

dens

Juni 2013

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

20 Jahre Röntgenstelle

Qualitätssicherung der bildgebenden Diagnostik

Sicherheit durch Qualität

Abläufe durch Management klar geregelt

CAD/CAM in der zahnärztlichen Praxis

Was gibt es – was kommt – was ist nicht mehr wegzudenken

22. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

64. Jahrestagung

der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK
an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V.

6. - 7. September 2013 in Rostock-Warnemünde

21. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelfer/-innen und Zahnmedizinische Fachangestellte

7. September 2013 in Rostock-Warnemünde

Für die Anmeldung nutzen Sie bitte die vorgesehenen Anmeldekarten
oder das Onlineformular unter www.zaekmv.de, Stichwort Zahnärztetag.

Stichwort Bürgerversicherung

Wahlprogramme der Parteien rücken soziale Themen in den Fokus

Auf die Politik ist Verlass. Alle vier Jahre können nicht nur die Wähler gesellschaftspolitische Weiterbildungslektüre mit einem gewissen Populismus versehen, garniert mit aufreißerischen Titeln in den verschiedenen Medien vorfinden. Aktuell betrifft dies den Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention, ausgedehnt auf den Bereich der Rechtsaufsicht, mit dem Versuch, das gewachsene Selbstverwaltungsrecht durch Vorgaben für die höchsten Organe der Selbstverwaltungskörperschaften in Bezug auf vorherige Genehmigung von Vorstandsdienstverträgen durch die Rechtsaufsicht und somit stillschweigende Wandlung der Rechtsaufsicht in eine Fachaufsicht, einzuengen, das permanente Wiederholen der hohen Kriminalitätsanfälligkeit der Heilberufsangehörigen mit den Forderungen, eigene „Straf“-Paragrafen in das Sozialgesetzbuch mit zu integrieren und den Königsweg bei der Finanzierung und Ausgabensteuerung der Krankenversicherung durch die Abschaffung des Dualen Krankenversicherungssystems mit dem Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung gefunden zu haben. Letzteres finden wir als eierlegende Wollmilchsau – Slogan – Bürgerversicherung – in den Wahlprogrammen der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und den Linken. Die CDU grenzt sich hier mit der Überschrift: Solidarische Gesundheitsprämie ab. (Siehe hierzu: Seiten 16-18.)

Was verbirgt sich hinter dem Begriff Bürgerversicherung oder dem von der Bertelsmann-Stiftung verwandten Begriff der integrativen Krankenversicherung? Die Anzahl älter werdender Menschen wächst und die Kosten des medizinischen und technischen Fortschritts sind nicht aufzuhalten. Nur durch eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage kann eine langfristige Sicherung unseres leistungsfähigen Gesundheitssystems ohne leistungshemmende Vorschriften – Budgetierung – gewährleistet werden. Hinzu kommt in den Diskussionen das Thema Gerechtigkeit innerhalb des Gesundheitssystems – Zwei-Klassen-Medizin. Diese politischen Forderungen, Finanzierungssicherheit und Gerechtigkeit, finden wir seit über zehn Jahren in den Begründungen zu Gesundheitsreformen und Gesetzesänderungen und aktuell in den politischen Wahlprogrammen der Parteien unter dem Stichwort – Bürgerversicherung. Wobei nach den Plänen der SPD alle Privatversicherten eine alters- und risikounabhängige Option erhalten, um in einen Bürgerversicherungstarif zu wechseln. Die Grünen fordern sogar eine sofortige, zwangsweise Einbeziehung aller Einwohner in die Bürgerversicherung. Für die PKV soll dann nur noch das Wirtschaftssegment der Kranken-Zusatzversicherung geöffnet bleiben. Die Finanzierungsseite des einheitlichen Krankenversicherungsmarktes soll sich so verändern, dass es nach den

Vorstellungen der SPD nur noch den klassischen Krankenkassenbeitrag, bei Erhöhung von Steuergeldern, die ins System fließen, bleibt, während den Grünen Steuerzuschüsse als Geldquelle zu unsicher erscheint und der Krankenkassenbeitrag nicht nur bezogen auf Löhne, Gehälter und Renten erhoben wird, sondern auch auf Einkommen aus Kapitalanlagen und Mieten. Fakt ist, dass selbst bei einer sukzessiven Reduzierung der PKV-Vollversicherten-Bestände Einnahmen in den Praxen wegbrechen. Der Gesundheitsökonom Dr. Thomas Drabinski, IfMDA Kiel, rechnet mit zirka drei Milliarden Euro bzw. 16,5 Prozent Mindereinnahmen für die Zahnarztpraxen! Fakt ist aber auch, dass mit einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt lediglich eine einheitliche Gebührenordnung benötigt wird, und aufgrund der sich reduzierenden Anzahl von Krankenversicherungsunternehmen der Kassenwettbewerb eingeschränkt wird. Auch wird die Reduzierung der Anzahl der Krankenversicherer und somit Bildung eines Nachfrageoligopols dazu führen, dass sich aufgrund der dann vorliegenden Marktmacht der Versicherer sowie der vorliegenden hohen Anzahl an Leistungsanbietern (Ärzte), sich die Honorare/Preise für die Behandlung der Krankheiten reduzieren werden. Damit einhergehend besteht die Gefahr, dass sich die Entwicklung des medizinischen und technischen Fortschritts aufgrund fehlender Investitionsmittel verlangsamen und unser zu den besten der Welt zählendes Gesundheitssystem sich in den Durchschnitt einordnen wird. Auch die Studie des Berliner IGES-Instituts zeigt, dass es bei einem mit massiven Steuerzuschüssen finanzierten Gesundheitssystem zu einer erheblichen Umverteilung von Einkommen kommen würde. „Ein Haushalt mit 36 000 Euro Jahresnettoeinkommen zum Beispiel müsste laut IGES-Berechnung rund 900 Euro pro Jahr mehr zahlen ... Bei Gutverdienern würde diese Belastung die ‚Schwelle von 40 Prozent des Bruttoeinkommens überschreiten‘.“ Soweit zu einigen wenigen Fakten, die aber massiv die Wahlbausteine der o. g. politischen Parteien prägen. Schon allein der sich abzeichnende Wegfall des Wettbewerbs mit Mitbewerbern kann die bisher anerkannten Grundprinzipien der Wettbewerbsordnung innerhalb einer sozialen Marktwirtschaft gefährden. Die Wahlprogramme stellen also eine interessante Lektüre mit nicht unerheblichen Auswirkungen, hier bezogen auf unser Gesundheitssystem dar, und alle verantwortungsvollen Wählerinnen und Wähler sollten sich hiermit auseinandersetzen, um somit auch mit bekannten Politikern oder Interessenvertretungen den Dialog nachhaltig führen zu können.

Für die bevorstehende Urlaubszeit wünsche ich Ihnen eine gute Erholung. **Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln**

Aus dem Inhalt

M-V / Deutschland

Jahresbericht des MDK – Stellungnahmen .. 5, 10/11	
Zur Erinnerung an Dr. Otto Müll	11
Ärzeschaft gegen Korruption	14
Leitlinie veröffentlicht	15
Gesundheitspolitische Programme der Parteien ..	16-18
Andreas Holzmüller geht in Ruhestand	19
Generationen haben von ihr gelernt	20
„Berufsverbot bei Schwangerschaft“	33
Glückwünsche / Anzeigen	36

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Kostenstrukturerhebung	12
Qualitätsmanagement	21
Elektronische Gesundheitskarte	21
Aktuelle Fortbildungsangebote der KZV	23
Bedarfsplan	22/23
Mit Dr. King Schultz zum Oscar	24
Nachweis der Fortbildung	24
Service der KZV	25
Prüfung der Abrechnung durch KZV	34-35

Zahnärztekammer

Zahnärztetag	<i>Umschlag</i>
Röntgenstelle feiert Jubiläum	4
Tagesordnung der Kammerversammlung	5
Perspektive Zahnmedizin	6
Versorgungsforschung muss objektiv bleiben	6-7
Gesetzliche Rentenversicherung	7
GOZ-Kommentar	13
Rückruf eines Produkts	13
Helferin wird langsam männlich	15
Fortbildung im August und September	22

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Leser schreiben an dens	8-10
CAD/CAM in der Praxis	26-31
Patienten dürfen öffentlich bewerten	32
Impressum	3
Herstellerinformationen	2

dens

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

22. Jahrgang
7. Juni 2013

Herausgeber:

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

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

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz: Kassenzahnärztliche Vereinigung

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

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

Redaktionsschluss: 15. des Vormonats

Erscheinungsweise: Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

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

Titelbild: Antje Künzel, Sternberger See

Röntgenstelle feiert Jubiläum

Vor 20 Jahren Gründung in der Zahnärztekammer

Die Zahnärztliche Stelle für Röntgendiagnostik (ZSR) wurde am 16. Dezember 1992 in der konstituierenden Sitzung gegründet und die erstmalige Überprüfung der Röntgenunterlagen von 50 Zahnärzten fand am 3. März 1993 statt. Seitdem arbeitet in dem Ausschuss ein engagiertes Team, um – gemäß der gesetzlichen Vorschriften – die Qualität der bildgebenden Diagnostik der Zahnärzte im Land Mecklenburg-Vorpommern zu überprüfen und um Vorschläge zu unterbreiten, wie fehlerhafte Untersuchungen vermieden werden können.

Die Einführung bzw. Umstellung auf die digitale Untersuchungstechnik und die Erarbeitung objektiver und nachvollziehbarer Bewertungskriterien im Rahmen der Qualitätssicherung sind, neben der eigentlichen Analysetätigkeit der eingeschickten Pra-

xisunterlagen, einige der Tätigkeitsschwerpunkte der ZSR. Gegenwärtig hat in Mecklenburg-Vorpommern die digitale Aufnahmetechnik einen Anteil von zirka 30 Prozent am Gesamtvolumen der zahnärztlichen Röntgendiagnostik.

Die Erfahrungen der Arbeit bei der Auswertung der Anwenderunterlagen finden auch Berücksichtigung in der Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Aktualisierungskurse Fachkunde (Zahnärzte) und Kenntnisse (ZAH und ZFA) im Strahlenschutz, die von der Zahnärztlichen Stelle für Röntgendiagnostik durchgeführt werden.

Eine jahrelange gute Zusammenarbeit besteht mit der Aufsichtsbehörde, dem Sozialministerium und den jeweiligen Ortsdezernaten (Landesämtern für Gesundheit und Soziales, Abteilung Arbeitsschutz und technische Sicherheit). Die ZSR hat sich in den 20 Jahren ihrer Tätigkeit zu einem echten Konsultationspunkt in Fragen der bildgebenden Diagnostik und des Strahlenschutzes entwickelt. Viele Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern nehmen die Möglichkeit eines konstruktiven Erfahrungsaustausches gern an. Für das hohe Engagement und die Freude des ZSR-Mitarbeiter selbst an ihrer Tätigkeit spricht die Tatsache, dass sie sich über stets längere Zeiträume zur Verfügung gestellt haben.

Neben den derzeit fünf aktiven Mitgliedern der Röntgenstelle (Foto) war bis zu seinem Tod im Januar 2013 Dr. Ernst Zschunke (Schwerin) von Anfang an als stellvertretender Vorsitzender der Röntgenstelle tätig. Weiterhin waren Zahnarzt Michael Holzheid (Rostock) von 1993 bis 2000 und Dr. Ralf Bonitz (Wismar) von 2000 bis 2011 beteiligt.

In der Geschäftsstelle wird die Zahnärztliche Stelle für Röntgendiagnostik seit 1993 durch Birgit Laborn, Tel. 0385 59108-16, organisatorisch betreut.

Allen Beteiligten an der Zahnärztlichen Stelle für Röntgendiagnostik der vergangenen 20 Jahre, insbesondere dem Vorsitzenden, Prof. Dr. Uwe Rother, gilt unser Dank und unsere Anerkennung für die geleistete Arbeit sowie die stets kollegiale Zusammenarbeit mit allen Kolleginnen und Kollegen in unserem Bundesland.

Vorstand der ZÄK



Die Mitglieder der Zahnärztlichen Stelle für Röntgendiagnostik in der derzeitigen Besetzung: v. l. Dr.-Ing. Klaus-Peter Führ (Rostock), Geschäftsstellenmitarbeiterin Birgit Laborn (Schwerin), Zahnärztin Silke Neubert (Schwerin), PD Dr. Peter Machinek (Rostock), Dr. Christian Lucas (Greifswald) und der Vorsitzende Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg).

DEUTSCHER ZAHNARZTTAG

MEIN KONGRESS 2013

Congress Center Messe Frankfurt am Main
8.-9. November 2013

Die vorläufige Veranstaltungsübersicht des Deutschen Zahnärztetags unter:
www.bzaek.de/deutscher-zahnaerztetag.html und
<http://dtzt.de>

Tagesordnung der Kammerversammlung am 15. Juni im Trihotel Rostock

Beginn: 9 Uhr, Trihotel am Schweizer Wald, Tessiner Straße 103, Rostock

- | | | |
|-----|--|-------------------------------|
| 1. | Eröffnung der Kammerversammlung durch den Präsidenten | |
| 2. | Feststellen der Beschlussfähigkeit | |
| 3. | Grußworte der Gäste | |
| 4. | Bericht des Präsidenten
– <i>Diskussion</i> | Prof. Dr. Dietmar Oesterreich |
| 5. | Bericht aus der Geschäftsstelle
– <i>Vorstellung Online-Stellenmarkt</i> | Steffen Klatt |
| 6. | Bericht aus der Arbeitsgruppe Beitragsordnung
– <i>Diskussion; Beschlussfassung</i> | Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt |
| 7. | Bericht aus der Arbeitsgruppe Wahlordnung
– <i>Diskussion; Beschlussfassung</i> | ZÄ Uta Kuhn-Reiff |
| 8. | Versorgungswerk
– <i>Bericht des Vorsitzenden des
Versorgungsausschusses der
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern</i> | Dipl.-Stom. Holger Donath |
| 9. | Kurzfristige Anträge | |
| 10. | Verschiedenes
– <i>Termin der nächsten Kammerversammlung</i> | |

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident

Patienten nicht beunruhigen KZBV zu Presseberichten über den Jahresbericht des MDK

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hatte Mitte Mai in Berlin die Ergebnisse 2012 seiner Begutachtung von Behandlungsfehlern veröffentlicht. In einigen Medien werden die Ergebnisse verkürzt dargestellt. Dazu äußert sich Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung:

„Gerade weil der MDK seine Ergebnisse sehr differenziert dargestellt und erläutert hat, ist es umso ärgerlicher und wenig verantwortlich, dass einige Medien stark verkürzt und somit verfälscht berichten. Aussagen, dass es bei Wurzelbehandlungen häufig zu Behandlungsfehlern kommt, sind schlichtweg falsch und führen allein zur Verunsicherung der Patienten. Fakt ist, dass die deutschen Vertragszahnärzte im vergangenen Jahr insgesamt rund 7,3 Millionen Wurzelkanalbehandlungen vorgenommen haben. Der Jahresbericht des MDK weist 156 bestä-

tigte Behandlungsfehler bei Krankheiten des Zahnmarks und Zahnwurzel aus. Das sind auf jeden Fall 156 Fälle zu viel, denn hinter jedem Fehler steckt ein persönliches Schicksal. Gleichzeitig ist die Relation zu den Gesamtbehandlungsfällen aber auch ein gutes Indiz für die qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Damit die Patienten weiterhin auf eine hohe Versorgungsqualität vertrauen können, ist es gut und wichtig, dass Stellen und Institutionen wie der MDK allen Behandlungsfehlervorwürfen intensiv nachgehen. Im zahnärztlichen Bereich haben wir daher schon lange gemeinsam mit den regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern sowie den Krankenkassen ein umfangreiches Gutachterwesen etabliert.“

(siehe dazu die Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer auf Seite 10)

Perspektive Zahnmedizin

BZÄK stellt Gesundheitspolitisches Programm vor

Die Bundeszahnärztekammer hat mit dem „Gesundheitspolitischen Programm 2013“ Ziele für eine zukunftsfeste zahnmedizinische Versorgung formuliert. Das Gesundheitssystem soll für die nächsten Jahrzehnte stabilisiert werden, damit weiterhin jeder Patient Zugang zu einer hochwertigen zahnmedizinischen Versorgung hat.

Deutschland verfügt anerkanntermaßen über eine zahnmedizinische Versorgung auf hohem Niveau. Insbesondere im Bereich der Prävention hat die Zahnmedizin in den letzten Jahren international Maßstäbe gesetzt. Damit das so bleibt, muss die (Gesundheits)Politik dafür jedoch die rechtlich und finanziell erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde steht vor immensen Herausforderungen insbesondere durch den demografischen Wandel. Zudem müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, die Freiberuflichkeit der Zahnärzteschaft stärker zu fördern

und dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken.

Das „Gesundheitspolitische Programm 2013“ formuliert die zentralen Kernforderungen der Zahnärzteschaft in Deutschland u. a. zur Stärkung der Freiberuflichkeit, zum Schutz der Patienten sowie die versorgungspolitischen Herausforderungen des Berufsstandes und der zahnärztlichen Selbstverwaltung.

Derzeit wird das gesundheitspolitische Programm an die Mitglieder des Deutschen Bundestages, an die Ministerien sowie Vertretungen der Länder verteilt. Zudem werden Einzelgespräche mit Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des Bundestages zu den Forderungen der Zahnärzteschaft geführt. Alle gesundheitspolitischen Informationsdienste haben zwischenzeitlich ausführlich über dieses Programm sowie das „Memorandum zur Reformierung des Gesundheitswesens“ berichtet. Programm und Memorandum im Internet unter: <http://www.bzaek.de/positionen-und-statements.html>

BZÄK

Aufklären ja, verunsichern nein

Versorgungsforschung muss objektiv bleiben

Daten zur Versorgungsforschung können Trends abbilden sowie Lücken und Versorgungsbedarfe aufzeigen. „Kritisch wird es, wenn eine Datenlage fehlinterpretiert wird, mit einem Konvolut an Zahlen die Öffentlichkeit verunsichert wird und politisches Kalkül dahintersteckt“, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel.

