl zur Kammerversammlung

- (1) Die Wahlen zur Kammerversammlung richten sich nach § 15 Heilberufsgesetz in Verbindung mit den Bestimmungen dieser Wahlordnung.
- (2) Die Wahlen zur Kammerversammlung finden als Briefwahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen statt.
- (3) Die Wahl zur Kammerversammlung erfolgt landesweit und über Wahlkreise.

##### § 2 Wahlzeit

- (1) Die Wahlzeit beginnt mit der Zusendung der Stimmzettel, der Wahlumschläge und der Wahlausweise an die Wahlberechtigten.
- (2) Das Ende der Wahlzeit wird durch den Vorstand der Zahnärztekammer unter Berücksichtigung der in dieser Wahlordnung bestimmten Fristen festgesetzt.

##### § 3 Wahlkreise

- (1) Es werden folgende Wahlkreise gebildet:
  - Wahlkreis 1: Kreisstelle Rostock
  - Wahlkreis 2: Kreisstellen Schwerin, Parchim, Parchim-Nord, Ludwigslust, Nordwestmecklenburg
  - Wahlkreis 3: Kreisstellen Wismar, Bad Doberan, Güstrow, Demmin
  - Wahlkreis 4: Kreisstellen Nordvorpommern, Stralsund, Rügen, Greifswald
  - Wahlkreis 5: Kreisstellen Müritztal, Mecklenburg-Strelitz, Neubrandenburg, Ostvorpommern, Uecker-Randow
- (2) Die räumlichen Grenzen der Kreisstellen ergeben sich aus der dieser Wahlordnung als Anlage 1 beigefügten Karte.

##### § 4 Anzahl der zu wählenden Kammermitglieder

- (1) Zur Kammerversammlung ist gemäß § 16 Abs. 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes je 50 Wahlberechtigte ein Mitglied zu wählen. Ferner gehören der Kammerversammlung zwei Hochschullehrer an, die die zahnärztliche Approbation besitzen und von denen jeweils einer von den zuständigen Fakultäten der Hochschulen in Rostock und Greifswald benannt worden ist.

- (2) Unbeschadet der Regelung in Absatz 4 werden grundsätzlich zehn Mitglieder landesweit gewählt. Die übrigen Mitglieder werden über die Wahlkreise gewählt.

- (3) Die Anzahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder bestimmt sich nach dem Verhältnis der wahlberechtigten Kammerangehörigen eines Wahlkreises zu der Gesamtzahl der Wahlberechtigten aller Wahlkreise am Tag des bestandskräftigen Abschlusses der Wählerliste. Ergibt sich bei der Bestimmung der Anzahl der in den Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder keine ganze Zahl, so erfolgt eine Aufrundung, wenn die Dezimalzahl mehr als 0,49 beträgt, im Übrigen eine Abrundung auf die nächste ganze Zahl.

- (4) Soweit aufgrund vorgenommener Rundung gemäß Absatz 3 die Summe der in Absatz 2 landesweit und über die Wahlkreise zu wählenden Mitglieder von der Anzahl der nach Absatz 1 Satz 1 insgesamt zur Kammerversammlung zu wählenden Mitglieder abweicht, reduziert oder erhöht sich die Anzahl der landesweit zu wählenden Mitglieder entsprechend.

##### § 5 Wahlkommission und Wahlleiter

- (1) Der Vorstand der Zahnärztekammer M-V bestellt zur Durchführung der Wahl eine aus vier Zahnärzten bestehende Wahlkommission und einen Wahlleiter. Der Wahlleiter muss die Befähigung zum Richteramt haben.
- (2) Zum Mitglied der Wahlkommission kann nur bestellt werden, wer zuvor schriftlich gegenüber dem Vorstand sein Einverständnis zur Bestellung erklärt hat und auf die Kandidatur zur Wahl für die Kammerversammlung verzichtet.
- (3) Der Präsident der Zahnärztekammer verpflichtet den Wahlleiter und die Mitglieder der Wahlkommission ihre Amtsgeschäfte gewissenhaft wahrzunehmen.

##### § 6 Aufgaben des Wahlleiters und der Wahlkommission

- (1) Der Wahlleiter hat
  1. die Wählerliste zu erstellen,
  2. die Zahl der in den Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder bekannt zu geben,
  3. über die Zulässigkeit der Wahlvorschläge zu entscheiden,
  4. die zugelassenen Wahlvorschläge ordnungsgemäß bekannt zu machen,
  5. die Auslosung der Reihenfolge der Wahlvorschläge auf den jeweiligen Stimmzetteln vorzunehmen,
  6. die Wahlausweise und die Stimmzettel den Wahlberechtigten zu übersenden,
  7. die Gültigkeit der Stimmzettel festzustellen,
  8. das Wahlergebnis festzustellen und zu beurkunden,
  9. das Wahlergebnis zu veröffentlichen,
  10. die Gewählten von ihrer Wahl in Kenntnis zu setzen,
  11. dafür zu sorgen, dass die mit der Wahl zusammenhängenden Termine und Fristen eingehalten werden,

12. sicherzustellen, dass die Wahl unmitteibar, frei, gleich und geheim durchgeführt wird.

- (2) Die Wahlkommission entscheidet insbesondere über
  1. die Wahlberechtigung und die Wählbarkeit der Zahnärzte,
  2. die Einsprüche gegen die Wählerliste,
  3. Widersprüche gegen die Feststellung der Wahl.

- (3) Wahlleiter und Wahlkommission können sich zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Unterstützung der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer bedienen. Andere wahlberechtigte Kammermitglieder, die sich nicht um die Wahl bewerben, können mit ihrem Einverständnis zur Unterstützung herangezogen werden.

- (4) Wahlleiter und Wahlkommission führen die Wiederholungswahlen durch.

##### § 7 Ankündigung der Wahl

- (1) Die Wahl ist durch den Wahlleiter im Mitteilungsblatt „dens“ mindestens fünf Monate vor dem Ende der Wahlzeit anzukündigen.
- (2) Die Ankündigung der Wahl muss enthalten:
  1. Beginn und Ende der Wahlzeit,
  2. die Angabe, wo und wann die Wählerliste und die Wahlordnung zur Einsicht ausliegen,
  3. den Hinweis, dass nur die Kammermitglieder wählen können, die in Wählerliste eingetragen sind,
  4. den Hinweis, dass Einsprüche gegen die Wählerliste nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eingereicht werden können,
  5. den Hinweis, dass ein Wahlvorschlag von mindestens drei wahlberechtigten Kammermitgliedern unterzeichnet sein muss,
  6. den Termin, bis zu dem Wahlvorschläge eingereicht werden müssen,
  7. den Hinweis, dass nur gewählt werden kann, wer zur Wahl fristgerecht vorgeschlagen wurde und
  8. das Medium, das die Wahlvorschläge bekannt gibt.

##### § 8 Berechnung von Fristen

Auf die Berechnung der in dieser Satzung bestimmten Fristen finden die §§ 186 bis 193 des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechende Anwendung.

#### Abschnitt II. Wahlverfahren

##### § 9 Wahlberechtigung

- (1) Wahlberechtigt sind alle Kammermitglieder, die
  1. vor Beginn der Wahlzeit seit mindestens drei Monaten bei der Kammer gemeldet sind,
  2. nicht vom Wahlrecht ausgeschlossen sind und
  3. in die Wählerliste eingetragen sind.
- (2) Wählbar ist jedes wahlberechtigte Kammermitglied, dem das passive Berufswahlrecht nicht aberkannt wurde. Nicht wählbar ist, wer
  1. staatliche Aufsichtsbefugnisse über

- die Kammer ausübt,
- 2. hauptberuflicher Mitarbeiter der Kammer ist oder
- 3. infolge Richterspruchs die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter nicht besitzt.

**§ 10 Wählerliste**

- (1) Der Wahlleiter hat eine Liste sämtlicher wahlberechtigter Zahnärzte aufzustellen (Wählerliste). In die Wählerliste werden die wahlberechtigten Zahnärzte in alphabetischer Reihenfolge unter Angabe von Familienname, Titel, Vorname, Ort der überwiegenden Berufsausübung bzw. bei Personen ohne Berufsausübung Hauptwohnsitz und Beginn der Kammerzugehörigkeit, soweit diese nach dem 1. Januar 2016 begründet wurde, aufgenommen.
- (2) Die Wählerliste ist drei Monate vor Beginn der Wahlzeit für die Dauer von zwei Wochen bei der Zahnärztekammer M-V während der Geschäftsstunden zur Einsichtnahme ausulegen.
- (3) Nach Beginn der Auslegungsfrist ist die Eintragung oder Streichung von Personen sowie die Vornahme sonstiger Änderungen in der Wählerliste nur noch auf rechtzeitigen Einspruch hin zulässig.
- (4) Einsprüche sind spätestens zwei Wochen nach Ablauf der Auslegungsfrist bei der Wahlkommission schriftlich einzulegen. Die Wahlkommission entscheidet unverzüglich über die Einsprüche.
- (5) Ist die Wählerliste offensichtlich unrichtig oder unvollständig, so kann der Wahlleiter den Mangel bis zum Abschluss der Wählerliste auch von Amts wegen beheben. Dies gilt nicht für Mängel, die nicht Gegenstand des Einspruchs sind.
- (6) Alle von Beginn der Auslegungsfrist an vorgenommenen Änderungen sind in der Spalte „Bemerkungen“ zu erläutern und mit Datum und Unterschrift des vollziehenden Wahlleiters zu versehen. Bei einem Wegfall des Wahlrechts darf der Grund nur durch die Anführung der Rechtsgrundlage vermerkt werden.
- (7) Für jeden endgültig in die Wählerliste eingetragenen Wahlberechtigten ist ein Wahlausweis auszufüllen.

**§ 11 Wahlvorschläge**

- (1) Die Wahl erfolgt aufgrund von Wahlvorschlägen.
- (2) Ein Bewerber kann entweder über seinen Wahlkreis oder landesweit für die Wahl kandidieren. Jeder Bewerber kann nur auf einem Wahlvorschlag vorgeschlagen werden.
- (3) Wahlvorschläge können entweder für einen Wahlkreis oder landesweit als Einzelwahlvorschlag oder Listenvorschlag eingereicht werden. Dabei ist anzugeben, ob der Wahlvorschlag für den Wahlkreis oder landesweit erfolgen soll. Die Listenvorschläge können einen Namen tragen.
- (4) Die Zugehörigkeit zu einem Wahlkreis richtet sich nach dem Ort der überwiegenden Berufsausübung, bei Personen ohne Berufsausübung nach dem Hauptwohnsitz.

- (5) Ein Wahlvorschlag wird vom Wahlleiter zugelassen, wenn
  - 1. er von mindestens drei wahlberechtigten Zahnärzten unterzeichnet wurde,
  - 2. die Bewerber wählbar sind und der Aufnahme in den Wahlvorschlag schriftlich gegenüber dem Wahlleiter zugestimmt haben und
  - 3. die Bewerber nicht der Wahlkommission angehören.

- (6) Die Wahlvorschläge und Zustimmungserklärungen sind beim Wahlleiter binnen einer Frist von vier Wochen nach Ablauf der Einspruchsfrist gegen die Wählerliste gemäß § 10 Abs. 4 einzureichen. Wird bis zu diesem Tag nicht die erforderliche Anzahl der Bewerber vorgeschlagen, so gibt der Wahlleiter dies sofort bekannt. Gleichzeitig fordert der Wahlleiter zur Einreichung von weiteren Wahlvorschlägen innerhalb einer Nachfrist von einer Woche auf. Werden auch innerhalb einer Nachfrist nicht genügend weitere Bewerber vorgeschlagen, so gibt der Wahlleiter bekannt, dass die Wahl im Wahlkreis nicht durchgeführt werden kann. In diesem Fall muss die Wahl im Wahlkreis neu angesetzt werden. Die Vorschriften über die Neuwahl gelten entsprechend.
- (7) Die zugelassenen Wahlvorschläge sind unverzüglich durch den Wahlleiter bekannt zu machen.

**§ 12 Stimmzettel**

- (1) Gewählt wird auf amtlichen, von der Wahlkommission vorgegebenen Stimmzetteln. Alle Stimmzettel müssen die gleiche Größe, Farbe, Beschaffenheit und Beschriftung haben. Sie dürfen keine besonderen Merkmale (Zeichen, Falten oder Risse oder dergleichen) aufweisen.
- (2) Jeder Wähler erhält zwei Stimmzettel, einen für die Wahl über die Landesliste und einen für die Wahl über die Wahlkreise.
- (3) Die Stimmzettel enthalten im Kopf die Bezeichnung „Amtlicher Stimmzettel für die Wahl der Kammerversammlung der Zahnärztekammer M-V [Jahr]“. Die Stimmzettel für die Wahl über die Landesliste und die Wahl über die Wahlkreise enthalten die in den öffentlich bekannt gegebenen Wahlvorschlägen aufgeführten Bewerber unter Angabe von Familienname, Titel und Vorname. Der Stimmzettel für die Wahl über die Wahlkreise enthält ergänzend die Angabe von Nummer und Name des Wahlkreises.

Die Reihenfolge der auf den jeweiligen Stimmzetteln aufgeführten Wahlvorschläge bestimmt das Los. Die Auslosung erfolgt durch den Wahlleiter.

Die Stimmzettel müssen ferner Hinweise darauf enthalten,

- 1. dass das Wahlrecht nur durch Briefwahl ausgeübt werden kann,
- 2. dass der Wähler für die Wahl der Kammerversammlung jeweils nur einen Stimmzettel für die Wahl über die Landesliste und einen für die Wahl über die Wahlkreise abgeben darf,
- 3. wie viele Stimmen jeder Wähler abgeben kann,
- 4. dass jedem Bewerber nur eine Stimme gegeben werden kann,

- 5. dass die Stimmabgabe durch das Setzen eines Kreuzes neben dem zu wählenden Bewerber erfolgt,
- 6. wann die Wahlzeit endet.
- (4) Die Stimmzettel mit den zugelassenen Wahlvorschlägen, die undurchsichtigen Wahlumschläge, der Wahlbriefumschlag, der Wahlausweis und ein Merkblatt zur schriftlichen Stimmabgabe werden an die Wahlberechtigten spätestens sechs Wochen vor dem Ende der Wahlzeit gesandt.

**§ 13 Stimmabgabe**

- (1) Bei der Wahl über die Wahlkreise hat jeder in dem Wahlkreis Wahlberechtigte so viele Stimmen, wie Mitglieder aus seinem Wahlkreis in die Kammerversammlung zu wählen sind. Für die Wahlberechtigung im Wahlkreis gilt § 11 Abs. 4 entsprechend. Bei der landesweiten Wahl hat jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, wie landesweit Mitglieder in die Kammerversammlung zu wählen sind.
- (2) Jedem Bewerber kann nur eine Stimme gegeben werden. Die Stimmen können auf mehrere Listen und innerhalb der Listen auf mehrere Bewerber verteilt werden.
- (3) Die Stimmzettel für die Wahlen über die Kreise und landesweit sind in getrennte, verschlossene Wahlumschläge zu stecken. Die Wahlumschläge sind zusammen mit dem Wahlausweis sowie einer Erklärung des Wählers, dass er die Wahl frei und unbeeinflusst durchgeführt und der Stimmzettel von ihm persönlich ausgefüllt wurde in einem verschlossenen Wahlbriefumschlag an den Wahlleiter zurückzusenden.
- (4) Der Wahlbriefumschlag muss dem Wahlleiter bis zum Ende der Wahlzeit zugegangen sein.
- (5) Ungültig sind Stimmzettel, die
  - 1. nicht amtlich hergestellt sind,
  - 2. den Willen des Wählers nicht zweifelsfrei erkennen lassen oder
  - 3. mit unzulässigen Angaben versehen sind.

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

**§ 14 Ermittlung und Feststellung des Wahlergebnisses**

- (1) Die abgegebenen Stimmen werden am Tag nach Beendigung der Wahlzeit durch die Wahlkommission gezählt. Dazu werden die Wahlbriefumschläge geöffnet. Sodann werden nach Prüfung des Wahlausweises und Streichung des Wählers in der Wählerliste die Wahlumschläge nach Wahlkreise und Landesliste sortiert. Danach werden die Wahlumschläge geöffnet und die gültigen Stimmen getrennt nach Kreisliste und Landesliste ausgezählt.
- (2) Die Wahlkommission zählt die auf jedem Wahlvorschlag und innerhalb des Wahlvorschlages auf jeden Bewerber entfallenen Stimmen.
- (3) Die Zahlen der den einzelnen Wahlvorschlägen zustehenden Sitze werden nach dem Höchstzahlverfahren nach

d'Hondt ermittelt. Hierzu werden nach Auszählung der gültigen Stimmzettel die Zahlen der enthaltenen Stimmen eines Wahlvorschlages nacheinander durch 1, 2, 3, 4 ..... n geteilt. Die sich daraus ergebenden Dezimalzahlen werden bis auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet (Höchstzahlen). Die einem Wahlvorschlag zustehenden Sitze werden in der Rangfolge der Höchstzahlen auf die Wahlvorschläge verteilt. Enthält ein Wahlvorschlag weniger Bewerber als auf ihn Sitze entfallen, so fallen die freibleibenden Sitze den Wahlvorschlägen mit den nächst niedrigeren Höchstzahlen zu. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los, das vom Wahlleiter zu ziehen ist.

- (4) Innerhalb der Listenvorschläge werden die Sitze in der Reihenfolge der auf die Bewerber entfallenden Stimmen verteilt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los, das vom Wahlleiter zu ziehen ist.
- (5) Bei der Ermittlung des Wahlergebnisses darf jeder Wahlberechtigte sowie ein Vertreter der Aufsichtsbehörde anwesend sein.
- (6) Der Wahlleiter stellt das gültige Wahlergebnis fest und veröffentlicht es in der nächsten Ausgabe des Mitteilungsblatts „dens“.
- (7) Die gewählten Bewerber werden von dem Wahlleiter über die Wahl unterrichtet und aufgefordert, innerhalb einer Frist von einer Woche nach der Unterrichtung dem Wahlleiter gegenüber schriftlich zu erklären, ob sie die Wahl annehmen. Erfolgt eine Erklärung innerhalb der Frist nicht, so gilt die Wahl als angenommen.

## § 15 Niederschrift

- (1) Der Wahlleiter hat
  1. die Durchführung der Wahl,
  2. die Ermittlung des Wahlergebnisses und
  3. die Beschlussfassung über die Gültigkeit der Stimmzettel bzw. ihrer Ungültigkeit mit kurzer Begründung
 schriftlich niederzulegen.

- (2) Der Wahlleiter hat die Niederschrift zu unterzeichnen. Sie ist mit den Stimmzetteln zu den Wahlakten zu nehmen und fünf Jahre bei der Zahnärztekammer aufzubewahren.

## § 16 Anfechtung der Wahl

- (1) Gegen die Feststellung der Gültigkeit der Wahl der Kammerversammlung oder eines Mitgliedes kann jeder Wahlberechtigte innerhalb eines Monats nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses bei der Wahlkommission Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer M-V einzulegen. Er soll begründet werden. §§ 68 ff. VwGO sind anzuwenden. Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung.
- (2) Die Wahlanfechtung kann nur darauf gestützt werden, dass gegen wesentliche Vorschriften über das Wahlrecht, die Wählbarkeit oder das Wahlverfahren verstoßen worden oder eine Berichtigung unterblieben ist und die

Möglichkeit besteht, dass durch den Verstoß das Wahlergebnis beeinflusst wurde.

- (3) Über den Widerspruch entscheidet die Wahlkommission.
- (4) Erklärt die Wahlkommission die Wahl der Kammerversammlung insgesamt für ungültig, so muss eine Wiederholungswahl stattfinden.
- (5) Wird die Wahl in einem Wahlkreis für ungültig erklärt, so muss in diesem Wahlkreis eine Wiederholungswahl stattfinden.
- (6) Wird die Wahl ganz oder teilweise für ungültig erklärt, so ist die Wahl nur insoweit zu wiederholen, wie es nach der Entscheidung über die Wahlanfechtung erforderlich ist. Auf die Wiederholungswahl sind die Vorschriften über die Wahl entsprechend anzuwenden. Die Einzelheiten der Wiederholungswahl bestimmen die Wahlkommission und der Wahlleiter unter Beachtung der besonderen Umstände des Einzelfalles.
- (7) Wird die Wahl eines Mitgliedes für ungültig erklärt, so verliert es seinen Sitz. An seiner Stelle gilt derjenige Bewerber als gewählt, der innerhalb der Landes- bzw. des jeweiligen Wahlkreises von den übrig gebliebenen Bewerbern die meisten Stimmen erhalten hat. Sind solche Bewerber nicht mehr vorhanden, so bleibt der Sitz leer. Für Einzelvorschläge bzw. die dadurch gewählten Personen gilt diese Regelung entsprechend.
- (8) Wird die Ermittlung des Wahlergebnisses für unrichtig erachtet, so ist sie aufzuheben und eine neue Ermittlung anzuordnen.
- (9) Gegen die Entscheidung der Wahlkommission kann binnen einen Monats nach Bekanntgabe Klage beim zuständigen Verwaltungsgericht erhoben werden.

## § 17 Neuwahlen

- (1) Auf Verlangen von mindestens zwei Dritteln der Kammermitglieder sind durch die Aufsichtsbehörde Neuwahlen anzuordnen.
- (2) Der Termin für eine Neuwahl wird von dem Vorstand der Zahnärztekammer im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde festgesetzt.

## § 18 Ersatz für ausscheidende Mitglieder

Als Ersatz für ausscheidende Mitglieder der Kammerversammlung treten jeweils die Nachfolgekandidaten mit der nächst höheren Stimmzahl der entsprechenden Liste in die Kammerversammlung ein. Sind solche Bewerber nicht vorhanden, so bleibt der Sitz leer.

## § 19 Bekanntmachungen

Die nach der Wahlordnung erforderlichen Bekanntmachungen erfolgen im Mitteilungsblatt „dens“ oder durch Rundschreiben an alle Wahlberechtigten.

## 2. Teil

### Wahl des Vorstandes

#### § 20 Wahlverfahren

- (1) Spätestens zwei Monate nach Beendigung der Wahl der Kammerversammlung ist diese von dem Vorstand

der Zahnärztekammer zur Neuwahl des Vorstandes schriftlich einzuberufen.