Die Daten des aktuellen „Zahnreports“, ermittelt aus dem Versorgungsgeschehen, bilden eine solide zahnmedizinische Versorgung auch im Bereich Zahnersatz ab, werden jedoch schlagzeilenträchtig interpretiert. Die Datenlage des Reports selbst zeigt, dass über 70 Prozent der zu versorgenden Zähne sogar bei neuem Zahnersatz nach der Regelversorgung behandelt werden. Der wesentlich geringere Anteil der Zahnersatzbehandlungen geht auf Patientenwunsch über die Regelversorgung hinaus.

Die Eigenleistungen für Zahnersatz stiegen laut Report zwischen 2005 und 2009 sehr moderat, der Privatanteil an den Gesamtkosten legte um einen Prozentpunkt zu. Generell spielen die Material- und Laborkosten im Übrigen mit bis zu 60 bis 70 Prozent der Zahnersatzkosten

eine entscheidende Rolle, denn neue Technologien, bessere Materialien und höhere ästhetische Ansprüche kosten mehr. Die Interpretation dieser Daten wird weder in einen Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung – Zunahme der Bevölkerungsgruppe zwischen 50 und 75 Jahren, die Zahnersatz besonders benötigen – noch mit der gestiegenen Erwartungshaltung der Patienten gebracht, sondern richtet sich kassenseitig ausschließlich gegen den Zahnarzt. Dabei steht das 2005 eingeführte Festzuschusssystem besonders im Fokus, welches gerade dazu angelegt wurde, eben keinen sozial zu benachteiligen und trotzdem am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen. Erinnerung sei daran, dass vor 2005 ein Patient zur Versorgung mit Implantaten keinerlei Zuschuss seiner Krankenkasse erhielt. Jeder Patient hat Anspruch auf eine solide zahnmedizinische Versorgung. Wer darüber hinaus höhere Ansprüche besitzt und mehr Budget zur Verfügung hat, kann frei entscheiden und gibt in der Regel mehr für anspruchsvollere Versorgungslösungen aus, ohne die Solidargemeinschaft zu belasten. Auch dies belegen die Zahlen des Reports. Mit (gleitenden) Härtefallregelungen, dem Bonusheftzu-

schuss, einer Zahnzusatzversicherung – welche deutlich zugenommen haben – ist für den Patienten keine Kostenexpansion in Sicht. Die Intention dieser Zahlenfehlerdeutung ist durchsichtig und unverantwortlich. Sie zielt darauf ab, die Macht der gesetzlichen Krankenversicherung auszubauen und die Entscheidungsfreiheit der Patienten zugunsten der Kassen einzuschränken. Der Zahnarzt ist im Rahmen seiner Aufklärungspflicht gehalten, über alle wissenschaftlich anerkannten Versorgungsmöglichkeiten aufzuklären. Der Patient hat heute die Möglichkeit, sich nicht nur eine zweite Meinung bei einem anderen Zahnarzt einzuholen, sondern auch über die Patientenberatungsstellen weitere Informationen zu

erhalten. „Die verbreiteten Folgerungen zur Kostenbelastung der Patienten sind rein politisch motiviert“, so Engel, „hinter der Forderung, private Leistungen kontrollieren zu wollen, wirft die gesetzliche Krankenversicherung ihren Anker zum Geschäftsfeld der PKV.“ Sich im Versorgungsforschungsfeld mit generierten Versorgungsdaten zu bewegen, ist zweifelsohne sinnvoll. Doch anerkannte Forschung setzt Unabhängigkeit aber vor allen Dingen einen verantwortungsvollen Umgang und keinesfalls einseitig motivierte Interpretation voraus. Hier hat der Zahnreport das Klassenziel nicht erreicht.

BZÄK, Klartext 4/13

Gesetzliche Rentenversicherung

Keine Entlastung durch Eingliederung von Selbstständigen

„Eine Einbeziehung von Selbstständigen, Freiberuflern und Beamten würde die gesetzliche Rentenversicherung keinesfalls dauerhaft entlasten“, sagt der Vorstandsvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV), RA Hartmut Kilger. Die ABV als Spitzenorganisation der 89 in Deutschland bestehenden Versorgungswerke der Freien Berufe habe hierzu Prof. Dr. Kerstin Windhövel konsultiert.

Die an der Hochschule für Wirtschaft in Freiburg in der Schweiz lehrende Volkswirtin hatte in verschiedenen Modellrechnungen im Jahre 2011 die Auswirkungen einer Erweiterung der gesetzlichen Rentenversicherung auf bislang nicht versicherungspflichtige Personenkreise untersucht und festgestellt, dass durch eine solche Maßnahme die finanzielle Lage der Rentenversicherung langfristig nicht verbessert wird. Sie widerspricht damit der Interpretation einer Studie der Universität Bochum durch die Bertelsmann-Stiftung. Diese hatte untersuchen lassen, welche Maßnahmen die Belastung der Rentenversicherung durch die bevorstehende Verrentungswelle der geburtenstarken Nachkriegsgänge – der Babyboomer – vermindern würden.

Entgegen des Tenors der Presseberichterstattung wie, so Windhövel, auch der Autor der Studie, Prof. Dr. Martin Werding, ausdrücklich darauf hin, dass die Beitragsentlastung sich im Zeitablauf in ihr Gegenteil verkehre. Windhövel sehe dadurch ihre eigenen Ergebnisse bestätigt. Eine Eingliederung weiterer Personengruppen führt über die Rentenanpassungsformel zu einem steigenden aktuellen Rentenwert, dieser zu höheren Renten und einem höheren Rentenniveau, was wiederum zeitverzögert zu höheren Beitragssätzen führen wird, um diese Renten zu finanzieren. Dass

dies erst nach 2060 eintreten soll, glaube die Wissenschaftlerin jedoch nicht. Das sei eine Frage der Annahmen. Bei so langfristigen Prognosen wirkten sich Annahmen zur Entwicklung der Fundamentaldaten maßgeblich auf die Ergebnisse aus, berichtet Kilger.

Der ABV-Vorsitzende betont, er habe die Professorin auch zu dem Vorschlag der Bertelsmann-Studie befragt, die zusätzlichen Einnahmen durch die neuen Versicherten in einem Kapitalstock anzusparen. Die Antwort: Warum solle man heute neue Personengruppen in die Rentenversicherung einbeziehen, nur um mit den Mehreinnahmen die negativen Langfristeffekte eben dieser Maßnahme später wieder auszugleichen?

Außerdem stelle, so Kilger, ein Kapitalstock in der Rentenversicherung eine ständige Versuchung für die Politik dar, die Steuerzuschüsse für die versicherungsfremden Leistungen zurückzufahren. Dies geschehe bereits gegenwärtig mit den vergleichsweise geringen Rücklagen der Sozialkassen. Abschließend verwies Kilger darauf, dass eine Erweiterung der Rentenversicherung nur eine vermeintliche vorübergehende Entlastung bringe. Die Lasten würden einfach in die Zukunft verschoben.

So schreibe Werding in seiner Studie für die Bertelsmann-Stiftung, dass das Umlageverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung dabei über einen längeren Zeitraum massiv ausgeweitet werde, mit der üblichen Folge, dass nach einem Einführungsgewinn alle zukünftigen Mitglieder belastet werden.

Damit ist, so Kilger, erwiesen, dass gerade diese Maßnahme ungeeignet sei, die aus der demografischen Entwicklung resultierenden Probleme zu lösen.

Im Internet: <http://www.abv.de>

ABV

Leser schreiben an dens

Müssen Rentner die Zukunft der jungen Zahnärzte sichern?

Müssen Rentner die wirtschaftliche Zukunft der jungen Zahnärzte sichern? Mit größter Verwunderung habe ich von der Absicht Kenntnis nehmen müssen, dass der Kammervorstand ein höchst richterliches Urteil zum Anlass nehmen will, die Rentner unseres Berufsstandes durch einen Mitgliedsbeitrag wieder einmal zur Haushaltssanierung mit heranzuziehen.

Als Mitglied der ersten Kammerversammlung nach der Wende musste ich seinerzeit schon mit großer Verärgerung das Fehlen einer berufsständischen Solidarität bei der Einführung des Versorgungswerkes erfahren. Damals führte für uns „Alte“ kein Weg aus versicherungsmathematischen Gründen in diese doch attraktive Altersversorgung. Wir waren gezwungen, eigene Wege der Altersabsicherung zu finden.

Heute wird der Solidaritätsgedanke strapaziert um den Haushalt der Kammer zu sichern. Kann das eine Aufgabe der Rentner sein? Als Rentner füllen wir nur noch die Mitgliederkartei ohne jedwede konkrete Bedeutung für die Ausgaben der Kammer. Die Aufgabe der Kammerversammlung sehe ich unter anderem auch darin, die Ausgaben der Kammer so zu kontrollieren, dass so ein Unfug, die Rentner zur Finanzierung mit heranzuziehen, gar nicht in Frage kommen sollte.

Wenn die Kammerversammlung der Meinung ist, über die Rentner zu verfügen, dann wäre es auch nötig, die Rentner sich angemessen in der Versammlung vertreten zu lassen. So haben sie kein Mitspracherecht! Müssen denn Rentner verwaltet werden? Für mich stellt sich im Falle einer Beitragserhebung erneut die Frage nach der Mitgliedschaft in der Kammer. Da die Mitgliedschaft von der Approbation abhängig ist, würde ich diese zurückgeben, um auf diese Weise so einer unsolidarischen Berufsgruppe zu entkommen!

Dr. Gunther Menzel, Rostock

Sehr geehrte Damen und Herren,
seit geraumer Zeit herrscht unter vielen der dauerhaft aus dem aktiven zahnärztlichen Berufsleben ausgeschiedenen Kollegen über den für die Zukunft zu erwartenden Kammerbeitrag helle Aufregung und regelrechtes Unverständnis. Man fragt sich, ebenso wie die Kollegen des Leserbriefes 3/13 schon in der „dens“ artikulierten, wozu wird dieses zusätzlich eingeforderte Geld benötigt, wenn der Kammerhaushalt gar keinen begründeten Bedarf anmelden kann und eigentlich seit Jahren eine kontinuierlich ausgeglichene Wirtschaftsführung mit gewissen Anpassungen gewährleistete. Wozu müssen da die Ruheständler, die in keiner Weise mehr die Leistungen der Kammer benötigen, eigentlich noch einen Beitrag zahlen? Als Kapitalanlage wird er sicherlich nicht gedacht sein, also vermutlich als Solidaritätsbeitrag zur Senkung der Kammerbeiträge? Den jungen aufstrebenden Kollegen geht es aber sicherlich nicht so schlecht, als dass sie auf diese Weise Hilfe durch die Rentner erfahren müssten. Im Gegenteil, sie können in der Regel über ein volles Berufsleben ihre Lebensgrundlagen, darin eingeschlossen eine individuelle und berufspolitisch gewollte Altersversorgung, systematisch gestalten und später voll in Anspruch nehmen. Die einzigartige Möglichkeit in einem eigenen solidarischen Versorgungswerk nahezu sichere Geborgenheit zu finden, war vielen unserer älteren Kollegen nach der Wende nicht gegeben.

Die „Stichtagsregelung“, die diese Berufsgruppe bei den anstehenden Forderungen kollegial berücksichtigt hat, war in diesem Zusammenhang gar nicht einmal so verkehrt gewesen, aber da sie entfallen soll, sollte man generell auf einen Rentnerbeitrag verzichten. Die bestehende Festlegung der Kammerversammlung verlangt regelrecht nach einem Mitspracherecht der Ruheständler, aber das wäre nur über ein Listenwahlrecht mit einer speziellen Vertretung möglich. Ist dieser Aufwand, obwohl vielleicht interessant, überhaupt nötig, gerechtfertigt und vor allem erwünscht?

In Anbetracht verstärkt aufkommender Zweifel an der Sinn- und Zweckmäßigkeit des consequenten Beschlusses der Kammerversammlung sollte man das Problem vielleicht doch noch einmal überdenken und auch korrekturbereit sein.

Dr. Dietmar Göseke, Rostock

Dr. Günther Drude, Rostock

Dr. Harald Möhler, Groß Trebbow

Dr. Gerhard Schotte, Gadebusch

Prof. Dr. Gert Seefeld, Schwerin

siehe dazu Beiträge auf Seite 9

Beitragsordnung auf dem Prüfstand

Kammerversammlung wird entscheiden

Das Verwaltungsgericht Minden hat durch Urteil vom 26. Mai 2010 festgestellt, dass es unzulässig sei, bei der Beitragserhebung zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten zu unterscheiden, die ihre zahnärztliche Tätigkeit vor oder nach einem bestimmten Zeitpunkt aufgeben oder aufgegeben haben. Zwar ist das verwaltungsgerichtliche Urteil aus Nordrhein-Westfalen für die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nicht verbindlich. Es findet sich aber auch in der derzeitigen Beitragsordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine Regelung, wonach Mitglieder, die dauerhaft keinen Beruf mehr ausüben und bis zum 31. Dezember 2009 berufstätig waren, 5,00 Euro Beitrag zu zahlen haben, während Mitglieder, die vor diesem Zeitpunkt aus der Berufstätigkeit ausgeschieden sind, keinen Beitrag zahlen müssen. Der Vorstand der Zahn-

ärztekammer hat daher eine Arbeitsgruppe beauftragt zu prüfen, wie sich die verwaltungsgerichtliche Entscheidung auf die derzeitige Beitragsordnung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern auswirkt und ggf. Änderungsvorschläge zu unterbreiten. Die Arbeitsgruppe ist bewusst mit unterschiedlich betroffenen Berufsangehörigen, nämlich mit einem jüngeren Zahnarzt, einem niedergelassenen Zahnarzt, einem Zahnarzt, der demnächst seine Berufsausübung aus Altersgründen einstellen wird, sowie einem Pensionär besetzt. Diese Arbeitsgruppe wird der Kammerversammlung am 15. Juni 2013 das Ergebnis ihrer Beratungen mitteilen. Die Entscheidung darüber, ob und inwieweit nicht mehr berufstätige Zahnärzte künftig Beiträge zu zahlen haben, obliegt allein der Kammerversammlung und nicht dem Kammervorstand.

ZÄK

Mangelnde Solidarität?

Zur Gründung des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer

Dr. Gunther Menzel erwähnt in seinem Leserbrief, dass die Gründung des Versorgungswerkes nicht solidarisch gewesen sei und man sich von den „Alten Lasten“ befreit habe. Diese Darstellung ist leider eindimensional und wird der Komplexität des Vorgangs nicht gerecht. Grundsätzlich möchten wir betonen, dass die Gründung des Versorgungswerkes für alle Kolleginnen und Kollegen mangels eigener Erfahrung absolutes Neuland war. Wir haben eine ungebrochene Hochachtung für die damals verantwortlich Handelnden. Eine nachträgliche Bewertung ist historisch immer schwierig. Zu sehr kann man geneigt sein, tatsächliche Abläufe anders zu interpretieren. Daher wollen wir bei der Betrachtung mit nachfolgenden Anmerkungen behilflich sein.

1. Das Versorgungswerk wurde gemäß Beschluss der Kammerversammlung zum 1. Januar 1992 gegründet. Dem ging eine Urabstimmung mit einer Zustimmungsquote von 95,4 Prozent aller stimmberechtigten Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern voraus. Aufgenommen wurden in das Versorgungswerk alle Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne Gesundheitsprüfung bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Den älteren Kolleginnen und Kollegen wurde das Angebot gemacht, dem Versorgungswerk als freiwillige Mitglieder beizutreten und freiwillige Beiträge zu entrichten. Für freiwillige Mitglieder wurde die Berufsunfähigkeitsrente ausgeschlossen und eine andere Bewertung der Beiträge entsprechend finanzmathe-

matischer Berechnungsmethoden (vergleichbar der Versicherungswirtschaft) vorgenommen.

2. Der Kammerversammlung lag zur Beschlussfassung über das Versorgungswerk das Gründungsgutachten des Aktuars vor. Danach hätten aufgrund der höheren Versorgungsrisiken bei älteren Zahnärzten die jüngeren Mitglieder des Versorgungswerkes diese Belastungen finanzieren müssen („Alte Last“). Die Berechnungen haben ergeben, dass ein über 50-jähriger regelmäßig mehr Leistungen aus dem Versorgungswerk erhält, als er Beiträge eingezahlt hat. Da das Versorgungswerk anders als die gesetzliche Rentenversicherung keinerlei Steuerzuschüsse erhält, gab es die Empfehlung an die über 50-jährigen, ihre Ansprüche primär gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung zu erhalten und auszubauen (nach Beratung durch die zuständigen Rentenberatungsstellen) und sich ein zusätzliches Alterseinkommen über freiwillige Beiträge beim Versorgungswerk oder anderen Stellen (z. B. Lebensversicherungen) aufzubauen.

3. Alle Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern hatten die Gelegenheit, sich bei drei Großveranstaltungen im August und September 1991 (Neubrandenburg, Rostock und Schwerin) über die Modalitäten des Versorgungswerkes zu informieren. Es schlossen sich jeweils individuelle Beratungstage an, wobei in Einzel-

gesprächen Informationen weitergegeben wurden. Gleichzeitig konnte man sich über alternative Versorgungsmöglichkeiten bei anderen Beratungsteams der Lebensversicherungsbranche informieren.