- (2) Der Präsident der Zahnärztekammer eröffnet die Kammerversammlung und übergibt die Leitung dem an Jahren ältesten Mitglied der Kammerversammlung, das die Bildung einer Wahlkommission veranlasst. Diese besteht aus dem Wahlleiter und zwei Beisitzenden, die durch Zuruf gewählt werden.
- (3) Die Bewerber werden aus der Kammerversammlung vorgeschlagen unter ausdrücklichem Hinweis darauf, welche Funktion sie im Vorstand einnehmen sollen (Präsident, Vizepräsident, weiteres Mitglied). Mitglieder der Wahlkommission können nicht vorgeschlagen und gewählt werden.
- (4) Die Wahl ist geheim und schriftlich. Gewählt werden Präsident, Vizepräsident und bis zu fünf weitere Mitglieder. Jedes Mitglied des Vorstands ist mit verdeckten Stimmzetteln in getrennten Wahlhandlungen zu wählen.
- (5) Für die Wahl der Mitglieder des Vorstandes ist die Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Enthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Stehen mehr als zwei Bewerber zur Wahl und erhält keiner die Stimmenmehrheit, scheidet in der erforderlichen Zahl von Wahlvorgängen je Wahlgang der Bewerber mit der geringsten Stimmzahl aus. Zwischen den zwei verbleibenden Bewerbern findet eine Stichwahl statt.
- (6) Für das weitere Verfahren gelten die Bestimmungen für die Wahl zur Kammerversammlung entsprechend.
- (7) Die Wahlkommission stellt das Wahlergebnis fest und entscheidet über die Gültigkeit der Stimmzettel.
- (8) Die Kammerversammlung kann Mitglieder des Vorstandes mit Zweidrittelmehrheit abberufen.
- (9) Ein Mitglied des Vorstandes scheidet aus dem Vorstand aus, wenn die Voraussetzungen der Wählbarkeit wegfallen.

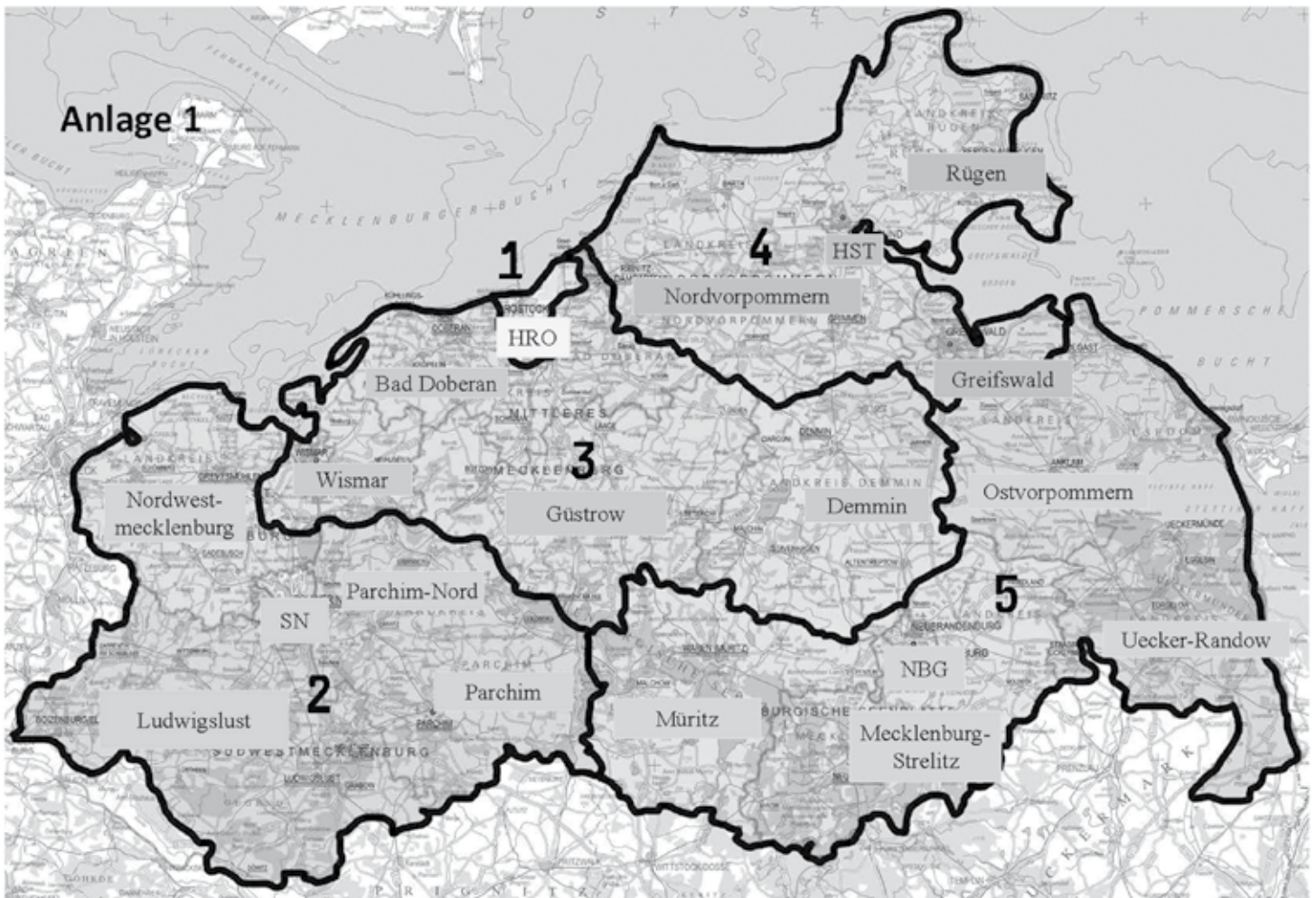
## 3. Teil Schlussbestimmungen

### § 21 Inkrafttreten, Außerkräfttreten

Diese Wahlordnung tritt am Tage nach Ihrer Veröffentlichung in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Wahlordnung vom 1. Dezember 2012 (Mitteilungsblatt dens 2/2013, Seiten 18 bis 20), zuletzt geändert am 15. Juni 2013 (Mitteilungsblatt dens 7/2013, Seite 13), außer Kraft.

Schwerin, 3. Dezember 2016  
 Prof. Dr. Dietmar Oesterreich  
 – Präsident –  
 Zahnärztekammer M-V

*Diese Wahlordnung wurde am 3. Dezember 2016 vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit genehmigt.*



Anlage 1 entsprechend § 3 Abs. 2 der Wahlordnung

## Im neuen, erfrischenden Layout: ZahnRat 90 zur Ästhetischen Zahnheilkunde

Der ZahnRat 90 zur Ästhetischen Zahnheilkunde versucht den Patienten zu erklären, wie Schönheit und Zahngesundheit vom Zahnarzt in Einklang gebracht werden können. Bei der Ästhetischen Zahnheilkunde handelt es sich um hochwertige Zahnmedizin, bei der ästhetische Gesichtspunkte als Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes besonders berücksichtigt werden. Die Umsetzung ästhetischer Behandlungskonzepte fordern vom Zahnarzt hohe Fachkompetenz und vom Patienten einen großen Zeitaufwand, aber auch wirtschaftliches Engagement. Dabei berührt die Ästhetische Zahnheilkunde alle anderen Teilgebiete – angefangen von der Prophylaxe, der Parodontologie, dem Bleaching, der Füllungstherapie, der Prothetik bis hin zur zahnärztlichen Implantologie. Auch Hinweise zu den Kostenregelungen werden im ZahnRat 90 nicht ausgespart.

Die Patientenzeitung wird als sinnvolle Ergänzung des Gespräches des Zahnarztes mit betroffenen Patienten empfohlen.

**ZÄK M-V**

Im Internet: [www.zahnrat.de](http://www.zahnrat.de)  
Facebook: [www.facebook.com/zahnrat.de](http://www.facebook.com/zahnrat.de)



# Ankündigung der Neuwahlen

## zur 8. Amtsperiode der Kammerversammlung der ZÄK M-V

*Das Oberverwaltungsgericht Mecklenburg-Vorpommern hat durch Beschluss vom 3. November 2016 den Antrag auf Zulassung der Berufung gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Schwerin vom 22.06.2016 abgelehnt. Damit ist rechtskräftig festgestellt, dass die Wahl zur Kammerversammlung der 7. Amtsperiode ungültig ist. Folglich sind unverzüglich Neuwahlen einzuleiten. Nach aufsichtsrechtlicher Anordnung vom 10. November 2016 hat die Kammerversammlung am 3. Dezember 2016 die auf den Seiten 10 bis 13 abgedruckte Wahlordnung beschlossen.*

Gemäß § 7 der Wahlordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 3. Dezember 2016 wird die Wahl zur 8. Amtsperiode der Kammerversammlung angekündigt.

Der Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat am 3. Dezember 2016 gemäß § 5 Abs. 1 der Wahlordnung einen Wahlleiter und eine Wahlkommission bestellt.

**Wahlleiter:** Rechtsanwalt Christian Doose-Bruns, Rostock

**Mitglieder der Wahlkommission:** Dr. Norbert Erben, Teterow; ZA Jörn Kobrow, Schwerin; Dipl.-Stom. Thomas Zumstrull, Schwerin; Dr. Olaf Jödecke, Ludwigslust

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 14.00 Uhr eingesehen werden. Sie ist auf der Homepage der Zahnärztekammer unter [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de) eingestellt.

Die Wahlen zur Kammerversammlung richten sich nach § 15 Heilberufsgesetz in Verbindung mit den Bestimmungen der Wahlordnung vom 3. Dezember 2016. Die Wahlen zur Kammerversammlung finden als Briefwahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen statt. Die Wahl zur Kammerversammlung erfolgt landesweit und über Wahlkreise.

### 1. Beginn und Ende der Wahlzeit

Die Wahlzeit beginnt mit der Zusendung der Stimmzettel (§ 2 Abs. 1 Wahlordnung). Der Vorstand der Zahnärztekammer hat das Ende der Wahlzeit gemäß § 2 Abs. 2 der Wahlordnung auf den 6. Juni 2017 festgelegt.

### 2. Wählerliste

Der Wahlleiter stellt eine Liste aller wahlberechtigten Zahnärzte auf. Wahlberechtigt ist jedes Kammermitglied, das vor Beginn der Wahlzeit am 20.

April 2017 mindestens drei Monate bei der Kammer gemeldet, nicht vom Wahlrecht ausgeschlossen und in der Wählerliste eingetragen ist.

Die Wählerliste liegt in der Zeit vom 11. Januar 2017 bis zum 25. Januar 2017 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 Uhr zur Einsichtnahme durch die Mitglieder der Zahnärztekammer aus. Einsprüche gegen die Wählerliste sind bis spätestens zum 8. Februar 2017 beim Wahlleiter einzulegen.

### 3. Wahlvorschläge und Einreichungsfrist

Gewählt werden kann nur, wer in einen Wahlvorschlag aufgenommen wurde. Wahlvorschläge sind bis zum 9. März 2017 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 3 wahlberechtigten Zahnärzte bei einer Wahl über die Landesliste bzw. bei einer Wahl über die Kreisliste unterzeichnet wurde;
- der Bewerber wählbar ist und der Aufnahme in den Wahlvorschlag schriftlich zugestimmt hat und
- der Bewerber nicht der Wahlkommission angehört.

Bei der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern können unter der Telefonnummer 0385-5 91 08 10 Vordrucke für Wahlvorschläge sowie Vordrucke für Einverständniserklärungen über die Aufnahme des Bewerbers in den Wahlvorschlag angefordert werden.