4. Unabhängig von der Neugründung des Versorgungswerkes für den Berufsstand der Zahnärztinnen und Zahnärzte muss sicherlich eingeräumt werden, dass es der älteren Bevölkerung in den neuen Bundesländern generell schwer gefallen sein dürfte, eine über das durchschnittliche Niveau hinaus gehende, adäquate Altersversorgung, zumal in kurzer Zeit, aufzubauen. Auch die vorhandenen privaten Vermögenswerte dürften sich am Ende der DDR in engen Grenzen gehalten haben. Wie oben bereits erwähnt, gab es verschiedene Möglichkeiten unter den gegebenen Bedingungen für das Rentenalter vorzusorgen. Die sich aus der historischen Situation ergebenden Nachteile für Ältere bleiben dabei systematisch vergleichbar.

5. Die Entwicklung der Rentenwerte der gesetzlichen Rentenversicherung in Ost und West dokumentiert, wie mit Bundeszuschüssen versucht wurde und wird, diesem Umstand Rechnung zu tragen. Mit hohen Zuschüssen werden die Ansprüche für die neu aufgenommenen Mitglieder aus den neuen Bun-

desländern an das westdeutsche Niveau allmählich angeglichen. So lagen die Rentenwerte Ost am 01. Januar 1992 umgerechnet bei 12,05 Euro (West = 21,19 Euro) und haben sich zum 01. Juli 2012 auf Ost = 24,92 Euro (West = 28,07 Euro) erhöht. Während sich der Rentenwert Ost damit mehr als verdoppelt hat, stieg der westliche Rentenwert um rund 32,5 Prozent. Die Bundeszuschüsse an die Rentenversicherung stammen dabei aus Steuermitteln und werden von allen Bevölkerungsgruppen, also auch von den aktiv tätigen Zahnärzten aufgebracht, so dass ältere Kolleginnen und Kollegen von der Solidargemeinschaft aller Bundesbürger profitiert haben. In den letzten Jahren lag der Bundeszuschuss an die Rentenversicherung regelmäßig bei über 30 Prozent.

Interne Berechnungen der Verwaltung haben ergeben, dass die versicherungsmathematisch kalkulierten Abschläge aus der freiwilligen Mitgliedschaft im Versorgungswerk durch die Vorteile der staatlichen Rente deutlich überkompensiert werden. Daher kann man sicherlich geteilter Meinung darüber sein, ob eine altersunabhängige Pflichtmitgliedschaft bei Gründung des Versorgungswerkes der für ältere Kolleginnen und Kollegen geeignete Weg gewesen wäre.

**Versorgungswerk der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern**

Bundeszahnärztekammer reagiert

Sachliche Kritik an der Darstellung des MDK

Der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat am 15. Mai 2013 die Jahresstatistik 2012 zu seiner Behandlungsfehler-Begutachtung veröffentlicht. Die Ergebnisse sind verschiedentlich verkürzt dargestellt worden. Die Bundeszahnärztekammer möchte mit sachlicher Kritik zu einer faktenbasierten Argumentation beitragen:

Die Aufgabe des MDK ist es, Patienten bei der Klärung eines Behandlungsfehlerverdachts mit einem medizinischen Sachverständigengutachten zu unterstützen. Die Begutachtung erfolgt im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung des Betroffenen. Seit 2009 werden Inhalte der Gutachten erfasst und jährlich veröffentlicht. Zwar kann eine Fehlerhäufung in bestimmten Fachgebieten erkannt, jedoch können keinesfalls Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität insgesamt festgestellt werden, darauf verweist auch der MDK. Denn die im Bericht vorgelegten Fäl-

le sind reine Absolutzahlen und ohne Bezug auf die tatsächlichen Behandlungsfälle nicht aussagekräftig.

Laut MDK-Statistik traten die meisten Fehler bei der Wurzelbehandlung der Zähne auf, gefolgt von Hüft- und Kniegelenkersatz. Setzt man diese Behandlungsfehlerstatistik ins Verhältnis mit den jährlichen Behandlungsanlässen, stellt man fest, dass die Anzahl der zahnmedizinischen Behandlungen durchschnittlich um den Faktor 40 bis 60 höher liegt als die beschriebenen endoprothetischen Operationen. So stehen rund 8 Millionen Wurzelbehandlungen inkl. Wurzelspitzenresektionen rund 200.000 Hüftgelenkprothesen als Behandlungsereignisse gegenüber. Entsprechend bewegen sich die im zahnmedizinischen Bereich durch den MDK gezählten Behandlungsfehler im 10tel Promillebereich (0,2 Promille). Das ist ein bestätigter Behandlungsfehler auf etwa 53.000 Behandlungen. Noch niedrigere Größenord-

nungen ergeben sich im Bereich Zahnersatz und Zahnentfernung.

Damit ist im Umkehrschluss das Risiko eines gezählten Behandlungsfehlers im Bereich der Endoprothetik etwa 38-mal höher als bei allen Zahnwurzelbehandlungen zusammen. Ohne diesen Bezug auf die Gesamtzahl der durchgeführten Behandlungsprozeduren entsteht ein völlig falscher Eindruck von der Reihenfolge sog. Behandlungsfehler. Erst die Relation zur Gesamtbehandlungszahl ermöglicht einen zuverlässigen Blick auf die Häufigkeit von Behandlungsfehlern.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass die Begutachtung in der Regel auf Grundlage der Behandlungsunterlagen und Gedächtnisprotokolle des Patienten erfolgt. Prinzipiell ergeben sich daraus deutliche Schwierigkeiten, im Nachhinein sicher auf einen Behandlungsfehler zu schließen. Auch der Verweis auf einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur und/

oder evidenzbasierte Leitlinien als Entscheidungshilfe kann dieses Problem nicht auflösen. Somit unterliegt die Etikettierung eines Schadensereignisses als Behandlungsfehler auch dem Ermessensspielraum des Gutachters.

Das Anliegen der Bundeszahnärztekammer ist es, unabhängig von verkürzten Darstellungen in den Medien, auch weiterhin für die Verbesserung der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung jedes einzelnen Patienten zu sorgen. Im Rahmen eines in sich aufbauenden Systems – beginnend mit Patientenberatungen der Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen – hat jeder Patient die Möglichkeit, vermeintliche Behandlungsfehler über ein geregeltes Gutachterwesen und gesetzlich vorgegebene Schlichtungsstellen der Selbstverwaltung abklären zu lassen. Zusätzlich befinden sich Fehlermeldesysteme derzeit in einer Prüfphase.

BZÄK

Zur Erinnerung an Dr. Otto Müll



Dr. Otto Müll †

Am 8. Mai 2013 verstarb wenige Tage vor der Vollendung seines 75. Lebensjahres Dr. Otto Müll. Wir verlieren mit ihm einen fachlich ausgezeichneten Praktiker und großen zahnärztlichen Lehrer.

Nach seiner Maurerlehre kam Dr. Müll über die Arbeiter- und Bauernfakultät zum Studium der Zahnmedizin nach Rostock. Seine berufliche Heimat wurde Neubrandenburg, wo er sich früh für die Prothetik begeisterte. Nach seiner Tätigkeit in der zahnmedizinischen Abteilung der Poliklinik wurde er leitender Chefarzt der Prothetischen Abteilung in der Fachpoliklinik für Stomatologie. Im Jahre 1991 ging er in die Niederlassung und führte seine Praxis bis zum Eintritt in den Ruhestand.

Das außergewöhnliche Talent von Dr. Müll bestand in seiner Fähigkeit, seinen riesigen Erfahrungsschatz zu systematisieren und daraus praktische Empfehlungen für die verschiedensten

prothetischen Situationen zu formulieren. Aus heutiger Sicht ein modernes Qualitätsmanagement in den siebziger und achtziger Jahren der DDR. Als Mitglied, später Leiter der Fachkommission Allgemeine Stomatologie war Dr. Müll verantwortlich für die Weiterbildung vieler junger Kolleginnen und Kollegen zum Fachzahnarzt im damaligen Bezirk Neubrandenburg. Es war nur folgerichtig, dass er seine außergewöhnlichen Kenntnisse nach der Wende auch der sich neu formierenden Selbstverwaltung zur Verfügung stellte. Im Prothetik-Einigungsausschuss konnten sich die beteiligten Parteien immer auf seine fachlichen Einschätzungen verlassen.

Geradezu legendär war sein unermüdlicher Eifer, jungen Zahnärzten und Technikern seine Erfahrungen zu vermitteln. Wer das Glück hatte, einige Monate unter seiner Leitung arbeiten zu können, erlebte ein prothetisches Semester im Turbogang. Seine Bewertungen von angefertigten Arbeiten waren von unbestechlicher Gründlichkeit, wegen seiner Vorliebe für klare, ungeschönte Formulierungen mitunter auch gefürchtet. Auf der anderen Seite gab es kaum ein größeres Lob, als von Dr. Müll zu hören: „Das hätte ich auch so gemacht.“

Wir werden ihn nicht vergessen.

Jürgen Liebich, Neubrandenburg

Statistik braucht Unterstützung

Kostenstrukturerhebung startet im Sommer

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) führt im Sommer die alljährliche bundesweite Kostenstrukturerhebung in zahnärztlichen Praxen durch, um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Parameter zu erhalten. In diesem Monat werden die Fragebögen für die Erhebung der notwendigen Daten für 2012 an die Zahnarztpraxen verschickt. Natürlich ist die Teilnahme freiwillig. Die KZBV ist dabei auf die Mitarbeit der Praxen angewiesen. Nur ein breiter Rücklauf an Fragebögen sichert eine solide und aussagefähige Datenbasis.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt diese Vorgehensweisen. Damit wird gewährleistet, dass für die Honorarverhandlungen, Gespräche mit dem Krankenkassen und den Politikern handfeste und nicht widerlegbare Argumente genutzt werden können.

Wir weisen darauf hin, dass diese Erhebung zusätzlich zu den Erhebungen Mecklenburg-Vorpommerns (Kostenstrukturanalyse), auch wenn es doppelte Arbeit darstellt, von Ihnen massiv unterstützt wird.

Auf der Grundlage der bis zum 23. November 2012 eingegangenen Fragebogen wurde eine Vorabauswertung für das Jahr 2011 und die Gesamtheit der alten bzw. der neuen Bundesländer durchgeführt. Aufgrund der Größe dieses Rücklaufs und des verwendeten Hochrechnungsrahmens werden die Ergebnisse der Vorabauswertung nur relativ gering von den endgültigen Daten, die nach Abschluss der Erhebung (der Rücklauf der Fragebogen dauert noch an) ermittelt werden, abweichen.

KZV

Zahnarzthilfe Brasilien sucht Mitstreiter

Die Aktionsgemeinschaft Zahnarzthilfe Brasilien e.V. (AZB Plus) sucht Mitstreiter für einen zwei- bis dreiwöchigen Einsatz im November, Dezember 2013 und Januar 2014 in Brasilien in der Nähe von Salvador/Bahia im Dentomobil.

Für die Aufwendungen/Reisekosten gibt es eine Spendenbescheinigung, Unterkunft und Ver-

pflung werden vom Verein gestellt. Es werden Teams mit zirka drei, vier Kollegen zusammengestellt und deswegen können auch unerfahrene Kolleginnen/Kollegen mitmachen!

Nähere Information und Anmeldung unter: www.azb-brasilien.de

AZB

GOZ-Kommentar bündelt Verstand

BZÄK tritt Äußerungen des PKV-Verbands entgegen

Den Vorwürfen des PKV-Verbands, der GOZ-Kommentar der BZÄK stelle eine bloße Meinungsäußerung dar, tritt die BZÄK energisch entgegen.

Der PKV-Verband hatte in seiner Beilage zu „PKV-Publik“ (3/2013) Position zur Rechtsqualität des GOZ-Kommentars der Bundeszahnärztekammer bezogen. Darin hieß es, dass der Kommentar keine rechtsverbindliche Stellungnahme darstelle. Nur (Bundes-)Gerichte könnten rechtsverbindlich über die GOZ urteilen, Äußerungen der BZÄK oder des PKV-Verbandes wiesen keine Rechtsrelevanz auf.

An der gebündelten Auslegung der Zahnärzteschaft komme keiner vorbei, argumentiert die BZÄK hingegen. Anders als bei der Auffassung eines Versicherungssachbearbeiters fließe in den GOZ-Kommentar der BZÄK der geballte Sachverstand der gesamten Berufsgruppe ein. Als Werk der Zahnärzteschaft werde der Kommentar von denjenigen

getragen, die aufgrund ihrer Profession zuallererst berufen seien, die Gebührenordnung mit Leben zu erfüllen, heißt es. Der GOZ-Kommentar habe daher die Qualität einer sachverständigen Verlautbarung.

Würde man der Auffassung der PKV folgen, dass zahnärztlichem Sachverstand keine höhere Bedeutung zuzumessen wäre als gebührenrechtlichen Interpretationen anderer Stellen, so würde das gesamte Gutachterwesen in gerichtlichen Auseinandersetzungen ad absurdum geführt, heißt es weiter. Gerade der zahnärztliche Sachverständige sei durch seine fachliche Qualifikation, ergänzt durch die Anwendung der Kommentare „seiner“ Kammer, berufen und gerichtlich akzeptiert, objektive Ausführungen zu gebührenrechtlichen Fragestellungen zu machen.

Im Internet: <http://www.bzaek.de/berufsstand/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte-goz.html>

BZÄK

Rückruf: Tavor® pro injectione 2 mg

Firma Pfizer warnt vor Verwendung ihres Produkts

Die Arzneimittelkommission Zahnärzte (AKZ) informiert darüber, dass die Firma Pfizer ihr Produkt Tavor® pro injectione 2mg Ampullen ab sofort zurückruft und vor der Verwendung warnt.

Die Firma Pfizer ruft mittels eines Rotehandbriefs ihr Produkt Tavor® pro injectione 2mg Ampullen der Chargen 2003, 2004 und 2005 zurück. Sie dürfen nicht mehr verwendet werden.

Hintergrund ist, dass bei der Überprüfung im Werk in einzelnen Ampullen Glassplitter gefunden wurden. Die Auslieferung wurde daraufhin gestoppt. Es ist nicht auszuschließen, dass Glassplitter in einigen, bereits im Markt befindlichen Ampullen vorhanden sind.

Der in Tavor® pro injectione 2mg enthaltene Wirkstoff Lorazepam ist in parenteraler Form auf dem deutschen Markt von keinem anderen Anbieter erhältlich.

Die Firma informiert über Alternativprodukte. Infos bezüglich möglicher therapeutischer Alternativen beim Medizinischen Informationszentrum

von Pfizer (von: 030-55 00 55-5 10 00, Fax: 030-55 00 54-1 00 00).

ZÄK

Ärzeschaft gegen Korruption

Im Kampf gegen die Korruption im Gesundheitswesen haben sich die Vertreter der Ärzteschaft auf ihrer Kammerversammlung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in einer Resolution ausdrücklich gegen einen Sonderstrafbestand für Ärzte ausgesprochen und

forderten klare Grundnormen und Regelungen, die sich gleichermaßen an ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer richten. Eine Strafandrohung allein gegen die Ärzte, wie von Mecklenburg-Vorpommerns Justizministerin Kuder vorgeschlagen, sei nicht hinnehmbar.

Resolution der Kammerversammlung der Ärztekammer M-V

Die Ärzteschaft Mecklenburg-Vorpommerns verurteilt jegliche Form der Korruption! Sie setzt sich für die vollständige Aufdeckung und Aufklärung aller Verdachtsfälle ein. Eine stärkere Transparenz über ökonomische Verflechtungen im Gesundheitswesen vermeidet unbegründete Vorwürfe und Interessenkonflikte.

Ärzttekammer geht aktiv gegen Korruption vor

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern geht seit Jahren aktiv und konsequent den Vorwürfen über vermeintliche Bestechlichkeit und Vorteilsnahme durch die Ärzteschaft nach. Es gibt im ärztlichen Berufsrecht schon seit Jahrzehnten die Norm, die korruptives Verhalten verbietet.

Alle Krankenhäuser und Kliniken sowie Krankenkassen unseres Bundeslandes wurden 2009 aufgefordert, Kooperationsverträge offen zu legen und die Ärztekammer bei Verdacht auf Fehlverhalten zu informieren. Der Ärztekammer wurden dabei kein Fehlverhalten angezeigt.

Zudem werden alle Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Krankenhäusern im Rahmen eines Clearing-Verfahrens gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und der Krankenhausgesellschaft M-V überprüft. So können von vorn herein berufsrechtlich unzulässige Kooperationen ausgeschlossen werden.

Darüber hinaus hat die Ärztekammer 2011 dem Gesetzgeber eine Neuregelung im Landeskrankenhausgesetz vorgeschlagen, welche den Krankenhäusern zusätzlich zum Berufsrecht die Zahlung eines Entgelts für die Zuweisung verbietet. So könnte in besonders schweren Fällen das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Kran-

kenhausplan herausgenommen werden. Dieser Vorschlag wurde nicht aufgegriffen.

Ungerechtfertigte Diffamierung des ärztlichen Berufs

Die Ärzteschaft spricht sich gegen einen Sonderstrafbestand für Ärzte aus und fordert klare Grundnormen und Regelungen, die sich gleichermaßen an ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer richten.

Die vorhandenen Ressourcen zur Bekämpfung von Fehlverhalten müssen effizienter genutzt werden. Dies kann man verbessern durch mehr und vor allem rechtzeitige Informationen an die Ärztekammer, insbesondere über die zuständigen staatlichen Ermittlungsbehörden. Nur wenn hinreichend Sachverhalte mitgeteilt werden, kann die Ärztekammer berufsrechtlich tätig werden.

Mit einer Strafandrohung allein gegen die Ärzte, wie von Mecklenburg-Vorpommerns Justizministerin Kuder vorgeschlagen, entlässt man alle anderen Beteiligten aus ihrer Verantwortung. Sollte der Gesetzgeber korruptive Praktiken im Gesundheitswesen unter Strafe stellen, muss diese Regelung umfassend alle korruptiven Verhaltensweisen im Gesundheitswesen erfassen.

Jede Form der pauschalisierten Vorverurteilung erschüttert erheblich das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt. Um dieser Diffamierungsdebatte entgegenzuwirken und diese so wichtige partnerschaftliche Beziehung zu stärken, hat die Ärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V die Kampagne „Arzt Ihres Vertrauens“ ins Leben gerufen.

ÄK M-V

Ausführlich und kompakt

Leitlinie „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose“ veröffentlicht

Die S3-Leitlinie „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen“ wurde unter Federführung der DGMKG und Moderation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet und im April 2012 veröffentlicht.

Der (nur) 18-seitige Leitlinie ist ein ausführlicher, 57 Seiten umfassender Leitlinien-Report zur Seite gestellt. Ziele waren, einerseits die Leitlinie selbst lesbar und übersichtlich zu halten, andererseits aber alle methodischen Inhalte – im Detail – nachvollziehbar, gegebenenfalls auch nachprüfbar, zu machen.

Die Leitlinie vermittelt als Grundtenor einen Appell zur Intensivierung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Verordnenden von Bisphosphonaten oder Denosumab unterschiedlicher Facharztgruppen einerseits und betreuenden Zahnärzten, Parodontologen, Oralchirurgen sowie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen andererseits. Sie spricht eine eindeutige Empfehlung zur ONJ-Prophylaxe bereits vor Beginn der antiresorptiven Knochentherapie durch Sanierung von Infektionen und Keimeintrittspforten in das knöcherne Lagergewebe des Kieferknochens aus. Diese Empfehlung eröffnet aber keinerlei „Therapiekonkurrenz“ mit der zentralen Indikation zur Bisphosphonat- oder Denosumab-Medikation, da beides – Mundhöhlenprophy-

laxe und Medikation – durchaus zeitlich überlappend erfolgen kann.

Gleiche Relevanz erhält die ONJ-Prävalenz (oder Sekundärprophylaxe) unter oder nach einer Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab, die letztlich ein kontinuierliches, dauerhaftes Betreuungskonzept etablieren soll. Das ONJ-Risiko korreliert (neben vielen anderen Einflussfaktoren) stringent mit der Therapiedauer, sodass die Betreuungsindikation im Verlauf steigt. Wichtig ist aber ebenso die Vermeidung einer Stigmatisierung dieser Patientenkollektive, die bis zur Behandlungsvermeidung in der Praxis des Hauszahnarztes führen könnte. Letztlich ist diese dauerhafte interdisziplinäre Betreuung auch die wichtigste ONJ-Früherkennungsmaßnahme.

Natürlich widmet sich die Leitlinie auch der ONJ-Diagnostik und -Therapie und vermag auch hier eindeutige, evidenzbasierte Empfehlungen auszusprechen. Das eigentliche Potenzial der Leitlinie ist aber die Minderung der ONJ-Ereignisrate (Prävalenz/Inzidenz) durch Verbesserung und Intensivierung der interdisziplinären Betreuung.

Die Leitlinie wurde paritätisch von der DGMKG, der DGZMK, dem BDO, der BZÄK und der KZBV finanziert und ist auf der Internetseite der AWMF unter www.awmf.org veröffentlicht. **zm**

Helferin wird langsam männlich

Immer mehr Jungs werden zahnmedizinische Auszubildende

Die Zahl der männlichen Auszubildenden zum Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) steigt kontinuierlich, allerdings ausgehend von einem sehr niedrigen Wert. Im Zeitraum von 2000 bis 2011 hat sich die Anzahl der männlichen Auszubildenden vervierfacht. Waren es im Jahr 2000 nur 50 Männer, die eine Ausbildung zum ZFA absolvierten, stieg die Anzahl 2011 immerhin schon auf 201. Der Frauenanteil liegt jedoch immer noch bei 99,3 Prozent, bilanziert die Bundeszahnärztekammer in ihrem aktuellen statistischen Jahrbuch.

„Dies ist zumindest ein positiver Trend“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, „denn bei der derzeit rückläufigen Anzahl an Schulabgängern könnte es zukünftig zu einem Fachkräftemangel kommen. Insofern sind junge

Männer besonders aufgefordert, sich diesen verantwortungsvollen Beruf genauer anzuschauen.“

Zahnarztpraxen bieten im Übrigen Jugendlichen mit Hauptschulabschluss deutlich bessere Chancen, eine Berufsausbildung zu beginnen, als die Freien Berufe insgesamt (32,4 gegenüber 17,8 Prozent). Bundesweit wurden bis Ende September 2012 insgesamt 12 330 neue ZFA-Ausbildungsverträge abgeschlossen. Ein Aufstieg ist durch Fortbildungen möglich: Neben dem/r Zahnmedizinischen Fachassistenten/in (ZMF) werden Fortbildungen auf unterschiedlichem Level angeboten.

Quelle/Zahlen: Statistisches Jahrbuch 2011/2012 der Bundeszahnärztekammer, (Landes-)Zahnärztekammern

BZÄK

Gesundheitspolitische Programme der Parteien auf dem Prüfstand

	SPD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke	CDU/CSU	FDP
Versicherungsmodell	Bürgerversicherung (BV)	BV	BV	Solidarische Gesundheitsprämie (sGP)	Freiheitliches, privates Versicherungsmodell
Krankenkassen (KK)	Alle Deutschen (auch Beamte, Selbstständige, Abgeordnete; auch oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze) werden Mitglied in der BV (entweder gesetzliche oder private KK).	Alle Deutschen (auch Beamte, Selbstständige, Abgeordnete auch oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze) werden Mitglied in der BV (entweder gesetzliche oder private KK).	Alle Deutschen (auch Beamte, Selbstständige, Abgeordnete auch oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze) werden Mitglied in der BV (entweder gesetzliche oder private KK).	Das duale System von gesetzlichen und privaten KK soll unangetastet bleiben.	Privatisierung gesetzlicher KK in Form von privaten, kapitalgedeckten Versicherungen, die durch eine steuerfinanzierte Unterstützung für Bedürftige ergänzt werden sollte.
Einnahmenseite	Zusatz- und Sonderbeiträge werden abgeschafft; von einer Verbeitragung aller Miet- und Vermögenseinnahmen wird entgegen der ursprünglichen Planung abgesehen.	Zusatz- und Sonderbeiträge werden abgeschafft.	Zusatz- und Sonderbeiträge werden abgeschafft.	Weitere, über die Lohn- und Gehaltsentwicklung hinausgehende Kostensteigerungen werden künftig über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert, welche alleine die Versicherten aufzubringen haben.	Abkehr vom umlagefinanzierten System
Beitragsbemessungsgrenze (BBG)	Beitragsbemessungsgrenze (BBG) soll für Arbeitnehmer (AN) beibehalten werden; die BBG für Arbeitgeber (AG) soll hingegen vollständig aufgehoben werden.	Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV (derzeit im Westen 5500 Euro monatlich, im Osten 4800 Euro monatlich).	Erst anheben, später abschaffen.	-	-

	SPD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke	CDU/CSU	FDP
Beitragsfinanzierung	<p>Der Beitragssatz (BS) soll bei versicherten Arbeitnehmern (AN) spürbar gesenkt werden (auf 7,6 Prozent statt heute 8,2 Prozent; Beitragssatz für die Arbeitgeber (AG) soll von 7,3 Prozent auf ca. 7,1 Prozent sinken.</p>	<p>Es soll eine Parität der Beitragssätze angestrebt werden; als Einkommen gelten neben Lohn und Gehalt aber auch Einkünfte aus Kapitalanlagen (z. B. Mieteinkünfte) und Zins-einkünfte (z. B. Sparguthaben).</p>	<p>Es soll eine Parität der Beitragssätze angestrebt werden; berücksichtigt werden aber nicht nur Erwerbseinkommen, sondern auch Einkommen aus Vermögen, Grund- und Hausbesitz.</p>	<p>Seit 01.07.2005 werden AG mit der Hälfte des um 0,9 Prozentpunkte reduzierten allgemeinen Beitragssatzes belastet.</p> <p>Am 01.01.2011 trat das GKV-FinG in Kraft. Seither bringen die AG 7,3 Prozentpunkte und die AN 8,2 Prozentpunkte als GKV-Beitrag auf.</p> <p>Damit wurde das frühere Beitragsniveau von 15,5 Prozent wiederhergestellt und auf dieser Höhe gesetzlich festgeschrieben.</p>	<p>Unterscheidung von Regelleistungen und Wahlleistungen, die einkommensunabhängig erhoben werden sollen.</p>
Umsetzung	<p>Bislang Privatversicherte dürfen ihre PKV-Verträge behalten bzw. innerhalb von einem Jahr (freiwillig) in die BV wechseln, ohne Alters- und Risikobeschränkung.</p>	<p>Die PKV und GKV sollen innerhalb des gleichen Rechtsrahmens miteinander konkurrieren.</p>	<p>Umsetzungskonzept unklar; die PKVen sollen sich auf Zusatzversicherungen beschränken</p>	<p>umgesetzt</p>	<p>-</p>
Altersrückstellungen	<p>Portabilität der Rückstellungen für alle Privatversicherten, welche sich für den Wechsel in die GKV innerhalb eines Übergangszeitraums entscheiden</p>	<p>Wie mit den Altersrückstellungen verfahren wird, ist offen.</p>	<p>Wie mit den Altersrückstellungen verfahren wird, ist offen</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

	SPD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke	CDU/CSU	FDP
Familienversicherung/Kinder	Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder sind in der Bürgerversicherung beitragsfrei mitversichert.	Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung auf Kinder und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/-partner, die Kinder erziehen und/oder Pflegeleistungen erbringen; Einführung eines Beitragssplittings für die sonstigen bisher beitragsfrei Mitversicherten.	-	Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder sind beitragsfrei mitversichert.	-
Vergütung	Einheitliches Vergütungssystem. Für Ärzte soll die BV jährlich drei Milliarden Euro mehr an Honoraren einbringen (Lauterbach). Unterschiede in der Honorierung der Behandlung gesetzlich und privat Versicherter soll es dann nicht mehr geben, die Anpassung soll eher in Richtung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gehen. Die Pauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) würden zu wenige Anreize setzen, um sich intensiv um die Patienten zu kümmern.	Einheitliches Vergütungssystem. Das den Zahnärzten zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen soll nicht abgesenkt werden.	Einheitliches Vergütungssystem.	-	Ein rein privates Versicherungsmodell hätte zwangsläufig eine einheitliche Honorarordnung zur Folge. Es soll Einschnitte in der Zahnmedizin geben.

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft der KZVs. Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird gebildet von den KZVs Baden-Württemberg, Bayerns, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (im Januar 2013)
Broschüre: „Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand“



Andreas Holzmüller verabschiedet sich in den Ruhestand

Am 21. März war nun leider der letzte Arbeitstag unseres geschätzten Berufsschullehrers Andreas Holzmüller an der Beruflichen Schule in Schwerin.

Er erlernte zunächst den Beruf des Zahntechnikers und studierte dann Medizinpädagogik in Gera. Seit dem 1. September 1991 war Andreas Holzmüller als Berufsschullehrer an der Beruflichen Schule für Wirtschaft und Verwaltung in Schwerin tätig, in der er bis 2012 als Abteilungsleiter für den Bereich Gesundheit fungierte. Andreas Holzmüller hat sehr viele Jahre die Ausbildung der zahnmedizinischen Fachangestellten in Schwerin geprägt und ein umfangreiches Wissen insbesondere im Bereich der Prothetik und Werkstoffkunde vermittelt. Gleichzeitig war er im Prüfungsausschuss für die zahnmedizinische Fachangestellte in Schwerin aktiv und brach-

te sich insbesondere bei der Vorbereitung auf diese Prüfungen immer wieder mit seinen umfassenden Kenntnissen ein. Unermüdlich war er im Berufsbildungsausschuss tätig. Dort hat er sich kritisch und konstruktiv für ein hohes Niveau der Aus- und Fortbildung der zahnmedizinischen Fachangestellten im Land eingesetzt.

Stets war Andreas Holzmüller bemüht, dass Berufsbild der Zahnarzhelferin und der Zahnmedizinischen Fachangestellten aktiv mitzugestalten.

Lieber Andreas, wir danken Dir für die jahrelange sehr gute Zusammenarbeit und wünschen an dieser Stelle für die Zukunft Gesundheit und einen wohlverdienten Ruhestand.

**Mario Schreen, Referent ZAH/ZFA
im Vorstand der Zahnärztekammer**

Plädoyer für die sprechende Medizin Verständnis und Zuwendung wichtiger als moderne Geräte

Das Gefühl, beim Arzt gut aufgehoben zu sein und ernst genommen zu werden, ist Patienten wichtiger als eine moderne technische Ausstattung der Arztpraxis. Das geht aus einer repräsentativen Befragung des forsa-Instituts im Auftrag der IKK classic hervor. Demnach erwarten 95 Prozent der Befragten von ihrem Arzt, dass er sich Zeit nimmt, um alles verständlich zu erklären. 94 Prozent wünschen sich, dass der Arzt auf die Meinung des Patienten Rücksicht nimmt.

„Guter Service in der Arztpraxis wirkt als Qualitätsindikator“, fasst Peter Rupprecht von der IKK classic in Hamburg das Meinungsbild zusammen, „wird eine Praxis gut geführt, ziehen die Befragten offenbar daraus Schlüsse auf die Fachkompetenz des Arztes.“ Besonders wichtige Merkmale einer Arztpraxis sind in den Augen der Befragten freundliche Arzthelferinnen (89 Prozent), kurze Wartezeiten (87 Prozent) sowie eine angenehme Einrichtung und ein freundliches Ambiente (69 Prozent). Erst auf Platz fünf folgt die Forderung nach einer modernsten medizintechnischen Ausstattung (65 Prozent).

Die Geschlechter sind sich dabei jedoch nicht ganz einig: Für Frauen sind freundliches Entgegen-

kommen und der kurze Weg zur Praxis sehr wichtig. Männer dagegen würden auch weitere Wege in Kauf nehmen, wenn sie dafür eine medizintechnische Ausstattung auf modernstem Niveau anträfen.

Grundsätzlich zeigen sich die befragten Versicherten weitgehend zufrieden mit Service und Ambiente, die sie in Arztpraxen vorfinden. Auch fühlen sich 84 Prozent der Patienten vom Arzt ernst genommen. „82 Prozent haben die Erfahrung gemacht, dass der Arzt sich Zeit für sie nimmt und ihnen Diagnose und Therapie verständlich erklärt“, so Rupprecht.

Nur in einem Bereich klafft ein Unterschied von fast 20 Prozentpunkten zwischen Anspruch und Wirklichkeit: 82 Prozent der Interviewten wünschen sich, dass der Arzt die gesamte Behandlung koordiniert und begleitet. Nur 63 Prozent erfahren das auch in der Realität. Hier zeigt sich der Wunsch vom Patienten, einen Vertrauten mit Kompetenz an der Seite zu wissen, der ihn mit seinen Sorgen und Nöten nicht allein lässt.

Bei der Studie wurden 1.005 gesetzlich und privat Versicherte nach ihren Wünschen an das Gesundheitssystem befragt.

IKK classic

Generationen haben von ihr gelernt

Prof. em. Dr. Eva-Maria Sobkowiak zum 90. Geburtstag



Prof. em. Dr.
Eva-Maria Sobkowiak

Es ist kaum zu glauben, wie schnell die Zeit vergangen ist. Wenn man die Jubilarin heute erlebt, ist es beglückend und nachhaltig, ihre Lebensfreude, Energie, ihren Optimismus und Realitätssinn zu erleben.

Geboren wurde Eva-Maria Sobkowiak am 8. Juni 1923 in Lüththeen. Im Jahre 1955 legte sie das Staatsexamen an der Universität Rostock ab und nahm die Tätigkeit an der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Rostock auf.

Hier hat sie als Zahnärztin, Hochschullehrerin und Wissenschaftlerin bis zu ihrer Emeritierung im Jahre 1983 in harter, unermüdlicher Arbeit unter Einsatz ihrer Persönlichkeit die Abteilung für Konservierende Zahnheilkunde aufgebaut und beachtliche Erfolge in Lehre, Betreuung, Forschung sowie Fort- und Weiterbildung erzielt.

Von 1955 bis 1960 arbeitete sie als Oberärztin unter Prof. Matthäus Reinmöller und Prof. Oskar Herfert. Letzterer schreibt 1960 in einer Einschätzung über ihre Leistungen „...in intensiver Arbeit, allzu oft bis in die Nachtstunden, hat sie sich die für die Konservierende Zahnheilkunde notwendigen Vorlesungen erarbeitet, das Anschauungsmaterial (Diashammlung) geschaffen und führt seit 1958 die Vorlesungen und die sehr umfangreichen Übungen in der Konservierenden Abteilung in äußerster Pünktlichkeit und Disziplin durch.“

Zielstrebigkeit, Exaktheit, Ordnungsliebe, Arbeitsintensität und Pünktlichkeit waren immer charakteristische Merkmale von Eva-Maria Sobkowiak.