Die zugelassenen Wahlvorschläge werden unverzüglich über den Newsletter der ZÄK M-V bzw. über die dens bekannt gegeben. Eine Liste wird in der Geschäftsstelle der ZÄK M-V ab 13. März 2017 zur Einsicht ausgelegt.

### 4. Stimmabgabe

Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt. Sie endet am 6. Juni 2017, 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 20. April 2017 an die Wahlberechtigten abgesandt. Wer die Wahlpapiere bis zum 30. April 2017 noch nicht erhalten hat, wird gebeten, sich fernmündlich mit dem Geschäftsführer der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Herrn Konrad Curth (Tel.Nr.: 0385 - 59 10 80), 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 die Stimmzettel von ihm persönlich ausgefüllt wurden, 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 vom Wahlausschuss am 7. Juni 2017 durch Auszählung der Stimmzettel ermittelt.

Der Wahlleiter benachrichtigt die Gewählten mit der Aufforderung, sich binnen einer Woche nach Erhalt der Nachricht 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 7. Juni 2017 abends veröffentlicht. Das endgültige Wahlergebnis wird im Mitteilungsblatt dens bekannt gegeben.

Es gelten die Vorschriften der Wahlordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 3. Dezember 2016.

**Schwerin, den 5. Dezember 2016**  
**Rechtsanwalt Christian Doose-Bruns,**  
**Wahlleiter**

# Das Ende der Selbstverwaltung...?

## GKV-SVSG führt zu verkappter Fachaufsicht

Ist dieses Gesetz der Anfang vom Ende eines selbstverwalteten Gesundheitssystems? Das BMG beabsichtigt faktisch, die bestehende Rechtsaufsicht über die Spitzenorganisationen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu einer verkappten Fachaufsicht auszubauen. Besonders kritisch bewertet die KZBV:

- die verbindlichen Vorgaben für unbestimmte Rechtsbegriffe durch das BMG, wodurch dieses ermächtigt wird, jegliches Verwaltungshandeln der betroffenen Körperschaften eigenständig und kleinteilig zu regeln,
- die Anordnung und Selbstvornahme von Satzungsänderungen, wodurch das BMG die Satzung der Körperschaften im Prinzip selbst detailliert bestimmen kann, wenn etwa Anordnungen nicht in bestimmter Frist erfüllt werden, sowie
- der Einsatz eines so genannten „Entsandten für besondere Angelegenheiten“ (= Staatskommissar), wenn das BMG bloße Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Verwaltung sieht.

Solche exzessiv ausgeweiteten Eingriffsmöglichkeiten des BMG führen zu einer systematischen Aushöhlung der Selbstverwaltung. Diese sei jedoch zentrales Element von Freiberuflichkeit und tragende Säule einer umfassenden Gesundheitsversorgung, um die Deutschland weltweit beneidet werde. „Der Blick in europäische Nachbarländer zeigt: Staatlich zentrierte Gesundheitssysteme sind nicht ansatzweise so leistungsfähig wie unsere seit Jahrzehnten bewährte Versorgung“, betonte Eßer. Es gelte also im laufenden Gesetzgebungsverfahren erheblichen Schaden von einem funktionierenden, erfolgreichen und – zumindest bislang noch – selbstverwalteten GKV-System abzuwenden.

Die Stellungnahme der Vertragszahnärzteschaft zum GKV-SVSG kann auf der Website der KZBV abgerufen werden. Zudem ist dort ein Zehn-Punkte-Programm verfügbar, das zentrale Kritikpunkte an dem Gesetz in Kurzform beschreibt.

## Neues QM-Update ist online

### Regelmäßige Sicherung der eigenen Dateien ist wichtig

Die zahnärztlichen Körperschaften in Mecklenburg-Vorpommern stellen ein neues Online-Update der QM-Software zur Verfügung. Mit dem Update 11/2016 werden u. a. über 100 Dokumente aktualisiert bzw. neu eingefügt. Über den entsprechenden Button im Programm kann das Update 11/2016 bei bestehender Internetverbindung eingelesen werden. Benutzer, die die Software vollkommen neu auf einen Windows-Rechner installieren, nutzen bitte ausschließlich die CD aus November 2011 und installieren anschließend die Updates 1/2013, 1/2014, 1/2015 und 11/2016 nacheinander, um den aktuellen Stand zur Verfügung zu haben.

Eine Installation von einem Datenträger (ohne Internetverbindung – „Aus Datei...“) ist selbstverständlich auch möglich.

Wichtig ist, regelmäßig – und insbesondere vor der Installation der Updates – eine Sicherung der eigenen Daten (z. B. auf einem USB-Stick) über den entsprechenden Button im Programm vorzunehmen. Die Hotline zeigt, dass fehlende Sicherungen der eigenen Dateien zu Problemen bei deren Wiederherstellung im Bedarfsfall (z. B. bei Übertragung der Software auf einen neuen

Rechner) führen können.

Mit Hilfe der Software sollte es jeder Zahnarztpraxis möglich sein, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement auch entsprechend der neuen, sektorübergreifenden QM-Richtlinie konkret auszugestalten. Diese wurde am 15. November im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Mit dem Update 11/2016 wurden neben der neuen, sektorübergreifenden QM-Richtlinie (Qualitätsmanagement/Allgemeines/Grundlagen des QM – u. a. Internetlink auf die Homepage des GBA) weitere novellierte Gesetze und Verordnungen sowie einige, für das QM in einer Zahnarztpraxis wichtige pdf-Dokumente aktualisiert bzw. neu in die QM-Software integriert, u. a.:

1. Die Kapitel des BuS-Handbuches zum Arbeits- und Patientenschutz (Formularsammlung/BuS-Handbuch der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern) wurden aktualisiert. Neben der inhaltlichen Überarbeitung wurden insbesondere die Verlinkungen (u. a. geänderte Homepage der ZÄK M-V) aktualisiert. Die zugehörige BuS-Prüfliste wurde überarbeitet und als ausfüllbares pdf-Formular in das QM integriert. Ebenfalls neu sind Hinweise zu den



- Praxisbegehungen in Mecklenburg-Vorpommern zu finden (Formularsammlung/Prüfliste – BuS).
- Der überarbeitete Hygieneleitfaden des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) sowie der gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer herausgegebene Hygieneplan wurden 2016 aktualisiert (Formularsammlung/BuS-Handbuch/Kapitel 6).
  - Ergänzt wurden weitere Hinweise zur Arzneimitteltherapiesicherheit sowie zum Umgang mit Medikamenten und zum Schmerzmanagement in der Zahnarztpraxis. Unter anderem wurde die 2. Ausgabe 2015 der Informationen über zahnärztliche Arzneimittel (IZA) als pdf-Datei integriert (Qualitätsmanagement/Praxisorganisation/Arzneimittelinformationen).
  - Das zahnärztliche Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ erfüllt die Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme. Zahnärztinnen und Zahnärzte können über die Online-Plattform CIRS dent anonym, sanktionsfrei und sicher über unerwünschte Ereignisse aus ihrem Praxisalltag berichten, sich informieren und austauschen. Ziel ist es, aus den Erfahrungen anderer zu lernen (Qualitätsmanagement/Praxisorganisation/Risiko- und Fehlermanagement).
  - Integriert wurden die AWMF-Leitlinie „Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten“ und „Händedesinfektion und Händehygiene“ (Formularsammlung/BuS-Handbuch/Kapitel 6) sowie die aktualisierte RKI-Empfehlung zur Händehygiene (Gesetzliche Grundlagen/RKI-Empfehlungen).
  - Neben der Aktualisierung der vertragszahnärztlichen Grundlagen (u. a. BEMA, EKV-Z) wurden vertragsrechtliche Bestimmungen zur Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern integriert (Gesetzliche Grundlagen/ Vertragszahnarztrecht).
  - Eingefügt wurden für Zahnarztpraxen relevante technische Regeln für Arbeitsstätten (ASR A1.3 – Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung, ASR A 2.2 – Maßnahmen gegen Brände, ASR A4.3 – Erste Hilfe). Neu zu finden ist u. a. auch die BGW-Broschüre „Risiko Nadelstich – Infektionen wirksam vorbeugen“ (Gesetzliche Grundlagen/Arbeits- und Patientenschutz/BG-Regeln).
  - In der neuen QM-Richtlinie werden explizit Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen gefordert. Daher wurde u. a. ein Kontrollblatt zur Überprüfung von Leitern und Tritten eingefügt (Formularsammlung/BuS-Handbuch/Kapitel 8).
  - Neu aufgenommen wurden die Informationsbroschüren „Praxisgründung – Der Weg in die Freiberuflichkeit“, „Zahnmedizin und Zahntechnik – Rechtsgrundlagen und Hinweise für die Zahnarztpraxis“, „Einkauf von Materialien“ sowie „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“. Der Datenschutz- und Datensicherheits-Leitfaden für die Zahnarztpraxis-EDV wurde aktualisiert (Formularsammlung/Checklisten/Allgemein).
  - Die enthaltenen Musteranstellungsverträge bzw. der Fortbildungsvertrag wurden aktualisiert (Qualitätsmanagement/Mitarbeiterorientierung bzw. Formularsammlung/Musterverträge).
- Hilfe zur Software ist in den Nutzerhinweisen (Taste F1) zu finden. Es wird eine Internetverbindung des verwendeten Computers empfohlen, um alle Inhalte vollumfänglich nutzen zu können, z. B. Links auf aktuelle Versionen von relevanten – insbesondere auch auf in der Praxis auslegungspflichtigen – Gesetzen und Verordnungen.
- Dipl.-Stom. Holger Donath, Konrad Curth  
Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und  
Hygiene der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern**

# Fortbildungsangebote der KZV

**Seminar: Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen sowie von IP- und FU- Leistungen** (Grundkenntnisse in der vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt)

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Susann Wünschowski, Mitarbeiterin Abt. Kons./Chir. KZV M-V

**Inhalt:** gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen – wann bezahlt die Krankenkasse – an aktuellen Fallbeispielen dargestellt; allgemeine Hinweise zur Füllungstherapie; zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige mit und ohne einen Kooperationsvertrag; die Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern – aktueller Stand; das Vorsorgeprogramm „Junge Zähne“; rechtliche Grundlagen und Hinweise zur Dokumentation in den Behandlungsunterlagen; zur Anforderung von Behandlungsunterlagen durch Prüfungsgremien und Krankenkassen – Mitwirkungspflicht; Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern anhand aktueller Prüfergebnisse aus der Quartalsabrechnung, der rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigung sowie der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a SGB V

**Wann:** 15. März, 14 bis 18 Uhr, Schwerin; 29. März, 14 bis 18 Uhr, Güstrow

**Punkte:** 5

**Gebühr:** 75 € (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

**Seminar: Die vertragszahnärztliche Abrechnung von Zahnersatz-Leistungen** (Grundkenntnisse in der vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt)

**Referentin:** Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

**Inhalt:** Erörterung der wichtigsten Zahnersatz- und

## Ich melde mich an zum Seminar:

(Bitte zutreffendes Seminar ankreuzen)

- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen sowie von IP- und FU-Leistungen am 15. März, 14–18 Uhr, Schwerin
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von ZE-Leistungen am 22. März, 15–18 Uhr, Güstrow
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von konservierend/chirurgischen sowie von IP- und FU-Leistungen am 29. März, 14–18 Uhr, Güstrow
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von ZE-Leistungen am 5. April, 15–18 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Festzuschuss-Richtlinien; Erläuterung der Befundgruppen; Regelversorgung, gleich- und andersartige Versorgungsformen – Abrechnungsbeispiele; Wiederherstellungen; Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern

**Wann:** 22. März, 15 bis 18 Uhr, Güstrow; 5. April, 15 bis 18 Uhr, Schwerin

**Punkte:** 4

**Gebühr:** 75 € (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

KZV M-V, 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**

## 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

### Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am **25. Januar** (Annahmestopp von Anträgen: 4. Januar) und am **22. März** (Annahmestopp von Anträgen: 1. März) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der KZV 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. Anträge mit

unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt.