Die Abteilung für Konservierende Stomatologie leitete sie von 1960 bis zu ihrer Emeritierung 1983. 1965 habilitierte sie sich für das Fachgebiet Konservierende Stomatologie und Kinderzahnheilkunde. 1970 erfolgten die Berufung als Lehrstuhlinhaberin und die Ernennung zur Direktorin der damaligen Klinik und Poliklinik für Stomatologie der Universität Rostock. Sie hat Generationen von Zahnärztinnen und Zahnärzten mit ausgebildet. Unvergessen ist auch ihr Engagement bei der Einführung neuer Lehrmethoden für die praxisverbundene Ausbildung.

Prof. Dr. Sobkowiak schonte sich nicht und stellte stets hohe Anforderungen an sich und andere. Mit großer Weitsicht richtete sie 1973 die Abteilung für Kinderstomatologie an der Universitätsklinik ein. Die Jahre waren ausgefüllt mit großer wissenschaftlicher Aktivität in der klinischen und experimentellen Forschung, in der sie sich vor allem mit der Problematik der Füllungstherapie und Pulpaerkrankungen auseinandersetzte.

Der Name Sobkowiak ist auch verbunden mit umfangreichen Untersuchungen über die Kariesepidemiologie, über den Stoffwechsel des Pulpa-Dentin-Systems und die elektrische Längenmessung des Wurzelkanals sowie die konservative Therapie der Parodontitis apicalis.

Aus ihrer wissenschaftlichen Arbeit stammen mehr als 100 Publikationen, zwei Lehrbücher, 150 Vorträge, drei Dia-Reihen sowie zwei Lehrfilme. 45 Zahnärzte hat sie erfolgreich zur Promotion geführt, und drei ihrer ehemaligen Schüler habilitierten sich unter ihrer Leitung. Ihr Arbeitseifer, ihr Charme, ihre Eleganz sowie ihr Trachten nach Harmonie und Ausgeglichenheit sind bewundernswert.

Ihre Arbeit war stets gekennzeichnet von erfolgreichen Bemühungen, das Fachgebiet als Einheit und den Zusammenhalt aller Abteilungen der Klinik zu wahren. Große Aufmerksamkeit schenkte sie auch der Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen im In- und Ausland. Beachtlich waren ihre Aktivitäten als Leiterin vieler wissenschaftlicher Veranstaltungen. Ihre fachlichen Leistungen und menschlichen Qualitäten führten zu zahlreichen Berufungen in Fachgremien und zu hohen Auszeichnungen.

Nach der Emeritierung hat sich das Leben von Prof. Dr. Sobkowiak gewandelt. Im Vordergrund standen nicht mehr Forschung und Ausbildung. Nun hatte sie endlich mehr Zeit für die eigene Familie und für sich. Den Kontakt zur Klinik hat sie aber nie ganz abreißen lassen. Das klare Bekenntnis zum Erhalt der Rostocker Zahnklinik hat sie mit großer Erleichterung aufgenommen. Bedeutet es doch die Fortsetzung der erfolgreichen Arbeit auch ihrer traditionellen und sich wandelnden Wirkungsstätte.

So gratulieren wir der Jubilarin sehr herzlich zu ihrem Geburtstag und wünschen ihr weiterhin Gesundheit und Wohlergehen im Kreis ihrer Familie.

Prof. Dr. med. dent. habil. Eckhard Beetke
PD Dr. med. habil. Dieter Pahncke
Universität Rostock

Sicherheit durch Qualität

Abläufe durch Management klar geregelt

Das Qualitätsmanagement hat sich nach seiner Einführung 2007 einen positiven Weg in die Praxen geebnet. Bei fast allen Vertragszahnärzten ist die Umsetzung flächendeckend erfolgt. Das zeigt die Bilanz der Befragung aus den vergangenen zwei Jahren. Auch in diesem Jahr wird die KZV gemäß der Richtlinien den Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen QM stichprobenartig bei mindestens zwei Prozent aller niedergelassenen Zahnärzte überprüfen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss darüber berichten.

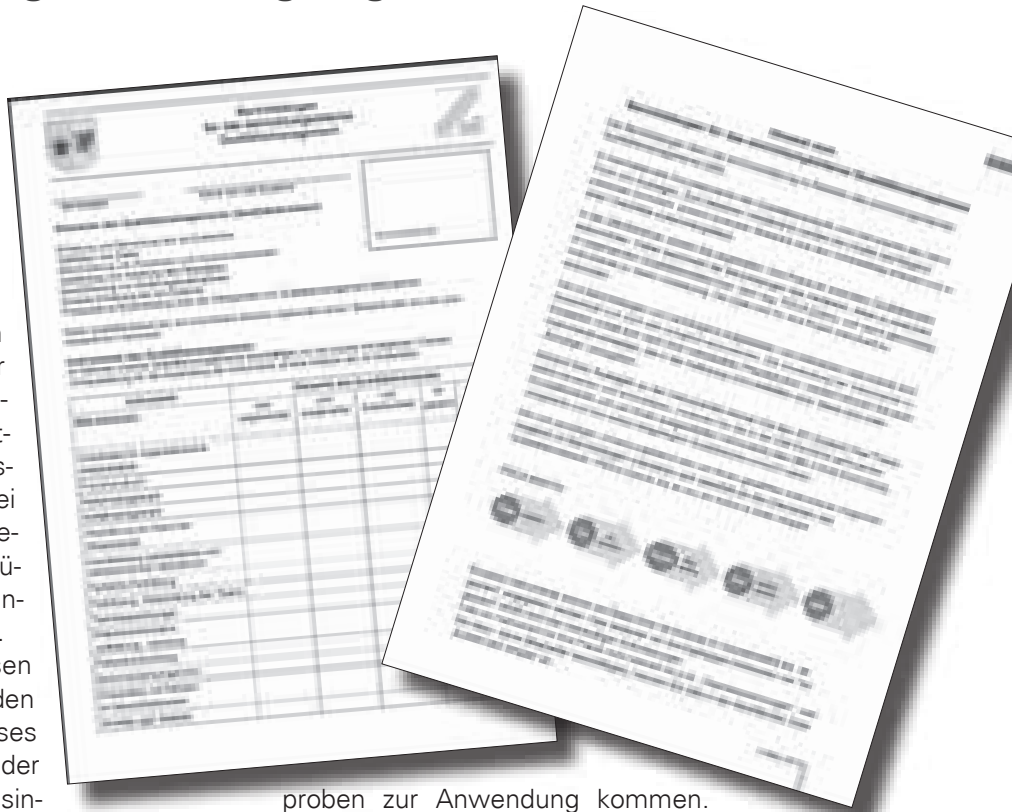
Aus den bisherigen Ergebnissen haben die KZVs und die KZBV den bisherigen Berichtsbogen für dieses Jahr aktualisiert. Dieser dient der Ist-Einschätzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und hilft, dessen Ziele individuell in der eigenen Praxis umzusetzen. Gleichzeitig wurde ein erläuterndes Glossar erstellt. Beide Dokumente sind dem Rundbrief Nr. 4 der KZV als Anlage beigefügt.

Der modifizierte und vereinfachte Bogen soll im dritten Quartal dieses Jahres erstmals bei den Stich-

proben zur Anwendung kommen.

Für die Praxen bleibt die Überprüfung kostenneutral und minimiert weiterhin den bürokratischen Aufwand.

Nähere Informationen und Rückfragen bei Susanne Michalski, Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Tel. 0385-54 92-182, E-Mail: susanne.michalski@kzvmv.de. **KZV**



eGK: Im Herbst geht es weiter

Zeitplanung der gematik für den Online-Rollout (Stufe 1)

Die Online-Tests der eGK gehen in die Sommerpause. Nach der Aufforderung zum verbindlichen Angebot an die Bieter Anfang Juni soll am 30. September der Zuschlag für den Aufbau und Betrieb der zentralen Telematik-Infrastruktur erfolgen. Für den Aufbau und Betrieb der Infrastruktur in je einer Testregion (Lose 1 und 2) ist der Zuschlag für den 11. November geplant. Für die Lieferung der Karten der Generation 2 – Heilberufsausweis (HBA), Institutionskarte (SMC-B) und Gerätekarten (SMC-K, SMC-KT) – erfolgt der Zuschlag am 7. Oktober. Spätestens zehn Monate nach Vergabe der

Lose 1 und 2 des Online-Rollout Stufe 1 soll gemäß Beschluss der Gesellschafterversammlung der gematik die Erprobung der Online-Prüfung der eGK in den Testregionen im September 2014 starten. Die Erprobung des Basis-Dienstes „Qualifizierte elektronische Signatur (QES)“ erfolgt in einer zweiten Projektphase, die gemäß Beschluss der Gesellschafterversammlung spätestens zehn Monate nach Erprobungsbeginn der Online-Prüfung der eGK starten muss. Ausgehend von einem Zuschlag am 11. November 2013 würde diese Phase damit im Juli 2015 beginnen. **KZV**

Fortbildung im August und September

13./14. September *Seminar Nr. 2*
Curriculum Funktionslehre kompakt – Modul 4
KIEFER-Orthopädie und Orthopädie – wie passt das zusammen?
Prof. Dr. Stefan Kopp
Dr. Gernot Plato
13. September 14–19.30 Uhr,
14. September 9–17 Uhr
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Heinrich-Hammer-Institut
Westring 496
24106 Kiel
Seminargebühr: 500 €
19 Punkte

23./24. August *Seminar Nr. 5*
Curriculum Zahnärztliche Hypnose Z 4
Anwendung der zahnärztlichen Hypnose I
Dr. Horst Freigang
23. August 14–20 Uhr,
24. August 9–18 Uhr
IBIS Hotel
Warnowufer 42/43
18057 Rostock
Seminargebühr: 300 €
19 Punkte

27./28. September *Seminar Nr. 6*
Curriculum Zahnärztliche Hypnose Z 5
Anwendung der zahnärztlichen Hypnose II (NLP II)
Dr. Wolfgang Kuwatsch
27. September 14–20 Uhr,
28. September 9–18 Uhr
IBIS Hotel; Warnowufer 42/43
18057 Rostock
Seminargebühr: 300 €
19 Punkte

28. August *Seminar Nr. 8*
Arbeitsrecht in der zahnärztlichen Praxis
Rechtsanwalt Peter Ihle
14.30–17.30 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminargebühr: 100 €
4 Punkte

14. September *Seminar Nr. 9*
Grundlagen der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) mit Bezug zur Zahnheilkunde
Dr. rer.-pol. Ralf Kleinow
10–15 Uhr
Radisson Blue Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminargebühr: 150 €
7 Punkte

14. September *Seminar Nr. 31*
Das 1x1 der supragingivalen Zahnsteinentfernung für ZFAs
DH Christine Deckert
DH Sabrina Bone-Winkel
9–16 Uhr

Zahnarztpraxis Mario Schreen
Mühlenstraße 38
19205 Gadebusch
Seminargebühr: 350 €

18. September *Seminar Nr. 10*
Erkrankungen der Mundschleimhaut – ein schwieriges Gebiet?
Prof. Dr. Dr. Hans-Robert Metelmann
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick,
Dr. Stefan Pietschmann
15–19 Uhr
ZAP Dr. Stefan Pietschmann
Olaf-Palme-Platz 2
18439 Stralsund
Seminargebühr: 220 €
5 Punkte

20. September *Seminar Nr. 11*
Pyogene odontogene Weichteil- und Knocheninfektionen – Medikamentenassoziierte Kiefernekrosen
Priv.-Doz. Dr. med. Jörn-Uwe Piesold
15–18 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald
Seminargebühr: 100 €
4 Punkte

20. September *Seminar Nr. 32*
Generation 60+ – Neue Anforderungen an die Zahnarztpraxis, insbesondere an die ZFA
DH Christine Deckert

DH Sabrina Bone-Winkel
14–18 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminargebühr: 105 €

21. September *Seminar Nr. 12*
Ganz nah am Kind – Kinder in der Zahnarzt-Praxis
Sybille von Os-Fingberg
9–16.30 Uhr
Radisson Blue Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminargebühr: 200 €
9 Punkte

27. September *Seminar Nr. 13*
Zahntechnische Abrechnung Warm Up
Stefan Sander
14–19.30 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminargebühr: 170 €
7 Punkte

28. September *Seminar Nr. 33*
Prophylaxe – Ein Muss in jeder Praxis
Astrid Marchewski
Birgit Bottcher
9–16 Uhr
Zahnarztpraxis Holger Thun
Steinstraße 11
19053 Schwerin
Seminargebühr: 315 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0 385-5 91 08 13 und Fax: 0 385-5 91 08 23 zu erreichen.
Bitte beachten Sie: Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter www.zaekmv.de – Stichwort Fortbildung)

Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

Punkte: 3

Referent: Andreas Holz, KZV M-V

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

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

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

Tabellenkalkulation

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

Wann: 12. Juni, 16–19 Uhr, Schwerin

Zahnarztpraxis online

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

Wann: 4. September, 15–18 Uhr, Schwerin

Bei diesem Seminar wird den Teilnehmern kein PC zur Verfügung stehen.

Textverarbeitung mit Word 2007

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

Wann: 11. September, 16–19 Uhr, Schwerin

BEMA-Abrechnung: Endodontie, Individualprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen und Abrechnung von ZE-Festzuschüssen

Punkte: 4

Referenten: Andrea Mauritz, Abt.-litr. Kons./

Chir. KZV M-V; Heidrun Göcks, Abt.-litr. Prothetik KZV M-V; Susann Prochnow, Abteilung Kons./Chir. KZV M-V

Inhalt: Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH- und ZE-Leistungen, gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen – Wann bezahlt die Krankenkasse; Mehrkostenregelung in der Füllungstherapie; zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige; Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Besonderheiten bei Kassen- und Behandlerwechsel des Patienten; ZE-Festzuschüsse; Aktuelles aus der Abrechnung

Wann: 9. Oktober, 15–19 Uhr, Rostock

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin;

Ansprechpartnerin: Antje Peters, E-Mail:

mitgliederwesen@kzvmv.de, Telefon: 0385-54 92 131 oder Fax: 0385-54 92 498

KZV

Ich melde mich an zum Seminar:

- Tabellenkalkulation am 12. Juni, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Zahnarztpraxis online am 4. September, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2007 am 11. September, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Schulung am 9. Oktober, 15 bis 19 Uhr, Rostock

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Kommentar

Mit Dr. King Schultz zum Oscar

*E*n gewisser Dr. King Schultz, Zahnarzt aus Düsseldorf, tourt im oscargekrönten Spielfilm „Django Unchained“ mit Pferd Fritz und einem Holzwagen mit riesigem Zahn auf dem Dach durch Amerika. Eine perfekte Maskerade, denn seinen eigentlichen Beruf hat er getarnt. Tatsächlich betreibt Mr. Schultz ein florierendes Geschäft als Kopfgeldjäger. Die höflichen Umgangsformen allerdings legt er dafür nicht ab.

Zahnarzt Dr. King Schulz – alias Christoph Waltz – hat den wichtigsten Filmpreis in der Kategorie Bester Nebendarsteller, den Oscar, erhalten, obwohl er eigentlich eine Hauptrolle spielt. Waltz hatte in seiner „Nebenrolle“ mehr Leinwandzeit als die meisten der nominierten Hauptdarsteller in ihren Filmen.

Christoph Waltz als Zahnarzt im Wilden Westen? Ja. Passt. Er trägt den Film von Anfang bis Ende und zaubert mit seiner Wortgewandtheit viele Lacher. Deutlich wird, dass das Image von Zahnärzten in der öffentlichen Wahrnehmung gar

nicht schlecht ist. Während Medien selten auf der Seite der bohrenden Zunft stehen, sondern sich vielmehr traditionell dem sogenannten „kleinen Mann“ zuwenden, weiß man in der Filmbranche sehr genau, welche Attribute den Mann im weißen Kittel kleiden. Denn: Zahnarzt ist ein seriöser Beruf. Wer Zahnarzt ist, dem vertraut man. Zahnärzte sind Menschen, die sich nicht im Ton vergreifen, deren Wort etwas gilt. Er kann sich auf jedem Parkett bewegen und ist moralisch sauber. Selbst dann, wenn er einen sagen wir mal nicht ganz so ethisch vertretbaren Job macht.

So kommen in Filmen gern Protagonisten als Zahnärzte daher und verkörpern genau das, was in der täglichen journalistischen Arbeit von und mit Zahnärzten so schwierig zu vermitteln ist. Verlässlichkeit. Souveränität. Genauigkeit. Ein Bild, das es in den Köpfen der Filmmacher offensichtlich gibt. Ein Bild, das es in der Gesellschaft und damit bei den Patienten gibt. Ein Bild, das es in den Medien so noch nicht gibt. Aber vielleicht bald.

Kerstin Abeln

Nachweis der Fortbildung

Ablauf des Fünfjahreszeitraumes im kommenden Sommer

Jeder Vertragszahnarzt, jeder ermächtigte Zahnarzt und jeder angestellte Zahnarzt hat nach fünfjähriger vertragszahnärztlicher Tätigkeit gegenüber der KZV M-V den Nachweis von 125 Fortbildungspunkten zu erbringen. Den Fortbildungsnachweis für den beim Vertragszahnarzt angestellten Zahnarzt hat der anstellende Vertragszahnarzt zu führen.

Für Vorbereitungs-, Entlastungs- und Weiterbildungsassistenten besteht keine Nachweispflicht der von ihnen besuchten Fortbildungen.

Bis spätestens 30. Juni nächsten Jahres haben 1061 Zahnärztinnen und Zahnärzte den Nachweis ihrer fachlichen Fortbildung gegenüber der KZV M-V zu führen. Nach Erreichen der Mindestpunktzahl

von 125 Fortbildungspunkten können bereits jetzt Fortbildungsnachweise bei der KZV M-V eingereicht werden.

Zu beachten ist, dass ein Vertragszahnarzt, der seinen eigenen Fortbildungsnachweis bzw. den Fortbildungsnachweis für seinen angestellten Zahnarzt nicht oder nicht vollständig erbringt, mit Honorarkürzungen rechnen muss. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine spätere Rückzahlung dieses einbehaltenen Honorars nicht möglich ist.

Weitere Auskünfte zum persönlichen Fortbildungszeitraum und zum Nachweis der fachlichen Fortbildung: Antje Peters (Tel.: 0385-54 92-131).

KZV

Eckwerte Bundeshaushalt 2014

Bundeszuspruch Gesundheitsfonds

Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds beläuft sich im Jahr 2014 auf 10,5 Mrd. Euro und in den Finanzplanjahren 2015 bis 2017 auf jeweils 14 Mrd. Euro. Der Bundeszuschuss liegt damit im Jahr 2014 um 3,5 Mrd. Euro unter dem bislang geltenden Finanzplan. Angesichts der Einnahmeentwicklung des Gesundheitsfonds und der dort aufgebauten Rücklage ist diese Absenkung möglich, ohne dass hierdurch die Zahlungsverpflichtungen des Gesundheitsfonds im Finanzplanzeitraum beeinträchtigt würden. Diese Maßnahme führt damit zu keinen zusätzlichen Belastungen für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bundeshaushalt 2014 – Ausgaben	Soll 2013 in Mio. €	Eckwerte 2014 in Mio. €	Veränderung in Prozent
Bundesministerium für Gesundheit	11 986,86	11 090,64	-7,5

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 Vorbereitungsassistenten/Entlastungsassistenten/angestellten Zahnarzt; Praxisabgabe; Praxisübernahme; Übernahme von Praxisvertretung.

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am **18. September** (*Annahmestopp von Anträgen: 28. August*) 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 M-V, 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 und demnach auch nicht entschieden.

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.

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Anstellung von Ulrike Blum in der Praxis Dr. med. dent. Torsten Banhardt am Vertragszahnarztsitz 18236 Kröpelin, Wismarsche Straße 4, endete am 10. April.

Ruhen der Zulassung

Die Zulassung von Dr. med. Ilona Wirth für den Vertragszahnarztsitz 17367 Eggesin, Clara-Zetkin-Straße 10, ruht vom 1. Juni bis 31. Dezember. **KZV**

CAD/CAM in der zahnärztlichen Praxis

Was gibt es – was kommt – was ist nicht mehr wegzudenken

Die CAD/CAM-Technologie bietet der modernen Zahnheilkunde zahlreiche Möglichkeiten, die für die optimale Versorgung unserer Patienten kaum noch wegzudenken sind. Weder auf die Werkstoffe, die nur mittels CAD/CAM-Technik zu verarbeiten sind, oder auf Fertigungstechniken, die für eine bestmögliche Materialqualität sorgen, noch auf die Alternativen und das Potenzial rund um die implantatprothetische Versorgung – um nur einige Beispiele zu nennen – wird man gerne verzichten wollen, wenn man erst einmal angefangen hat, sie zu nutzen.

Chairside-Fertigung von Einzelzahnrestorationen

Seit nunmehr fast drei Jahrzehnten gibt es die Chairside-Fertigung von Restaurationen mit dem CEREC-System (Sirona). Klinische Studiendaten liegen mittlerweile für einen Zeitraum von über 20 Jahren vor und belegen den klinischen Erfolg¹⁻⁵. Ein alternatives, deutlich jüngeres System ist das amerikanische E4D Dentist (D4D Technologies), welches jedoch in Europa bislang nur in den skandinavischen Ländern vertrieben wird. Auf der diesjährigen IDS (Internationalen Dental Schau, <http://www.ids-cologne.de>) in Köln wurde zudem der PlanScan (Planmeca) als Messeneuheit vorgestellt, welcher sowohl in den Behandlungsstuhl integriert als auch mobil (Cart) erhältlich ist. Anders als das deutsche und das amerikanische System handelt es sich bei dieser Möglichkeit zur intraoralen Digitalisierung um ein offenes, mit einer Schnittstelle zu verschiedenen CAD/CAM-Systemen ausgestattetes Verfahren.

Für Patienten bietet die Versorgung in nur einer Sitzung einen Vorteil. Durch die intraorale Digitalisierung kann auf Abformmaterial und die nachfolgende Meistermodellerstellung sowie durch das Einsetzen am selben Tag auf ein Provisorium verzichtet werden. Immer dann also, wenn der Wunsch nach einer zahnfarbenen Restauration an nur einem Termin besteht, ist ein Chairside-CAD/CAM-System unverzichtbar. Die Anwendung ist jedoch auf Einzelzahnrestorationen beschränkt. Für alle mehrgliedrigen Versorgung ist weiterhin der Weg über ein zahntechnisches Labor oder ein Fertigungszentrum notwendig.

Der Schlüssel zur virtuellen Welt: die Digitalisierung

Wenn CAD/CAM-Technologie oder dreidimensionale Implantatplanung zum Einsatz kommen sollen, ist der erste Schritt stets die Digitalisierung⁶⁻⁹. Sie kann intraoral oder extraoral erfolgen. Für die intraorale Datenerfassung stehen vier Technologien zur Auswahl:

- Weißlicht-Streifenprojektionsverfahren (analog der extraoralen Digitalisierung)
- Active Wavefront Sampling (AWS)
- Hochgeschwindigkeits-Videosequenzaufnahmen

• Konfokale Mikroskopie

Während ältere Verfahren noch eine vollständige Mattierung der zu versorgenden Zähne und ihrer Nachbarn mit speziellen Pudern erfordern (Abb. 1), benötigen die nachfolgenden Generationen nur noch ein leichtes Bestäuben der Zähne. Das Puder dient dabei der Mustererkennung für das zumeist in Echtzeit erfolgende Zusammensetzen der Einzelaufnahmen. Die Systeme der jüngsten Generation erfordern kein Mattieren mehr und liefern zusätzlich Farbinformationen der digitalisierten Strukturen. Allerdings wird für manche puderfreien Systeme dennoch ein leichtes Bepudern empfohlen, um die Präzision des Gesamtbildes zu erhöhen.

Auf der diesjährigen IDS wurden zahlreiche Kame-

Abb. 1: Titanoxidpuder zur Mattierung der transluzenten Zähne muss gleichmäßig und flächendeckend aufgetragen werden. Bei dem hier gezeigten Negativbeispiel kommt es im digitalen Datensatz zu Streupunkten in den nicht vollständig bedeckten Bereichen.

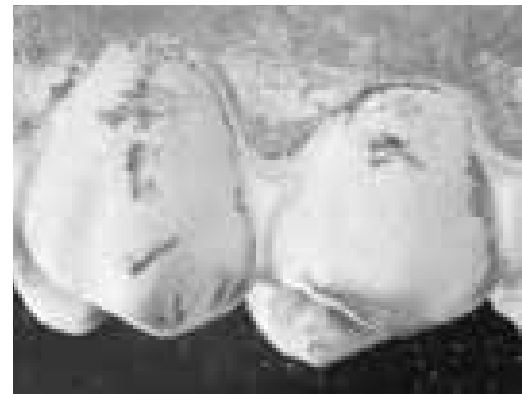


Abb. 2: Messaufbau aus Projektor- und Detektoreinheit, die in einem definierten Abstand zu einander stehen. Das Modell kann auf einem großen und einem kleinen Messtisch rotiert werden, um einen vollständigen Messdatensatz ohne Abschattungen zu erhalten.



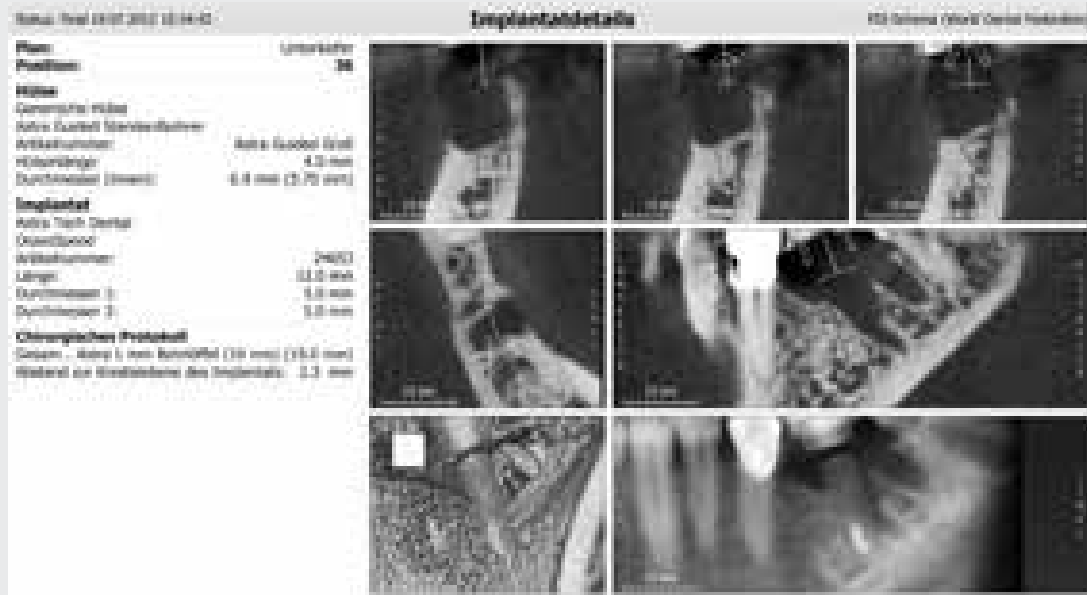


Abb. 3: Optimale Nutzung des ortständigen Knochens reduziert den Augmentationsbedarf und damit Risiken. Die Lagebeziehung benachbarter anatomischer Strukturen kann eindeutig nachvollzogen werden.

ras für die intraorale Digitalisierung vorgestellt, die zum Teil an einen beliebigen Laptop angeschlossen werden können. Knackpunkt ist bei allen Verfahren das Zusammensetzen der Einzelaufnahmen zum Gesamtbild. Da durch das begrenzte Platzangebot in der Mundhöhle die Kameragröße zwangsläufig limitiert wird, ist ein solches Matching unvermeidlich. Mittlere Abweichungen von ca. 85 µm für eine Gesamtkieferdigitalisierung werden – sehr ehrlich – von manchen Entwicklern für Systeme, die auf konfokaler Mikroskopie beruhen, angegeben. Häufig sind diese Angaben jedoch ein wohlgehütetes Betriebsgeheimnis. Fakt ist, dass mit zunehmender Größe des digitalisierten Bereiches der Gesamtfehler zwangsläufig steigt, jedoch bei Einzelzahnversorgungen und drei- bis viergliedrigen Restaurationen bei den etablierten Verfahren unkritisch ist¹⁰. In jedem Fall ist der maximalen vom jeweiligen Anbieter freigegebenen Spanne Beachtung zu schenken.

Anfang des letzten Jahres wurde die internationale Norm ISO EN DIN 12836 „Prüfverfahren für CAD/CAM Digitalisiergeräte“ (2012) veröffentlicht. Mit ihr wurde erstmals eine Grundlage für die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Systeme zur 3D-Datenerfassung geschaffen^{11, 12}. Sie beschreibt Prüfverfahren zur Beurteilung der Genauigkeit und Vergleichspräzision von Digitalisiergeräten für CAD/CAM-Systeme für indirekte dentale Restaurationen, die der intra- und extraoralen Erfassung von Oberflächen dienen und gilt für Hart- und Weichgewebe und Komponenten von Dentalimplantatsystemen sowie allen Modellen davon. Die Norm legt fest, dass die ermittelte Genauigkeit in der Gebrauchsanweisung eines 3D-Datenerfassungssystems

Abb. 4: Eine CAD/CAM gefertigte Bohrschablone ermöglicht eine exakte Übertragung der computergestützten 3D-Planung. Voraussetzung ist, dass sich die Schiene intraoral exakt und eindeutig positionieren lässt. Eine Skelettierung der Schiene gewährt den intraoperativen Überblick.

WISSENSCHAFT

angegeben werden muss. Auf diese Angaben nach Norm sollte man also achten, da sie, sofern vorhanden, Aufschluss über die Präzision des Digitalisierungssystems geben. Ebenfalls hilfreich kann die Verständigungsnorm DIN 13995 „Zahnheilkunde – Terminologie der Prozesskette für CAD/CAM-Systeme (2010)“ sein, nach der die in Produktbeschreibungen und Gebrauchsanweisungen durchaus unterschied-

lichen Begriffe und Bezeichnungen für die einzelnen Systemteile und Prozessschritte einheitlich benannt werden¹³.

Insgesamt ist die Entwicklung im Bereich der intraoralen Digitalisierung erfreulich, doch gleichzeitig trennen sich namhafte Anbieter aus wirtschaftlichen Gründen wieder von ihren Intraoralsystemen. Speziell dieser Bereich der CAD/CAM-Technologie bleibt in der nahen Zukunft also spannend.

Extraorale Digitalisierung

Der Nachteil gegenüber der intraoralen Digitalisierung liegt auf der Hand: Für die extraorale Digitalisierung wird mindestens eine Abformung und zumeist ein daraus resultierendes Meistermodell benötigt. Die optischen Verfahren bestehen zumeist aus einer Projektor- und einer Detektoreinheit und unterscheiden sich durch die Anzahl der rotatorischen und translatorischen Achsen (Abb. 2). Auch die Lichtquellen der Systeme sind verschieden. Zum Einsatz kommen:

- Weißlicht-Streifenprojektionsverfahren
- Projektion von Spektralfarben
- Laser unterschiedlicher Farben und Wellenlängen.

Untersuchungen der Klinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Ulm zeigten, dass sowohl zahlreiche extraorale Digitalisierverfahren als auch digitalisierbare Abformmaterialien eine ausgezeichnete Präzision aufweisen. Die mittleren Abweichungen lagen in den Analysen von Einzelstümpfen bei 15 µm, häufig sogar unter 10 µm, womit die Grenzen des angewendeten Analyseverfahrens ausge-



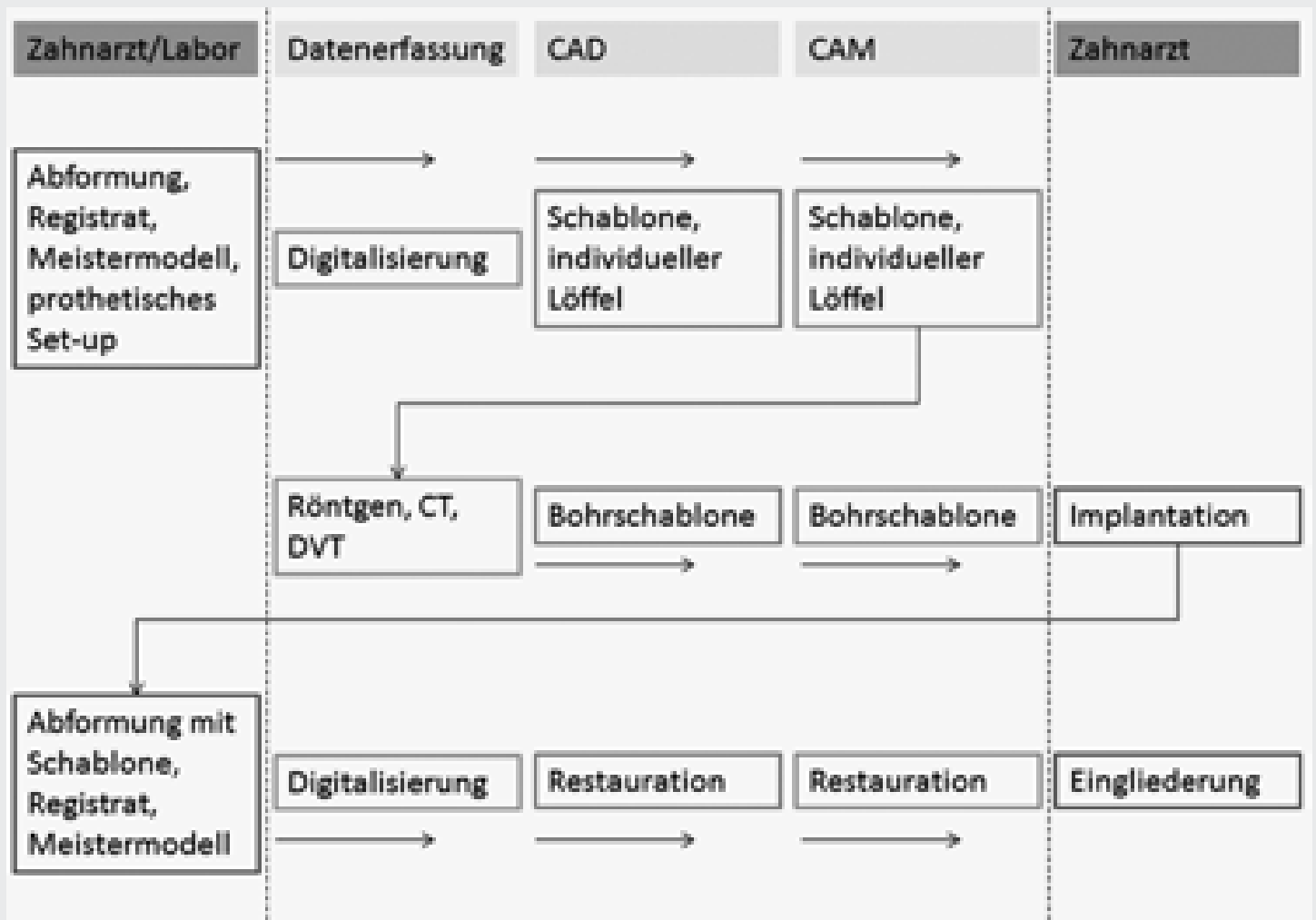


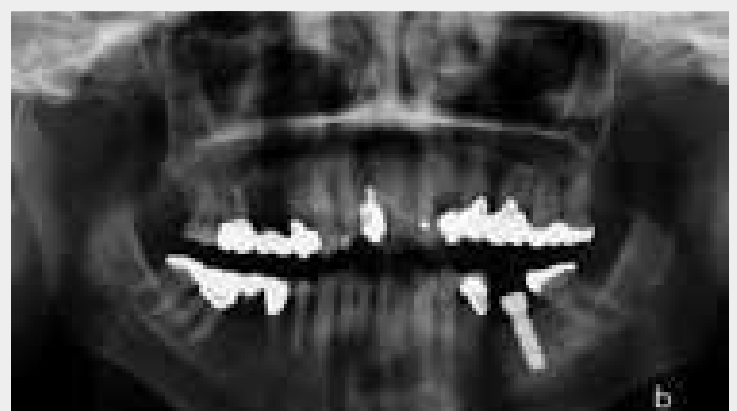
Abb. 5: Schematische Darstellung der Abläufe im Rahmen der computergestützten Implantologie und prothetischen CAD/CAM-gefertigten Versorgung

schöpft wurden. Auch für die extraorale Digitalisierung gilt eine Grundregel der Messtechnik, nach der mit steigender Messfeldgröße auch die Messunsicherheit wächst. Abweichungen bei einer Ganzkieferaufnahme sind also zwangsläufig größer als die für Einzelstümpfe bestimmten Differenzen. Im Vergleich zur intraoralen Digitalisierung empfiehlt sich vor dem Hintergrund der erreichbaren Präzision bei

einer Ganzkieferdigitalisierung oder einer Digitalisierung für größere, fünf- und mehrgliedrige Restaurationen bislang die extraorale Datenerfassung vom Meistermodell.