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

<b>Beschlüsse des Zulassungsausschusses</b>		
<i>Name</i>	<i>Vertragszahnarztsitz</i>	<i>ab / zum</i>
<b>Ende der Zulassung für</b>		
Ulrike Fischer	18442 Negast, Poggeweg 9	31.12.2016
Ingeborg Wolle	18107 Rostock, Danziger Straße 55	01.01.2017
Dipl.-Med. Rainer Ewert	18469 Velgast, Platz der Solidarität 1	31.03.2017
DS Hannelore Haschke	17126 Jarmen, Burgstraße 19	31.01.2017
Dr. Iris Cordt	18119 Rostock-Warnemünde, Gartenstraße 88	31.01.2017
DS Annegret Ballhorn	17036 Neubrandenburg, Juri-Gagarin-Ring 39	01.01.2017
Thomas Brügge	17139 Gielow, Am Bornbruch 12	31.12.2016
<b>Angestelltenverhältnisse</b>		
<i>angestellter Zahnarzt</i>	<i>in Praxis</i>	<i>ab / zum</i>
<b>Ende der Anstellung</b>		
Christian Lampe	Dr. Sören Scheibner, 23966 Wismar	30.11.2016
Dr. Johanna Schmidt	Dr. Marianne und Ulrike Schulze, 18209 Bad Doberan	30.11.2016

ANZEIGE

## Internationale Dental-Schau

Die 37. Internationale Dental-Schau findet vom 21. bis 25. März in Köln statt. Die Bundeszahnärztekammer ist mit ihren Partnern Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ), Zahnärztliche Mitteilungen (zm), Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ), Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM), Bundesverband der Zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA), Dentista, Aktion Zahnfreundlich (AZeV), Verein für Zahnhygiene (VfZ) sowie Young Dentists Worldwide (YDW) mit einem Gemeinschaftsstand dabei: Halle 11.2 – Gang O/P – Stand 50/59

Das Programm am BZÄK-Stand steht nun als Webversion zur Verfügung: [www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/ids/programmflyer\\_ids\\_2017.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/ids/programmflyer_ids_2017.pdf)

BZÄK

# Fortbildung Januar und Februar

Online-Anmeldung unter  
[www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de)

**Fachgebiet:** Hygiene

**Thema:** Zeitgemäßes Hygienemanagement in Zahnarztpraxen

**Referent/in:** Dipl. o. m. Holger Donath (Teterow), Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski (Rostock)

**Termin:** 18. Januar, 15–20 Uhr

**Ort:** TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103, 18055 Rostock

**Fortbildungspunkte:** 6

**Kurs-Nr.:** 03/I-17

**Kursgebühr:** 138 Euro

**Fachgebiet:** Kommunikation

**Thema:** Der erste Eindruck zählt! Wie ich wirke und wie ich wirken will

**Referent/in:** Dipl.-Schauspielerin Sabine Urban (Bremen)

**Termin:** 28. Januar, 9–17 Uhr

**Ort:** TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103, 18055 Rostock

**Kurs-Nr.:** 37/I-17

**Kursgebühr:** 250 Euro

**Fachgebiet:** Prophylaxe

**Thema:** Die Implantation der Sprint, die Implantaterhaltung der Marathon

**Referent/in:** DH Solveyg Hesse (Otter)

**Termin:** 1. Februar, 14–18.30 Uhr

**Ort:** Zahnärztekammer M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

**Kurs-Nr.:** 38/I-17

**Kursgebühr:** 130 Euro

**Fachgebiet:** Dentale Fotografie

**Thema:** Dentale Fotografie – Auch mit Smartphone? Tipps und Tricks bei der Makrofotografie im Mund  
**Referent/in:** Dr. Julian Schmoeckel (Greifswald), MHD Said Mourad (Greifswald)

**Termin:** 22. Februar, 15–18.30 Uhr

**Ort:** Zentrum für ZMK, Walther-Rathenau-Straße 42 a, 17489 Greifswald

**Fortbildungspunkte:** 4

**Kurs-Nr.:** 04/I-17

**Kursgebühr:** 248 Euro

**Fachgebiet:** Chirurgie

**Thema:** Akute und chronische Infektionen der Mundhöhle und des Gesichts

**Referent/in:** Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz (Rostock), Dr. Dr. Mark Kirchhoff (Stralsund)

**Termin:** 25. Februar, 9–13 Uhr

**Ort:** Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“, Hörsaal 2, Stempelstraße 13, 18057 Rostock

**Fortbildungspunkte:** 5

**Kurs-Nr.:** 05/I-17

**Kursgebühr:** 130 Euro

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0385-5 91 08 13 und Fax: 0385-5 91 08 23 zu erreichen.

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

## Kosten des Materials

### KZV gibt Hinweise zur Berechnung des Verbrauchs

Schon ziemlich häufig gibt es Praxisanfragen zum Thema Materialkostenberechnung. Von den Zahnarztpraxen oft gewünscht wird eine „Richtwerttabelle“, die jedoch aus Gründen des individuellen Praxiseinkaufs nicht von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern pauschal an die Praxen vermittelt werden kann.

Die Preise für die Verbrauchsmaterialien sollten regelmäßig überprüft und gegebenenfalls neu berechnet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Preise ständig ändern. Nicht der Katalogpreis des Dentalhandels, sondern die Rechnung der letzten Lieferung ist der Berechnung zu Grunde zu legen. Der Zahnarzt ist verpflichtet, diese Materialien unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes einzusetzen sowie bei gleich- und andersartigem Zahnersatz die im Zusam-

menhang mit der Regelversorgung anfallenden Materialkosten ebenfalls auf dieser Grundlage zu berechnen.

Nach den vertraglichen Bestimmungen können die Kosten für Abformmaterial, provisorische Kronen/Brückenglieder und konfektionierte Stift-/Schraubenaufbauten in der dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen Höhe berechnet werden.

Nicht berechnungsfähige Materialien sind zum Beispiel Befestigungsmaterial und Retraktionsfäden.

In Anlehnung an die höchstrichterliche Rechtsprechung zum privaten Gebührenrecht (BGH-Urteil vom 27.05.2004) vertritt die KZBV die Auffassung, dass auch bei einer GKV-Abrechnung die errechneten Materialkosten ohne zusätzliche Berechnung von Beschaffungs-/Gestehungs- und Lagerhaltungskosten zu ermitteln sind.

Anke Schmill

# Ziffer 5100 GOZ

## Erneuerung eines Sekundärteils einer Teleskopkrone

Die Leistung nach der Ziffer 5100 GOZ kommt zum Ansatz, wenn ein Außenteleskop erneuert werden muss, das zugehörige Innenteleskop jedoch noch funktionstüchtig ist. Anders als im BEMA hat der Gesetzgeber in der GOZ mit der Ziffer 5100 GOZ eine eigene Leistungsnummer für die Erneuerung eines Außenteleskops vorgesehen.

Mit der Nummer 5100 GOZ sind abgegolten: Abformungen, eine einfache Bissnahme, Einproben, Eingliederung, Korrekturen.

Bei der Anfertigung einer Sekundärkrone ist in der Regel die Verbindung zwischen Primär- und Sekundärkrone neu herzustellen und neben der Nr. 5100 GOZ mit der Nr. 5080 GOZ (Verbindungselement) zusätzlich berechnungsfähig. In der GOZ 2012 ist nur die Berechnung der Nr. 5080 GOZ neben der Teleskopkrone nach der Nr. 5040 GOZ ausgeschlossen, neben der Ziffer 5100 GOZ besteht diese Einschränkung nicht.

Das Einarbeiten des nach 5100 hergestellten Se-

kundärteils in die vorhandene Prothese kann nach der Ziffer 5260 GOZ (Prothesenwiederherstellung mit Abformung) zusätzlich berechnet werden.

Die alleinige Erneuerung eines Innenteleskopes (Primärkrone) ist in der GOZ nicht beschrieben und daher nach § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. Die Ziffer 5080 GOZ kann für Herstellung der Verbindung zum alten Außenteleskop zusätzlich berechnet werden.

### Immer wieder nachgefragt

*Kann der Zahnarzt bei der Materialkostenberechnung Lagerhaltungs- und Bevorratungskosten ansetzen?*

Nein. In § 4 Abs. 3 der GOZ 2012 wird klargestellt, dass die Kosten für die Lagerhaltung grundsätzlich als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind, womit die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH-Urteil vom 27.5.2004) in die novellierte GOZ übernommen wurde.

GOZ-Referat



## Vorsorge wirkt

### Praxisplakat zur DMS V entwickelt

Auf ausdrücklichen Wunsch einiger Praxen haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte ein Praxisplakat zur Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie entworfen in den Formaten A3 und A4.

Das Plakat steht unter [www.kzbv.de/DMS](http://www.kzbv.de/DMS) und [www.bzaek.de/DMS](http://www.bzaek.de/DMS) zum Download bereit, müsste für die Verwendung in der Praxis allerdings selbst ausgedruckt werden (z. B. in einem Copy-Shop). Eine Sammeldruckauflage ist nicht vorgesehen.

KZBV/BZÄK

# Neue Leitlinien veröffentlicht

## Entscheidungshilfe in Zusammenarbeit mit DGI und DGZMK

### Neue S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“

Erstmals ist nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) eine S3-Leitlinie zur funktionellen Rehabilitation bei Zahnunterzahl bzw. Zahnverlust bei Patienten unter Antiresorptivatherapie (Bisphosphonate, Denosumab) entwickelt worden. Federführend durch die DGI und die DGZMK wurde in Zusammenarbeit mit 14 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen eine breit konsentrierte, evidenzbasierte Entscheidungshilfe zur Indikation von Zahnimplantaten bei Patienten mit medikamentöser Behandlung durch Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate) vorgelegt.

### Neue S2k-Leitlinie „Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen“

Erstmals ist nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) eine S2k-Leitlinie zu grundlegenden Maßnahmen zur Kariesprophylaxe bleibender Zähne entwickelt worden. Federführend durch die DGZ und die DGZMK wurde damit in Zusam-

menarbeit mit 13 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen eine breit konsentrierte Entscheidungshilfe zur Kariesprophylaxe bleibender Zähne vorgelegt.

Die Leitlinien, der Methodenreport und die zugehörigen Anlagen sind zu finden unter [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de) unter Zahnärzte/Leitlinien.

Wissenschaftliche Leitlinie: **7** Punkte zur Kariesprophylaxe

Jeden Tag	In Abstimmung mit der Praxis
 2x täglich mit fluoridhaltiger Zahnpasta Zähne putzen	 Prophylaxeprogramme wahrnehmen
 Zuckeraufnahme möglichst gering halten	 Weitere Fluoridierungsmaßnahmen
 Nach Mahlzeiten zuckerfreien Kaugummi kauen	 Bei Bedarf: Chlorhexidin-Lack mit mindestens 1% CHX anwenden
  	
	 Versiegelung kariesgefährdeter Fissuren

# Robert-Koch-Institut:

## Aktualisierte Händehygiene-Empfehlungen veröffentlicht

Die Hände sind das wichtigste Übertragungsmedium für Infektionen und Krankheitserreger. Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat deshalb die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur Händehygiene aus dem Jahr 2000 aktualisiert und erweitert.