Ebenfalls eine hohe Präzision zeigt die mechanische extraorale Digitalisierung, die jedoch weit seltener zum Einsatz kommt als die berührungslos-optischen Verfahren¹⁴.

Abb. 6: Orthopantomogramm zur gezeigten dreidimensionalen Planung in Abb. 3 (Prof. R. Luthardt). Bild 6a zeigt die Situation vor Entfernung des nicht erhaltungsfähigen Zahnes 36, Bild 6b den Zustand 3 Monate nach Implantation.



Weitere Möglichkeiten der digitalen Datenerfassung

Bei der dreidimensionalen Therapieplanung kommt ein bildgebendes Tomographie-Verfahren unter Nutzung von Röntgenstrahlen, das DVT, zum Einsatz. Die **Dentale VolumenTomographie** unterscheidet sich technisch von der klassischen Computertomographie (CT) durch den Einsatz eines dreidimensionalen Nutzstrahlenbündels sowie eines zweidimensionalen Bildrezeptors. Im englischsprachigen Raum ist die Bezeichnung ‚cone-beam CT‘ (CBCT) üblich. Die Daten können zusätzlich mit Gesichtsscandaten im Rahmen der kieferorthopädischen Diagnostik verknüpft werden.

Die 3D-Daten können in der Endodontie, Parodontologie und der chirurgischen Zahnheilkunde zum Einsatz kommen, sind jedoch für die Kariesdiagnostik, insbesondere bei der Beurteilung der Approximalräume, kaum geeignet¹⁵.

Die Visualisierung des quantitativen und qualitativen Knochenangebotes für implantatgestützten Zahnersatz ermöglicht die virtuelle Planung (Abb. 3)¹⁶. Für Patienten von Vorteil ist vor allem die optimale Ausnutzung des vorhandenen Knochenangebotes, gegebenenfalls durch bewusste Angulierung des Implantates. Der Winkel des Implantates kann durch ein entsprechend anguliertes Abutment ausgeglichen und Maßnahmen zum Knochenersatz und -wiederaufbau vermieden werden. Die Belastung des Patienten durch den operativen Eingriff sinkt, während gleichzeitig das Implantatverlustrisiko durch augmentative Maßnahmen minimiert wird.

Die DVT-Daten können mit der Konstruktions-Software von CAD/CAM-Systemen verknüpft werden, um Bohrschablonen (Abb. 4), Langzeitprovisorien oder definitiven Zahnersatz zu generieren. Es ist also möglich, die implantologische mit der prothetischen Therapieplanung zu kombinieren (Abb. 5).

Der erhöhte Aufwand bei der Planung und Vorbereitung im Rahmen der implantatprothetischen Versorgung wird durch die erzielbaren Ergebnisse aufgewogen (Abb. 6). Vor allem bei komplexen Fällen wird durch die 3D-Information das notwendige Maß an Sicherheit geschaffen.

CAD/CAM-gefertigte individuelle Abutments

Der Einsatz von individuellen Implantatabutments ermöglicht zum einen, die computergestützte Planung konsequent weiterzuführen und zum anderen ausgezeichnete ästhetische Behandlungsergebnisse. Im Seitenzahngebiet ist Titan das Material der Wahl. Die individuelle Gestaltung sorgt für die optimale Unterstützung des Weichgewebes (Abb. 7).

Auch in schwierigen Situationen kann mit individuellen Implantat-Abutments ein befriedigendes Behandlungsergebnis erzielt werden (Abb. 8).

Im Frontzahnbereich ist Zirkoniumdioxidkeramik als Abutmentmaterial auch aus ästhetischen Gründen von Vorteil. Ein dunkles, graues Durchschimmern bei dünnem vestibulären Knochen und Weichgewebe kann so vermieden werden. Da gehobene ästhetische Ansprüche zumeist zu einer vollkeramischen Restauration führen, muss die „Keine scharfen Kanten“-Regel unbedingt beachtet werden. Während das Abutment selbst aufgrund der eingehaltenen Mindestmaterialstärke nicht gefährdet ist, steigt das Frakturrisiko für die vollkeramische Restauration deutlich an (Abb. 9).



Abb. 7: Computergestützte Planung von individuellen Abutments (a). Bild 7b zeigt die Überlagerung mit dem Wax-up für die optimale Positionierung der Abutments. Die Software warnt, falls Mindestmaterialstärken unterschritten werden oder fertigungstechnische Probleme bestehen.

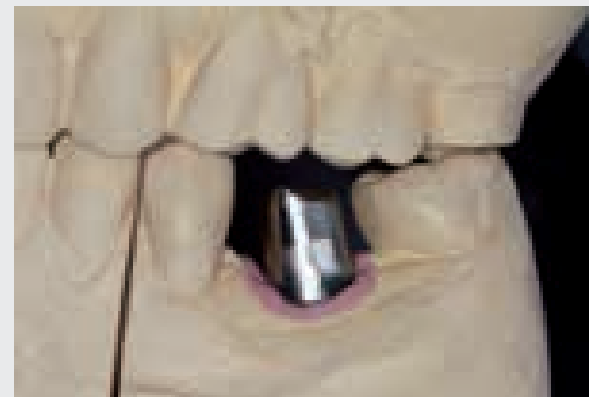


Abb. 8: Der Einsatz von individuellen und falls erforderlich angulierten Abutments ermöglicht den Verzicht auf aufwändige augmentative Maßnahmen. Die Abbildung zeigt den in den Bildern 3 und 6 vorgestellten Fall von Prof. R. Luthardt.

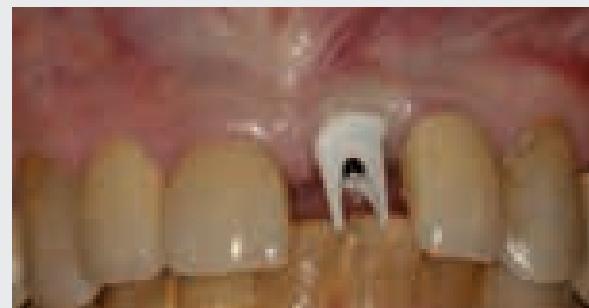


Abb. 9: Nach wenigen Monaten frakturierte die vollkeramische Restauration auf diesem Zirkoniumdioxid-Abutment. Spannungsspitzen im Bereich scharfer Kanten stellen ein hohes Risiko für Frakturen dar.

Erweitertes Materialangebot

Ästhetische zahnfarbene Restaurationen von großer Langlebigkeit sind ein wichtiger Bestandteil unseres Behandlungsspektrums. Ein ganz besonders leistungsfähiges Material ist hierfür die dichtgesinterte Zirkoniumdioxidkeramik, oft vereinfachend Zirkon genannt. Die Be- und Verarbeitung dieser Hochleistungskeramik ist ausschließlich mittels CAD/CAM-Technologie möglich. Von allen dentalen Keramiken weist sie die mit Abstand höchste Biegebruchfestigkeit von mehr als 1000 MPa auf und ist dadurch für den Seitenzahnbereich und mehrgliedrige Restaurationen uneingeschränkt geeignet – auch dort, wo das Frakturrisiko für eine glaskeramische Versorgung viel zu hoch wäre.

Eine weitere Besonderheit dieses Materials ist sein sogenannter „Selbstheilungseffekt“. Durch die ständig wechselnde Belastung im feuchten Milieu der Mundhöhle altern die eingegliederten Werkstoffe. Im Falle von Keramik breiten sich dabei Risse, die von oberflächlichen kleinsten Defekten ausgehen, trotz unterkritischer Belastung in die Tiefe aus. Die Energie an der Risspitze bewirkt jedoch eine Phasenumwandlung in der Zirkoniumdioxidkeramik. Waren die Elemente zuvor in einer tetragonalen Raumgitterstruktur stabilisiert, wandeln sich diese als Folge des Risswachstums in die monokline Phase um. Diese dem martensitischen Stahl ähnliche Transformation geht mit einer Volumenzunahme einher – der Riss wird durch den Gegendruck an der weiteren Ausbreitung gehindert. Die Mindestgerüststärke, die für Versorgungen mit Zirkoniumdioxid erforderlich ist, gleicht den Anforderungen an eine metallkeramische Versorgung. Unverblendet sind 0,3 bis 0,4 mm ausreichend, wodurch ein hohes Maß an Zahnhartsubstanz-erhalt gewährleistet werden kann. Zum Vergleich: Die Mindestschichtstärke bei einer glaskeramischen Versorgung beträgt 1,0 bis 1,2 mm. Im ästhetisch nicht relevanten Bereich kann zur Substanzschonung auf die Verblendung des Zirkoniumdioxidgerüsts mit glaskeramischen Massen vollständig verzichtet werden, da eine Politur der Gerüstoberfläche vollständig ausreichend ist. Für ein gutes ästhetisches Ergebnis empfiehlt sich in solchen Fällen der Einsatz von gefärbten Gerüsten. Der Verbund zwischen Gerüst- und Verblendkeramik war Gegenstand zahlreicher klinischer Untersuchungen. Wie auch vor Jahren bei metallkeramischen Restaurationen zeichnet sich hier eine positive Lernkurve ab. Für den Langzeiterfolg sind vier Faktoren von besonderer Bedeutung:

- bereits bei der Präparation sind scharfe Kanten und Übergänge unbedingt zu vermeiden
- die statische und dynamische Okklusion muss bei der Eingliederung sorgfältig überprüft und gegebenenfalls in einem Folgetermin nochmals kontrolliert werden
- es sollten möglichst individuell verstärkte Gerüste

verwendet werden, die eine maximale Schichtstärke der Verblendkeramik von 2 mm sicherstellen (Abb. 10)

- die Verblendkeramik muss vom WAK her, dem Wärmeausdehnungskoeffizienten, auf die Gerüstkeramik abgestimmt sein.

Hybridkeramik und Nanokomposit

Die jüngsten Materialentwicklungen für die CAD/CAM-Verarbeitung sind zum einen die Hybridkeramik VITA ENAMIC (VITA Zahnfabrik) und Resin-Nanokeramik Lava Ultimate (3M ESPE). Die Hybridkeramik-Blöcke eignen sich nicht nur für die Fertigung klassischer Inlays, Onlays und Veneers und Kronen im Front- und Seitenzahnbereich, sondern auch für minimalinvasive Restaurationen wie „Non-Prep-Veneers“ bzw. Versorgungen bei reduziertem Platzangebot. Das keramische Netzwerk wird von einem Polymernetzwerk verstärkt und durchdrungen. Die duale Keramik-Polymer-Netzwerkstruktur soll die positiven Eigenschaften von Keramik- und Kompositmaterial vereinen, weniger spröde als reine Glaskeramik sein und abrasionsfester als traditionelle Kompositmaterialien. Die Hybridkeramik verfügt bereits über ihre Endfestigkeit und kann direkt nach dem Schleifen eingesetzt werden, da sie nicht nachbehandelt werden muss. Die Resin-Nanokeramik Lava Ultimate besteht zu fast 80 Prozent aus Nanokeramik-Komponenten (Zirkoniumoxid- und Siliziumoxid-Nanopartikel), die in eine hoch vernetzte polymere Matrix eingebunden sind. Das Material weist eine dentinähnliche Elastizität, eine vergleichsweise hohe Biegefestigkeit, eine



Abb. 10: Das individuell verstärkte Gerüst aus Zirkoniumdioxidkeramik auf einem Implantat (Regio 36) sorgt für die notwendige Unterstützung der Verblendkeramik und verhindert Frakturen (Behandlungsfall und Fotos von Prof. R. Luthardt)

geringere Sprödigkeit als Glaskeramik und eine hohe Resilienz auf. Lava Ultimate wird vom Hersteller für Veneers, Inlays, Onlays und Kronen und aufgrund der stoßdämpfenden Eigenschaften vor allem für implantatunterstützte Kronen empfohlen. Im Gegensatz zur Hybridkeramik wird die Resin-Nanokeramik nicht mit Flusssäure geätzt sondern nur sandgestrahlt und entfettet. Es kann unmittelbar nach der CAD/CAM-Fertigung und Politur eingesetzt werden. Beide neuen Materialien sind für die Chairside-Anwendung (mit Cerec/inLab, Sirona) bestimmt.

Fertigungsverfahren: HSC-Fräsen und Rapid Prototyping

Das wohl bekannteste Verfahren für CAM, die computergestützte Fertigung, ist das HSC-Fräsen (High speed contouring), das von den unterschiedlich großen Schleifeinheiten verwendet wird. Neben Materialien, die der Gusstechnik oder dem Heißpressverfahren gar nicht zugänglich sind, ist das Fräsen oder Schleifen vor allem für gusstechnisch schwierige, fehleranfällige Materialien von Vorteil (Titan, edelmetallfreie Legierungen – EMF), da mit unter industriellen Bedingungen hergestellten Rohlingen gearbeitet werden kann. Diese Art der Bearbeitung führt nicht nur zum Erhalt der bestmöglichen Materialeigenschaften, sondern ist häufig auch kostengünstiger als die Anwendung konventioneller Herstellungsverfahren¹⁷. Darüber hinaus stehen bei Verwendung der CAD/CAM-Technologie verschiedene zusätzliche Fertigungsmöglichkeiten aus dem Bereich der Rapid Prototyping Verfahren, der schnellen Prototypenfertigung, zur Verfügung:

- Selektives Lasersintern (SLS oder SLA) für Thermoplaste und Metallpulver (EM, EMF)
- Fused Deposition Modeling (FDM) für Thermoplaste
- Stereolithographie (SLA) für Photopolymere
- 3D-Drucken (3D Printing, 3DP) für Wachs und Thermoplaste

Die Stereolithographie hat sich bei der Herstellung von Bohrschablonen und Schienen bereits bewährt. Immer wenn mit intraoraler Digitalisierung abformungs- und modellfrei gearbeitet wird, kann ein beispielsweise für die individuelle Verblendung einer Restauration notwendiges Modell mit dieser Technik gefertigt werden. Auf der IDS wurden totale Prothesen gezeigt, die mit dem SLA-Verfahren hergestellt wurden. Die resultierenden Arbeiten zeigten eine ausgezeichnete Oberflächenqualität. Ob sich das Konzept im klinischen Alltag bewährt, muss jedoch geprüft werden.

Fazit

Insgesamt zeigte sich auch in diesem Jahr eine zunehmende Vernetzung verschiedener Anbieter in neuen Verbänden, mit dem Ziel, dem einzelnen Anwender den Zugang zu der gesamten Bandbreite der

CAD/CAM-Technologien zu erleichtern. Wie also findet man das richtige Verfahren? Am Anfang steht eine Art Inventur der bisher eingesetzten Therapieoptionen und der zu erwartenden Stückzahlen oder der Häufigkeit. Anhand dieser Informationen kann dann die Abwägung erfolgen:

- Chairside-Systeme sind zunächst mit höheren Investitionskosten verbunden, machen dann jedoch einen Teil der Wertschöpfungskette zugänglich, die dem Zahnarzt sonst nicht offen steht.
- Wird nur selten ein Modell oder Stumpf digitalisiert, ist es sinnvoll, diesen Schritt gegen eine geringe Gebühr in einem Scan- oder Fertigungszentrum durchführen zu lassen und die Anschaffungskosten für ein eigenes Digitalisiergerät zu sparen.
- Steigt zum Beispiel die Anzahl der zu versorgenden Implantatfälle stetig an, ist die Nutzung von Implantatplanungssoftware und solcher für die Abutmentgestaltung sinnvoll.

Bezüglich der Passgenauigkeit CAD/CAM-gefertigter Restaurationen ist der einfachste klinische Zugang eine Probe mit dünnfließendem Silikon: Die Restauration wird damit gefüllt und auf die Pfeilerzähne aufgesetzt. Ist der resultierende Film gleichmäßig dünn und durchscheinend, liegt eine gute Passgenauigkeit vor.