Sie beinhaltet die hygienische Händedesinfektion, die chirurgische Händedesinfektion, die Händewaschung, Maßnahmen zum Schutz vor Kontamination und vor Chemikalien wie beispielsweise

medizinische Einmalhandschuhe sowie Anforderungen an Spender für Händedesinfektionsmittel und Handwaschpräparate. Darüber hinaus werden Empfehlungen zur Verbesserung der Compliance und zum Hautschutz und der Hautpflege gegeben.

Kapitel 1 bis 10 umfassen die Hintergrundinformationen, Kapitel 11 enthält die Empfehlungen zur Umsetzung der Händehygiene.

Die Empfehlungen „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ sind im Internet zu finden unter: [www.rki.de](http://www.rki.de)

## Übernahmepreise liegen auseinander Investitionen variieren je nach Art der Existenzgründung

Wer sich als Zahnarzt 2015 niedergelassen hat und dafür eine bestehende Praxis als Einzelpraxis übernahm, zahlte im Durchschnitt 172 000 Euro. Doch die Diskrepanz zwischen den niedrigsten und den höchsten Kaufpreisen ist sehr hoch. Die aktuelle „Existenzgründungsanalyse Zahnärzte“, die die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer (apoBank) gemeinsam mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) jährlich durchführt, zeigt erstmalig die große Bandbreite der Übernahmepreise.

Für das Jahr 2015 haben apoBank und IDZ die Höhe der Kaufpreise für Zahnarztpraxen detaillierter ausgewertet. Das Ergebnis zeigt eine große Spreizung: Etwa 14 Prozent der Zahnärzte, die eine Praxis als Einzelpraxis übernahmen, zahlten 50 000 Euro oder weniger, während rund acht Prozent der Existenzgründer über 350 000 Euro ausgaben. Die meisten zahnärztlichen Existenzgründer (41 Prozent), die sich 2015 in einer Einzelpraxis niederließen, entrichteten einen Kaufpreis zwischen 51 000 Euro und 150 000 Euro.

„Die Differenzierung nach Umsatzgrößen zeigt deutlich, dass der ermittelte Durchschnittswert von 172 000 Euro nur bedingt aussagekräftig ist, knapp zwei Drittel der Existenzgründer zahlen weniger“, sagt Georg Heßbrügge, Bereichslei-

ter Gesundheitsmärkte und -politik der apoBank. „Unsere Analyse betrachtet im Detail den Übernahmepreis, er setzt sich zusammen aus dem materiellen Wert, wie etwa der Praxisausstattung und Einrichtung, und dem ideellen Wert, der unter anderem die aktuelle wirtschaftliche Situation und das zukünftige Potential der Praxis berücksichtigt. Viele Faktoren also, die letztlich zu den starken Preisunterschieden führen.“

Bei der Übernahme als Einzelpraxis zahlten die Existenzgründer an den Praxisabgeber einen Kaufpreis, der im Schnitt knapp zwei Drittel der gesamten Praxisinvestitionen ausmacht. Hinzu kommen in der Regel noch weitere Ausgaben, beispielsweise für Modernisierung, Umbaumaßnahmen oder neue Medizintechnik. Insgesamt beliefen sich 2015 die durchschnittlichen Praxisinvestitionen für diese Gründungsform auf 273 000 Euro.

Die mit Abstand höchsten Investitionen entfielen mit 421 000 Euro auf die Neugründung einer Einzelpraxis. Die geringsten Investitionen fielen bei der gemeinschaftlichen Übernahme einer Praxis an, um hieraus eine BAG zu gründen beziehungsweise diese fortzuführen, und lagen je Inhaber im Schnitt bei 250 000 Euro (157 000 Euro Übernahmepreis plus 93 000 Euro für weitere Investitionen).

### Übernahme als Einzelpraxis am häufigsten

Am Anfang steht oft die Frage: Allein auf eigenen Füßen in einer Einzelpraxis stehen oder lieber mit Kollegen gemeinschaftlich arbeiten? Die meisten Existenzgründer (65 Prozent) entschieden sich 2015 für die Übernahme einer bestehenden Praxis, um sich daraus in einer Einzelpraxis niederzulassen. Sieben Prozent gründeten allein eine neue Praxis, während die restlichen 28 Prozent eine Kooperation in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) wählten.

Eine Auswertung des Existenzgründungsverhaltens nach Alter zeigt, dass die Übernahme als Einzelpraxis in allen Altersgruppen die am meisten verbreitete Form der Niederlassung ist. Die Zahlen zeigen allerdings auch, dass die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) eine Einzelpraxisneugründung in der Regel kaum in Erwägung ziehen. Anders bei Kooperation: 2015 bevorzugten 39 Prozent der Zahnärzte in dieser Altersgruppe die BAG, während bei den über Vierzigjährigen nur 22 Prozent diese Niederlassungsform wählten.

### Weitere Ergebnisse

Das **Durchschnittsalter** der Zahnärzte bei der Existenzgründung 2015 betrug 35,7 Jahre. Dabei

ließen sich Frauen im Schnitt mit 36,3 Jahren gut ein Jahr später nieder als Männer (35,1 Jahre). Zwei Drittel der Gründer waren zwischen 31 und 40 Jahre alt.

Der **Anteil der Zahnärztinnen** unter den Existenzgründern blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert bei 48 Prozent.

**Männliche Existenzgründer zahlen höhere Kaufpreise als weibliche.** Der Unterschied bei den Übernahmepreisen lag 2015 durchschnittlich bei 60 000 Euro.

#### Hintergrund:

Die Datenbasis der Existenzgründungsanalyse für Zahnärzte 2015 bilden die von der apoBank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen in dem Jahr 2015. Diese werden seit 1984 erfasst, anonymisiert und gemeinsam von der apoBank und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ausgewertet.

## „Phase-out“ von Amalgam bis 2022

### Europa: Ausschuss für Umwelt und Volksgesundheit

Im Ausschuss für Umwelt und Volksgesundheit (ENVI) des Europäischen Parlaments (EP) fand am 13. Oktober die Abstimmung über die geplante EU-Quecksilberverordnung statt. Dabei wurde mit großer Mehrheit ein Kompromissantrag zur künftigen Nutzung von Dentalamalgam angenommen. Dieser sieht neben der verbindlichen Einführung von Amalgamabscheidern und der alleinigen Nutzung von verkapseltem Amalgam auch ein Verbot der Verwendung von Amalgam bei schwangeren und stillenden Frauen sowie bei Milchzähnen vor. Darüber hinaus fordert der Ausschuss ein schrittweises Auslaufen („phase-out“) von Amalgam bis Ende 2022. Über dieses Datum hinaus soll der Werkstoff nur noch in medizinisch zwingend indizierten Ausnahmefällen genutzt werden. Damit geht der ENVI deutlich über die Vorgaben der Minamata-Konvention hinaus, die lediglich eine Reduzierung der Amalgamnutzung („phase-down“) vorsieht.

Der CED und die BZÄK hatten im Vorfeld ihre Kritikpunkte an einem „phase-out“ gegenüber den ENVI-Mitgliedern geäußert.

Der Gesetzgebungsprozess ist noch nicht abgeschlossen. Parallel zum EP finden Beratungen auf Ratsebene statt. Dort gibt es derzeit keine Mehrheit für ein „phase-out“ von Amalgam. Nach dem Wunsch des ENVI sollen bald sog. Trilogverhandlungen mit Rat und Europäischer Kommission beginnen, um das Gesetzgebungsverfahren rasch abzuschließen. Offen ist, ob die im Rat versammelten EU-Mitgliedstaaten diesem Ansinnen folgen werden.

Während in Deutschland Amalgamabscheider seit langer Zeit gesetzlich vorgeschrieben sind, gibt es in neun EU-Mitgliedstaaten keine gesetzliche Pflicht dafür. Die Kommission schätzt, dass derzeit ein Viertel aller Zahnarztpraxen in der EU über keinen Amalgamabscheider verfügt.

BZÄK



# Mineralisationsstörungen

## Zunehmende Herausforderung in der Kinderzahnheilkunde

**N**eben der Frühkindlichen Karies ECC gibt es wohl kein anderes Thema in der Kinderzahnheilkunde, was derzeit so viel Beachtung findet wie die so genannten Mineralisationsstörungen im Sinne der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) und anderer Schmelzdefekte. Ein Phänomen, welches sicher schon immer vorhanden war, sich aber in den letzten Jahren extrem zu häufen scheint. Im folgenden Beitrag soll vor allem auch auf den praktischen Umgang und die Therapie von Patienten mit Mineralisationsstörungen eingegangen werden.

### Einteilung

Die Störungen der Mineralisation der Zähne können in generalisierte, systemische und lokalisierte unterschieden werden. Bei den generalisierten Defekten sind im Wesentlichen zwei Erkrankungsbilder bekannt: zum einen die Dentinogenesis imperfecta hereditaria (Abb. 2) sowie die Amelogenesis imperfecta hereditaria (Abb. 3). Beides sind genetisch determinierte Erkrankungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie jeweils alle Zähne der ersten und zweiten Dentition betreffen. Mit einer Prävalenz von 1 : 8 000 (Wang et al., 2012) bzw. 1 : 14 000 (Ayers et al., 2004) kommen beide Erkrankungen relativ selten vor, sodass deren Therapie sicher nur in wenigen Praxen eine größere Rolle spielt.

Wesentlich häufiger sind die sog. systemischen oder entwicklungsbedingten Defekte. Hierbei wirken störende Einflüsse über den Gesamtorganismus auf die Mineralisation der Zähne in entsprechenden Zeitfenstern, sodass nur einzelne Zähne oder Zahngruppen betroffen sind. Beispiele sind Dentalfluorosen, MIH oder Hypoplasien. Während früher angenommen wurde, dass diese Defekte immer symmetrisch auftreten, ist heute klar, dass es auf Grund unterschiedlicher Mineralisationszeiten in den Kieferhälften häufig auch zu asymmetrisch auftretenden Schmelzdefekten der Zähne kommt (Alaluusua et al., 2010). Daneben gibt es noch die lokalisierten Defekte, deren Ursachen hauptsächlich in Traumata und avitalen Milchzähnen zu suchen sind, sog. Turnerzähne (Abb.4). Da die MIH derzeit die größte Herausforderung der Kinderzahnheilkunde darstellt, soll es nun im Wesentlichen auch darum gehen.

### Prävalenz der MIH

Die Prävalenz wird aktuell in Deutschland im Mittel mit 9,9 Prozent (Elfrink et al., 2012) angegeben, wobei es hierbei mit 4,3 Prozent bis 14,6 Prozent (Pe-

trou et al., 2013) zu starken regionalen Unterschieden kommt. Noch vor zehn Jahren waren lediglich 5,4 Prozent von Mineralisationsstörungen betroffen (Sperrling et al., 2003). Dieser Anstieg der Prävalenzen in den letzten zehn Jahren ist als Hinweis darauf zu sehen, dass die MIH wirklich ein zunehmendes Problem darstellt und nicht nur durch Fehldiagnosen in vergangenen Zeiten nicht gesehen wurde.

Auch im europäischen Raum sehen wir recht unterschiedliche Prävalenzen mit einem Nord/Südgefälle. So finden wir im skandinavischen Raum häufig 20 und mehr Prozent (Leppaniemi et al. 2001), während in südlichen europäischen Ländern oft nur eine Prävalenz von weniger als fünf Prozent zu finden ist (Kugleva et al., 2008). Das vermehrte Auftreten der Hypomineralisation an Molaren und Eckzähnen der ersten Dentition führte zur Einführung des Begriffs DMH (deciduous molar hypomineralisation) [Elfrink et al., 2012] in Ergänzung zum Begriff MIH. Für Deutschland stehen im Milchgebiss allerdings noch keine validen Daten zur Verfügung. In den Niederlanden konnte hier eine Prävalenz von 4,9 Prozent (Elfrink et al., 2008) und 9,0 Prozent (Elfrink et al., 2012) gefunden werden.

Klassifiziert wird die MIH seit 2003 nach dem Index der EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry) [Weerheijm et al., 2003] in 3 (Abb. 5). Diese Klassifikation stellt eine deutliche Vereinfachung des bis dahin gebräuchlichen DDE-Index (developmental defects of enamel) dar. Es sollte beachtet werden, dass in der Humanmedizinischen Literatur aber zumeist der so genannte Aine-Index DED (Index enamel defects) mit vier Graden verwendet wird (Aine, 1986).

### Ätiologie

Im Gegensatz zur Zahnschmelzhypoplasie (Abb. 1b), bei der die Ameloblasten in der sekretorischen Phase der Amelogenese gestört werden (Lygidakis et al., 2010), findet die Schädigung der Ameloblasten bei der MIH vermehrt in der Phase der Maturation statt (Feierabend, 2014), sodass man auch von einer Hypomaturation sprechen kann. Es kommt nicht zum Aufbau einer regelmäßigen Prismenstruktur und es verbleiben mehr organische Anteile in den Schmelzprismen (Alaluusua, 2010; Jälevik Norèn, 2000). Die Mineralisation der ersten permanenten Zähne spielt sich zum großen Teil in den ersten zwei Lebensjahren ab. Die Ursache ist somit in dieser Zeit zu suchen. Da die Schädigung jedoch erst mit dem Durchbruch der Zähne festgestellt wird und so eine



Abb. 1a-c: Klinisches Erscheinungsbild von Zahnschmelzdefekten



Abb.2: Dentinogenesis imperfecta hereditaria der ersten Dentition

Abb. 3: Amelogenesis imperfecta hereditaria der ersten Dentition

Abb. 4: Mineralisationsstörung der Zähne 21, 22 nach apikaler Parodontitis

diagnostische Latenz von 5-6 Jahren entsteht, gestaltet sich Diagnostik zumeist recht schwierig. Diskutiert werden verschiedene Ursachen von Frühgeburt, Vitamin-D-Mangel bis hin zu häufigen fiebrigen Infekten und Antibiotikatherapie. Wobei hier wiederum unklar ist, ob das Antibiotikum die Mineralisationsstörung verursacht oder der Infekt, weshalb das Antibiotikum verabreicht wurde. Nachgewiesen sind jedoch nur einige Komorbiditäten, zum Beispiel mit respiratorischen Erkrankungen (Tourino et al.: 2016) oder auch dem Malabsorptionssyndrom, etwa bei einer Zöliakie. Auch eine genetische Prädisposition einiger Patienten wurde vermutet, jedoch konnte auch die bislang noch nicht nachgewiesen werden (Jeremias et al., 2013). Um die Ursachen der vermehrt auftretenden MIH genauer zu bestimmen, wäre es notwendig, prospektive Studien mit sog. Geburtskohorten anzulegen. Diese sind jedoch sehr aufwendig und langwierig. Im Moment ist die Ätiologie der MIH als multifaktoriell anzusehen. Ob es

sich um eine eigenständige Erkrankung oder nur ein Symptom vieler verschiedener Erkrankungen handelt, bleibt abzuwarten.

#### Therapie

Hypomineralisierte Zähne weisen einige Besonderheiten auf, welche bei der Therapie dieser Zähne zu beachten sind und diese auch erheblich erschweren können. Problematisch ist vor allem die hohe Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit dieser Zähne (Jälevik, Klingberg, 2012), die in der geringeren Mineralisationsdichte und den deutlich breiteren sowie verkürzten Dentintubuli zu suchen ist (Jälevik et al., 2000). Bei einigen Kindern ist die Temperaturempfindlichkeit so stark, dass eine einfache Luftbewegung am Zahn oder normale Nahrungsaufnahme zu erheblichen Schmerzen führt. Was dazu führt, dass die Kinder diese Zähne oft nicht adäquat reinigen können und sich in der Folge Karies als sekundäres Problem dieser Zähne entwickeln kann. Zur



Abb. 5: Isolierte Hypomineralisation, Grad I – III



Abb. 6 a–c: MIH Grad III, Versorgung mit Komposite



Abb. 7, 8: MIH Grad III, versorgt mit konf. Kinderkrone

Versorgung einzelner geschädigter Zähne ist neben der lokalen Anästhesie noch eine systemische Prämedikation mit Paracetamol oder Ibuprofen notwendig. Die Behandlung mehrerer Zähne mit einem MIH Grad III ist häufig nur in Allgemeinanästhesie möglich. Zudem ist die Einschätzung, welche Schmelzareale kaudruckstabil sind, gerade bei höhergradigen Defekten nicht immer eindeutig. Defekte des Grades III müssen im Molarenbereich recht schnell nach dem Durchbruch der Zähne versorgt werden. In der Regel ist dies das 6. oder 7. Lebensjahr. Zu diesem Zeitpunkt ist aber meist noch nicht klar, ob man auf diese Zähne verzichten kann, z. B. bei der Anlage von Weisheitszähnen oder einem ausgeprägten Engstand, oder ob diese dauerhaft erhalten werden sollten. Auch ist die Lage der ersten Molaren im 6. und 7. Lebensjahr noch soweit im Kieferwinkel, dass Kinder hier bei der Therapie häufig an die Grenzen ihrer Compliance kommen.

Die Art der Therapie wird von der Ausprägung des Defektes und von der Langzeitprognose des Zahnes bestimmt. Im Frontzahnbereich ist die Versorgung häufig unproblematisch mit adhäsiven Kompositaufbauten, lediglich mit lokaler Betäubung möglich. Nur selten müssen hier Zähne mit Kronen oder Veneers versorgt werden. Die Gefahr einer erhöhten Attrition und posteruptivem Schmelzverlustes ist hier gering. Im Bereich der Molaren sind die Therapievarianten deutlich vielschichtiger. Bei einem Grad I reicht in der Regel eine Versiegelung und eine regelmäßige Kontrolle des Zahnes aus. Der Grad II erfordert die Versorgung mit einer Kompositfüllung. Die zeitnahe Versorgung der Molaren nach der Eruption ist deshalb wichtig, da diese Zähne bei Okklusionskontakt einer besonders hohen Attrition unterliegen und so die Bisshöhe durch sie nicht dauerhaft gehalten werden kann. Der Grad III kann im einfachsten Fall ebenfalls mit einem Kompositaufbau versorgt werden, sofern die Defekte von gesundem Schmelz begrenzt sind und die Zahnkrone noch nicht zu weit zerstört ist (Abb. 6 a–c). Der intakte Zahnschmelz am Restorationsrand wird benötigt, da eine ausreichende Haftvermittlung über ein Ätzmuster an Hypomineralisiertem Schmelz nicht möglich ist (William et al., 2006).

Die Kompositfüllungen sollen dabei den Zahn versorgen, bis seine definitive Prognose geklärt ist bzw. bis der Patient in einem Alter ist, in dem der Zahn mit einer normalen Krone versorgt werden kann. Als vorteilhaft haben sich dabei die geringe Wärmeleitfähigkeit (Lygidakis et al., 2010) und die ausreichende Kaudruckstabilität dieser Versorgung erwiesen und machen diese Art der Füllung bei MIH-Zähnen zum Mittel der Wahl. Von einigen Autoren werden alternativ Keramikinlays zur Therapie vorgeschlagen. Diese haben aus unserer Sicht jedoch mehrere Nachteile. So sind neben den hohen Kosten der zweite Eingriff und die schlechten Reparaturmöglichkeiten der Versorgung zu nennen. Denn häufig hat man den Fall, dass sich Schmelzareale, die zunächst als stabil angesehen wurden (Lygidakis et al., 2010), doch noch verloren gehen und so die Versorgung mit Komposite problemlos erweitert werden kann. Auch die Versorgung mit Glasionomern wird teils vorgeschlagen (Bekes, 2015). Auf Grund der Brüchigkeit ist dieses Material jedoch ungeeignet.

Zähne, deren klinische Krone stark geschädigt ist, bedürfen häufig einer sofortigen Überkronung, um diese längerfristig zu



Abb. 9 a–c: MIH Grad III, versorgt mit konf. Cerconkrone (oben)



Abb. 10 a, b: MIH Grad III mit Unterminierender Resorption (links)

erhalten. Hier bietet sich als temporäre Lösung die konfektionierte Stahlkrone an, welche dann später, jenseits des 16. Lebensjahres, durch eine def. Krone ersetzt werden sollte (Abb. 7, 8). Da diese sowohl in der Ästhetik und in der Temperaturleitfähigkeit keine zufriedenstellenden Ergebnisse liefert, sind wir dazu übergegangen, diese Zähne mit konfektionierten Cerconkronen zu versorgen (Abb. 9 a–c). Diese bieten neben einer guten Ästhetik, überschaubaren Kosten auch einen ausreichenden thermischen Schutz der häufig überempfindlichen Zähne. Hier sind seitens der Industrie in den nächsten Jahren auch einige Neuentwicklungen zu erwarten.

Besondere Herausforderungen bilden Fälle, wie der in Abb. 10a, b gezeigte, bei denen neben einem MIH-Grad-III der Zahn noch durch sog. Unterminierende Re-

sorption an seinem Durchbruch gehindert wird. Ohne die Entfernung des zweiten Milchmolaren würde der erste bleibende Molar in dieser Position verharren und wahrscheinlich von Karies befallen werden. Nach der Entfernung des Milchmolaren sollte der bleibende Zahn versorgt und distalisiert werden. Mit Hilfe von Fluoridierungen und temporären Versiegelungen muss er jedoch zunächst den Durchbruch überstehen.

Eine ebenso besondere Herausforderung ist die Versorgung eines generalisierten Zahnschmelzdefektes wie in Abb. 11 a–c bei einer ersten Dentition. Die Stützzonen können hier gut mit Kinderkronen aufgebaut werden. Im anterioren Bereich sind Frackkronen Mittel der Wahl. So bekommen die bei der Amelogenesis imperfecta immer sehr rauhen Zähne eine glatte hygienefähige Oberfläche.



Abb. 11 a–c: Versorgung einer Amelogenesis imperfecta der ersten Dentition

**Zusammenfassung**

Das Erscheinungsbild der Mineralisationsstörungen und MIH im Besonderen ist sehr vielschichtig und reicht von einfachen Opazitäten bis zu komplett zerstörten Zahnkronen. So kann es auch keine einheitliche Therapieempfehlung geben, und es bleibt immer eine Einzelfallentscheidung. Da die MIH wahrscheinlich in der zahnärztlichen Praxis in Zukunft häufiger anzutreffen sein wird, sollte jeder Zahnarzt über dieses Krankheitsbild Kenntnisse besitzen. Auch die Therapie der MIH sollte in der Mehrzahl der Fälle in der normalen Praxis stattfinden. Nur wenige besondere Fälle

müssen in spezialisierten Einrichtungen versorgt werden. Gern hätten wir mehr Klarheit über die Ätiologie und Pathogenese der MIH, um auch eine Prävention durchführen zu können. Hier sind zwar die ersten Schritte eines langen Weges gemacht, aber im Moment bleibt nur eine gute Therapie.

**Dr. Guido Nitzsche**  
 nitzsche@kinderzahnheilkunde-dresden.de  
 www.kinderzahnheilkunde-dresden.de

*Mit freundlicher Genehmigung aus dem Zahnärzteblatt Sachsen.*

*Literaturliste liegt der Redaktion vor.*

## Mindestlohn ab 1. Januar erhöht

### Bruttogehälter müssen entsprechend angepasst werden

Wenn Arbeitnehmer beschäftigt werden, müssen diese mindestens den gesetzlichen Mindestlohn erhalten. Das Mindestlohngesetz sieht vor, dass über die Entwicklung des Mindestlohns eine Kommission zu befinden hat, die sich aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern zusammensetzt. Diese Kommission hat 2016 einstimmig beschlossen, dass der Mindestlohn – an den Tarifentwicklungen orientiert – ab dem 1. Januar 2017 von derzeit 8,50 Euro auf 8,84 Euro/Stunde steigen soll. Das Bundeskabinett ist dem Beschluss der Min-

destlohnkommission gefolgt und hat in seiner Sitzung am 26. Oktober beschlossen, den Mindestlohn zum 1. Januar 2017 auf 8,84 Euro brutto je Zeitsunde anzuheben.

*Berechnung des Bruttomonatsmindestlohnes bei einer 40-Stunden-Arbeitswoche:*  
 $8,84 \text{ Euro} \times 40 \text{ (Stunden)} \times 13 \text{ (Wochen)} / 3 = 1532,27 \text{ Euro}$

Somit ergibt sich ab dem 1. Januar, dass bei einer Wochenstundenanzahl von 40 Stunden ab einem monatlichen Bruttogehalt von 1532,27 Euro ein wirksam vereinbartes Arbeitsentgelt vorliegen dürfte.

Es sind bei der Berechnung alle tatsächlich erbrachten Arbeitsstunden und damit auch die über die vertraglich vereinbarten hinausgehenden Arbeitsstunden zu berücksichtigen. Dies ist insbesondere bei vertraglich vereinbarten Überstunden- bzw. Mehrarbeitsregelungen zu beachten.

Durch die Erhöhung kann sich auch die Stundenzahl von geringfügig Beschäftigten ändern.

Beispiel:

Ein Minijobber ist auf der Basis von 450 Euro beschäftigt. Zurzeit darf er nicht mehr als 52 Stunden arbeiten (450 Euro:8,50 Euro = 52,94 Stunden). Durch die Erhöhung zum 1. Januar darf der Minijobber nicht mehr als 50 Stunden beschäftigt werden (450 Euro:8,84 Euro = 50,90 Stunden).

**ZÄK**

# Krokodil und Bär im Zahnarztstuhl

## Zahlreiche Veranstaltungen zum Tag der Zahngesundheit

Der September ist inzwischen fast zum Monat der Zahngesundheit geworden, da rund um den eigentlichen Tag der Zahngesundheit am 25. September viele Veranstaltungen stattfinden. Die finanzielle Unterstützung durch die Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock half, diese abzusichern.

### Spiel – Spaß – Spannung in Greifswald

Das war das Motto für den Tag der Zahngesundheit, der in diesem Jahr im Samuel Marschak Kindergarten stattfand. Die Kreisarbeitsgemeinschaft Greifswald versucht immer, besonders engagierte Arbeit an diesem Tag herauszustellen. Die zahnmedizinische Fachangestellte des Landkreises Vorpommern-Greifswald, Lisa Meyer, hatte einen Stand mit einem Würfelspiel aufgebaut, bei dem tüchtig geknobelt wurde, erst durch Würfeln und dann mit „zahngesunden“ Fragen. Neben den Kindern waren auch Erzieher und Eltern mit dabei und wurden auch bei einer richtigen Antwort mit einem kleinen Preis belohnt. Damit ging am Ende ein Großteil der Kinder aus dem Kindergarten mit neuem Becher, Bürste und Zahncreme nach Hause.

**Abteilung Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde/Universität Greifswald**

### Zu Besuch im Gesundheitsamt in Rostock

Der Tag der Zahngesundheit ist inzwischen ein gesetzter Termin, den wir nicht mehr missen wollen. In diesem Jahr ging es am 18. Oktober im Gesundheitsamt Rostock um Prophylaxe und Prävention, unter dem diesjährigen Motto „Gesund beginnt im Mund

– Fakten gegen Mythen“. Die Mitarbeiter des Zahnärztlichen Dienstes und die Kreisarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege Rostock hatten Vorschulgruppen aus mehreren Kindertagesstätten eingeladen.

Zur Eröffnung erklangen Kinderstimmen – der vielen Kindern bekannte Kroko wurde geweckt und begleitete die Kinder von Station zu Station. Geschicklichkeit war beim Basteln der Zahnbürsten gefragt. Für ausreichend Bewegung war beim Vertreiben von „Karius“ und „Baktus“ gesorgt. Im Sprechzimmer durften die Zähne von Kroko und dem Bären inspiziert werden, die auf dem Behandlungsstuhl Platz genommen hatten. Fragen, wie und warum fallen Milchzähne aus, wie wachsen überhaupt Zähne und wann kommen endlich die Schulzähne, wurden beantwortet.

Eine Stärkung gab es bei selbstgemachten Obstspießen. Es ging also rund um Fakten und Aufklärung – was unsere Zähne schützt. Den Kindern wurde an verschiedenen Stationen bewusst gemacht, was jeder selber für seine Zähne tun kann. Dieses bunte Programm war dank der Spende der „Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ möglich. Zusätzlich gab es noch spannende Unterrichtsstunden und Putzübungen für die Schüler in der Rudolf Tarnow Schule in Lichtenhagen. Mit dem Blick auf die aktuellen Probleme der ECC müssen wir das Bewusstsein wachhalten – jeder kann etwas für seine Zähne tun. Das neue Präventionsgesetz sorgt dafür, dass die Vorsorge und die Behandlung von Zahnerkrankungen bei Kleinkindern weiter verbessert werden.

**Dipl. Stom. Sabine Klimas, ZÄ Kirsten Gesterkamp  
Gesundheitsamt Rostock**



*Spiel, Spannung und Spaß hatten die Kinder in Greifswald*



*Hat der Bär etwa auch Schulzähne?, fragten sich die Kinder in Rostock*  
Fotos: Veranstalter (2)

# Parodontale Diagnostik

## Praxistaugliches Konzept zusammengestellt

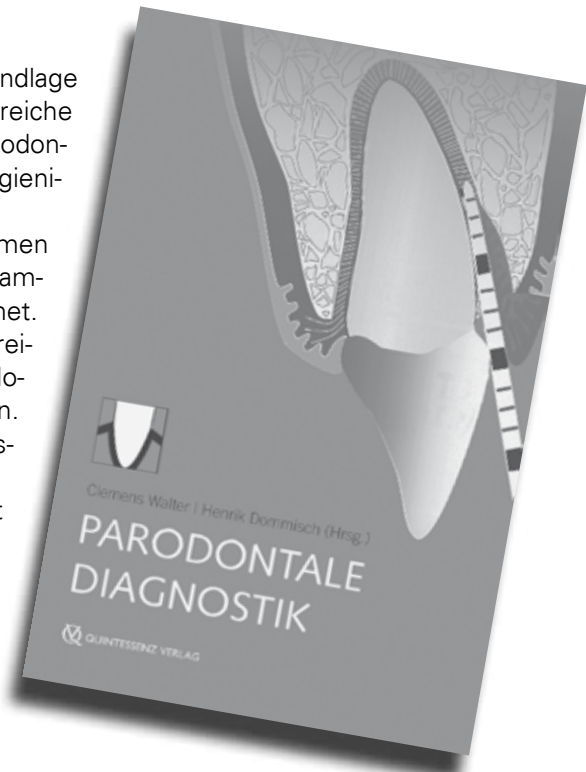
Eine frühzeitige und vor allem umfassende Diagnostik bildet die Grundlage der systematischen parodontalen Therapie. Das Buch stellt alle Bereiche der zeitgemäßen parodontalen Diagnostik dar und bietet damit allen parodontologisch tätigen Zahnärzten, angehenden Parodontologen und Dentalhygienikerinnen einen Überblick.

Ausgehend von der Erfassung der parodontalen Risikofaktoren im Rahmen der medizinischen, zahnmedizinischen und spezifisch parodontalen Anamnese wird der klinischen Diagnostik besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Nachfolgende Kapitel befassen sich mit den Grundlagen der zwei- und dreidimensionalen röntgenologischen sowie der genetischen und mikrobiologischen Diagnostik und der Diskussion der verschiedenen Indikationen. Die periimplantären Erkrankungen finden im abschließenden Kapitel ausführlich Berücksichtigung.

Die Inhalte des Buches basieren auf aktuellen Beiträgen der Zeitschrift PARODONTOLOGIE und wurden von den Herausgebern im Hinblick auf ein praxistaugliches Konzept zusammengestellt.

**Verlagsangaben**

*Parodontale Diagnostik; Clemens Walter, Henrik Dommisch, (Hrsg.); 1. Auflage 2016; Quintessenz Verlags-GmbH; Hardcover, 21 x 28 cm, 210 Seiten, 258 Abbildungen; ISBN 978-3-86867-323-4; 78,00 Euro*



# Mein Gesicht unterhaltsam erklärt

## Anatomische Zusammenhänge anschaulich dargestellt

Jeder hat ein Gesicht und jeder ragt damit aus der Kleidung oben heraus. Schöne Menschen werden oft bevorzugt und nicht nur die Stars, die angehimmelt werden, jagen den Schönheitsidealen des Mainstreams nach.

Aber was macht unser Gesicht eigentlich aus? Warum haben wir Haare und warum fallen sie aus? Was ist in den Tränensäcken drin? Warum bekommen wir Falten? Wie wächst die Nasenspitze? Warum schwindet das Zahnfleisch und warum wandern die Zähne davon?

In diesem Buch erklärt der Autor – Professor an der Charité Berlin – auf unterhaltsame Weise und hier und da mit einem provozierenden Augenzwinkern die Einzelheiten und die anatomischen Zusammenhänge des Gesichts, was unter der Haut alles zu finden ist und wie es funktioniert. Illustriert mit zahlreichen eigenen Zeichnungen des Autors bietet dieses Buch lehrreiches und kurzweiliges Lesevergnügen für jedermann!

**Verlagsangaben**

*Mein Gesicht; Ralf Radlanski; 1. Auflage 2016, Quintessenz Verlags-GmbH; Buch, Hardcover, 14,8 x 21 cm, 272 Seiten, 51 Abbildungen (50 schwarz/weiß); ISBN 978-3-86867-338-8; 19,95 Euro*



ANZEIGEN

Wir trauern um

**SR Dr. Käte Hensel,**  
Rostock

geb. 28. August 1935  
gest. 7. Oktober 2016

Wir werden ihr ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer M-V  
Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V