Der anhaltende Trend zu immer mehr offenen CAD/CAM-Systemen und Komponenten ist erfreulich, weil er Flexibilität schafft. Einzelkomponenten müssen jedoch stets – von der Digitalisierung bis zur Fertigung – aufeinander abgestimmt sein, da es sonst im Rahmen der gesamten Prozesskette zu Über-, Unter- oder Fehlkomensation kommen kann. Zahlreiche Hersteller geben an, welche Einzelkomponenten für ihr System freigegeben sind. Ohne vollkeramische Restaurationen aus Zirkoniumdioxid, individuelle Implantatabutments und die ganze Bandbreite an Therapieoptionen, die sich uns durch die CAD/CAM-Technologie erschließt, ist eine moderne Zahnheilkunde kaum noch vorstellbar.

OÄ Dr. Heike Rudolph, Prof. Ralph G. Luthardt
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Zahnärztliche Prothetik
Department für Zahnheilkunde
Ärztl. Direktor Prof. Ralph Luthardt
Albert-Einstein-Allee 11, 89081 Ulm
heike.rudolph@computerzaehne.de;
ralph.luthardt@computerzaehne.de

Dr. med. dent. Sebastian Quaas
Praxis für Zahnmedizin
Salzstraße 10
87435 Kempten/Allgäu
sq@sebastian-quaas.de

Literaturverzeichnis beim Verfasser

Zahl der Privatversicherten sinkt

Mehr als 20 000 weniger als vor einem Jahr

Die Zahl der Privatversicherten in Deutschland ist im vergangenen Jahr leicht zurückgegangen. Ende 2012 waren 8,96 Millionen Bundesbürger voll privat versichert und damit 20 100 weniger als Ende 2011. Das teilte der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) bei der Vorstellung ihrer vorläufigen Geschäftszahlen 2012 mit.

Insgesamt legte die PKV im Neugeschäft jedoch zu. Die Zahl der Verträge sei netto um 552 900 auf insgesamt 32,03 Millionen gestiegen, hieß es. Besonders stark sei der Anstieg bei privaten Pflegezusatzversicherungen gewesen: Ihre Zahl nahm demnach um 16,3 Prozent auf 2,2 Millionen Versicherungen zu. Der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Reinhold Schulte, begründete den Rückgang der Zahl der privaten Vollversicherungsverträge mit mehreren Sondereffekten: So sei die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufgrund der

guten Lage am Arbeitsmarkt auf den höchsten Stand seit über zehn Jahren gestiegen. Viele privatversicherte Kleinselbstständige, die in ein Arbeitnehmerverhältnis gewechselt seien, hätten zwangsweise in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren müssen. Darüber hinaus habe auch die Einführung der Unisex-Tarife zum Jahresende 2012 bei vielen potenziellen Kunden zu einer abwartenden Haltung geführt, sagte Schulte.

Die Beitragseinnahmen der PKV hätten sich 2012 um 2,9 Prozent auf insgesamt 35,7 Milliarden Euro erhöht. Dabei hätten sich die Einnahmen in der Pflegepflichtversicherung aufgrund einer Beitragssenkung um 5 Prozent auf 2 Milliarden Euro verringert. Die Versicherungsleistungen in der PKV stiegen den Angaben zufolge um 2,3 Prozent auf insgesamt 23,3 Milliarden Euro.

änd

Patienten dürfen öffentlich bewerten

Gericht weist Klage einer Hebamme ab

Patienten haben das Recht auf anonyme Bewertungen von Ärzten und Heilberuflern. Das bestätigt das Landgericht Düsseldorf in einem aktuellen Urteil. Nach Informationen des Arztempfehlungsportals jameda hat das Gericht im konkreten Fall die Klage einer Hebamme gegen ihre

öffentliche Verzeichnung und Bewertung auf jameda abgewiesen.

Die Urteilsbegründung: Das Informationsinteresse der Allgemeinheit und die Freiheit der Meinungsäußerung haben in der Regel Vorrang vor dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Klägerin. Hebammen müssen sich genauso wie niedergelassene Ärzte den herrschenden Marktmechanismen stellen. Dazu gehörten heute – wie in vielen anderen Lebensbereichen auch – Bewertungsmöglichkeiten in öffentlich zugänglichen Quellen.

Auch die Sicherungsmaßnahmen, die jameda implementiert hat, um unzulässige Bewertungen zu verhindern, sieht das Gericht als ausreichend an. Manipulationen seien höchstens in „geringem Maße vorstellbar“. Der Plattformbetreiber muss Bewertungen nur dann prüfen, wenn er durch einen substantiell begründeten Hinweis auf eine Rechtsverletzung aufmerksam gemacht wird, stellte das Gericht außerdem klar.

„Berufsverbot“ bei Schwangerschaft

Brisanz bleibt auch 20 Jahre nach dem Urteil

Am 27. Mai 1993 hat das Bundesverwaltungsgericht mit einem Urteil die Berufstätigkeit von Zahnärztinnen erheblich beeinflusst: Es bestätigte die Rechtmäßigkeit einer Anordnung eines Gewerbeaufsichtsamtes, die schwangeren Zahnärztinnen invasiv-operative Tätigkeiten und zahnärztlich-chirurgische Eingriffe ebenso untersagt hatte wie das Assistieren bei diesen Arbeiten sowie Injektionen und Extraktionen. Diese Anordnung kam einem Berufsverbot gleich.

Seither werden in den Zahnarztpraxen schwangere angestellte Zahnärztinnen mit Blick auf das Mutterschutzgesetz weitgehend grundsätzlich von der Arbeit freigestellt. Das hat Folgen für die Praxen: Eine schwangere bzw. schwanger werdende angestellte Kollegin führt, gerade bei kleineren Praxen, zu einer „Störung“ des Praxisbetriebes und stellt die Praxisinhaber vor deutliche Herausforderungen. Von jetzt auf gleich fallen Behandlungstermine weg, und eine adäquate Vertretung ist selten in kürzester Frist zu finden. Dies wiederum hat versorgungspolitische Konsequenzen. Während vor 20 Jahren der Anteil der Frauen im Berufsstand im kleinen zweistelligen Bereich lag und zeitlich begrenzte Ausfälle vom Gesamtberufsstand gut kompensiert werden konnten, ist in Kürze – wie derzeit schon in den neuen Bundesländern – jeder zweite Zahnarzt eine Frau in Deutschland. Der berufliche Nachwuchs ist darüber hinaus überwiegend weiblich, zudem im Familiengründungsalter. Nicht zuletzt mangelt es, Umfragen des Dentista Clubs zufolge, mittlerweile an ausreichender Anzahl qualifizierter „Schwangerschaftsvertretungen“ für die Zahnarztpraxen.

Nicht nur aus Sicht der Arbeitgeber in den Praxen und der Versorgungspolitik, sondern auch für die Zahnärztinnen selbst, die eine Familiengründung anstreben oder ungeplant schwanger sind, müssen sinnvolle Lösungen gefunden werden: Nicht selten führt der an sich erfreuliche „Umstand“ einer schwangeren Kollegin zu juristisch und persönlich nicht unproblematischem Verhalten, wie die vielen Anfragen und „Sorgentelefonate“ beim Dentista Club zeigen. Nicht realistisch sind derzeit Wünsche

von jungen Zahnärztinnen wie auch von Arbeitgebern, der herausfordernden Situation mit mehr Flexibilität zu begegnen und die Entscheidung über Teilzeit-Tätigkeit und Teil-Berufsausübung zwischen Praxis und schwangerer Zahnärztin selbst auszuhandeln: Die Verantwortung für mögliche Gesundheitsschäden bei Mutter und Kind obliegt ausschließlich dem Arbeitgeber und ist nicht teilbar.

Da an den gesetzlichen Bestimmungen nicht gerüttelt werden kann und soll, sieht der Dentista Club nur die Möglichkeit, der Entwicklung mit konstruktiven Angeboten sowohl für die Arbeitgeber in den Praxen als auch für die schwangeren Kolleginnen zu begegnen. Während der Zahnärztinnenverband derzeit praxisnahe und juristisch untermauerte Lösungen erarbeitet, die den „Stress-Moment“ in den Zahnarztpraxen reduzieren helfen, wird gleichzeitig in Zusammenarbeit mit der Bundeszahnärztekammer ein umfangreicher Ratgeber entwickelt, der für Arbeitgeber/innen und schwangere Arbeitnehmerinnen gleichermaßen hilfreiche Informationen vermittelt.

Da sich zeigt, dass das Wissen um Regularien rund um die Schwangerschaft sowie mögliche, auch finanzielle Konflikte mit dem Arbeitgeber bei vielen jungen Zahnärztinnen unterentwickelt ist, empfiehlt der Dentista Club, die Frage „Anstellung – oder doch Sozietät bzw. Niederlassung mit Kolleginnen?“ neu zu überdenken: Je nach persönlichem Naturell kann eine Niederlassung und damit verbundene weitgehende Selbstbestimmung durchaus eine interessante Alternative zur Festanstellung sein. Auch an unterstützenden Lösungen für die Praxisausfälle bei schwangeren Praxisinhaberinnen wird seitens des Dentista Clubs gearbeitet. Dass eine Schwangerschaft statt zu Freude in nicht wenigen Zahnarztpraxen eher zu Sorgen und Konflikten führt, ist zwar nicht von den Zahnärzten zu verantworten - der Berufsstand sollte es aber schaffen, so der Dentista Club, Hürden und Stolperfallen mit eigenen Kräften zu überwinden. Erste konkrete Vorschläge wird der Zahnärztinnenverband voraussichtlich im 4. Quartal 2013 vorstellen.



Dentista

Prüfung der Abrechnung durch KZV

BEMA-konforme Abrechnung kons.-chirurgischer Leistungen (2)

In Folge 2 der durch den Vorstand der KZV M-V beschlossenen regelmäßigen Information zu den Feststellungen aus der Plausibilitätsprüfung (gem. § 106a SGB V) sowie den rechnerischen und gebührenordnungsmäßigen Berichtigungsanträgen – Abgabe aus der Prüfungsstelle für Wirtschaftlichkeitsprüfung – (gem. § 106 SGB V) geht es um die Auffälligkeiten beim Ansatz der Gebührennummern 01 (Befund) und 04 (PSI) im Rahmen der Schmerz-/Notdienstbehandlung und 25 (Cp) sowie der unzureichenden oder fehlenden Dokumentation der Auswertung von Röntgenaufnahmen.

Geb.-Nr. 01 (Befund) im Schmerz-/Notdienst

Das Erheben des Befundes nach der Gebührennummer 01 im Schmerz-/Notdienst entspricht nicht den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 6 SGB V sowie den BEMA-Abrechnungsbestimmungen. In der Richtlinie B.I.1. ist unter anderem geregelt, dass zahnärztliche Maßnahmen grundsätzlich mit der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten beginnen, mit Ausnahme von Akut- oder Notfällen.

Die Behandlung im zahnärztlichen Schmerz-/Notdienst beschränkt sich auf Maßnahmen zur Schmerzausschaltung und dann ist gemäß den Abrechnungsbestimmungen des BEMA in den Fällen, in denen es zu einer kurzen, auf ein bestimmtes (evtl. notfallmäßig auftretendes) Symptom hin orientierten Untersuchung eines Kranken kommt, die Geb.-Nr. Ä1 (Beratung eines Kranken, auch fernmündlich) berechenbar. Obwohl in der Leistungslegende der Geb.-Nr. Ä1 nicht von einer Untersuchung die Rede ist, fallen auch die nicht eingehenden, auf ein akutes Problem hin orientierten Untersuchungen unter den als sehr pauschal zu begreifenden Terminus „Beratung“. Somit werden alle im weitesten Sinn untersuchende und/oder beratende zahnärztliche Maßnahmen unter der Geb.-Nr. Ä1 zusammengefasst, unabhängig vom jeweiligen Aufwand bzw. der jeweilig notwendigen Zeitdauer. Im Schmerz-/Notdienst ist die Untersuchung und Beratung nach BEMA-Nr. Ä1 ohne Sonderleistung immer abrechnungsfähig. Ob „dringend notwendige“ zahnärztliche Leistungen erforderlich sind, kann sich erst nach dieser Untersuchung entscheiden, die Untersuchung muss der Zahnarzt also immer durchführen und kann sie somit auch abrechnen.

Geb.-Nr. 04 (PSI) im Schmerz-/Notdienst

Bei einer Vielzahl von Patienten ergab die Prüfung, dass die Geb.-Nr. 04 (PSI) zur Abrechnung gelangte, obwohl es sich um Schmerz-/Notfallpatienten gehandelt hat. Gemäß den BEMA-Abrechnungsbestimmungen erhält man durch die Aufnahme des PSI-Codes erste Informationen über den Schweregrad einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. Der Index umfasst die Erhebung der Blutungsneigung der Gingiva, Erfassung von Rauigkeiten der Zahnoberflächen, Sondieren der Taschentiefen, Dokumentation und Auswertung. Eine entsprechende Auswertung und Dokumentation ging zwar in einer Vielzahl von Fällen aus den Karteikartenauszügen hervor, jedoch ist in keiner Weise fachlich nachvollziehbar, warum in einer Schmerz-/Notfallbehandlung der Parodontalindex nach Geb.-Nr. 04 (PSI) erhoben werden muss. Eine Schmerz-/Notfallbehandlung sollte lediglich durch einfache aber gezielte Behandlungsmaßnahmen dem Patienten in kürzester Zeit Beschwerdefreiheit beschaffen. Da jedoch zum einen weder eine Parodontalbehandlung nach Geb.-Nr. P200-P203 im Zuge einer Schmerz-/Notfallbehandlung zu erbringen ist und zum anderen der PSI-Code keine geeignete Behandlungsmaßnahme zur wirksamen Bekämpfung der Krankheitssymptome darstellt, d.h. Erlangen von Schmerzfreiheit oder prothetische Wiederherstellungsmaßnahmen, ist der Ansatz der Geb.-Nr. 04 (PSI) im Schmerz-/Notdienst nicht gerechtfertigt.

Parodontologische Leistungen sind immer im konzeptionellen Zusammenhang mit einer systematischen PAR-Behandlung zu sehen, daher auch dem Hauszahnarzt vorbehalten und nicht im Schmerz-/Notdienst abrechenbar. Im Rahmen einer Schmerzbehandlung kann bei einer Taschenentzündung lediglich die medikamentöse Behandlung, Geb.-Nr. 105 (Mu), für evtl. Spülungen und die Einlage eines Medikamentes zur Abrechnung gebracht werden und dies dann ggf. auch mehrfach. Eine evtl. notwendige Taschenreinigung wäre ggf. über die GOZ 4050 oder 4055 dem Patienten privat in Rechnung zu stellen.

Geb.-Nr. 25 (Cp)

Es ist immer wieder festzustellen, dass bei bloßen Füllungstherapien die indirekte Überkappung in Ansatz gebracht wird, ohne dass es sich tatsächlich – röntgenologisch später nachweisbar – um eine Karies-profunda-Therapie gehandelt hat.

Der Behandlungsdokumentation ist in der Regel nicht die Indikation bzw. eine ergänzende Begründung, das therapeutische Vorgehen sowie das verwendete Medikament zu entnehmen. Es kann daher durch einen Außenstehenden fachkundigen Dritten der klinische Ablauf nicht nachvollzogen werden. Aus diesem Grund wird u. U. ein rein prophylaktisches Vorgehen unterstellt, was wiederum zu Honorarkorrekturen führt.

Die Behandlung einer tief liegenden Karies (Cp) ist eine Maßnahme zur Vitalerhaltung der Pulpa. Die Karies-profunda-Behandlung ist nur dann angebracht, wenn es durch sie alleine möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.

Gemäß den Abrechnungsbestimmungen des BEMA ist es möglich, in mehreren Sitzungen am gleichen Zahn eine Karies-profunda-Behandlung zu wiederholen. Vorausgesetzt, es besteht hierfür die medizinische Notwendigkeit. Die Beurteilung, ob eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, obliegt allein dem Zahnarzt. In jedem Fall hat dann aber eine entsprechende Dokumentation in der Behandlungskartei zu erfolgen. Grundsätzlich ausgeschlossen ist der wiederholte Ansatz der Geb.-Nr. 25 (Cp), wenn die Kavitätenpräparation und Füllung aus Zeitgründen vorzeitig abgebrochen wird.

Röntgenauswertungen

Auf Grund nicht dokumentierter Röntgenbefunde ist es zu erheblichen Honorarkorrekturen gekommen. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen,

dass der BEMA-Leistungsinhalt, die Röntgendiagnostik der Zähne, sich nicht in der Hauptsache auf das Erstellen der Röntgenaufnahme beschränkt, sondern vorwiegend die obligat durchzuführende Befundung, Auswertung und schriftliche Dokumentation des Röntgenbildes beinhaltet. Die Befundauswertung und -dokumentation sollte so erfolgen, dass ein fachkundiger Dritter, ohne Ansehen des Röntgenbildes, die klinische Situation, die Therapieplanung und die Behandlung an sich, nachvollziehen kann. Der Umfang der Dokumentation von Röntgenleistungen, insbesondere in Bezug auf die Befundung, ergibt sich zudem aus § 28 Abs. 1 der Röntgenverordnung.

Beispielhaft seien in diesem Zusammenhang die Röntgenaufnahmen und Röntgenbefundungen im Rahmen von Wurzelbehandlungen genannt. Bei den Prüfungen war sehr häufig festzustellen, dass bei Wurzelbehandlungen auf notwendige Röntgenaufnahmen ganz verzichtet wurde oder dass keine Befundung der Röntgenaufnahmen erfolgte. Schon aus forensischer Sicht sollte auf begleitende Röntgenuntersuchungen nicht verzichtet werden. Auch bei Abwägung der Strahlenbelastung für den Patienten, sollte mindestens eine diagnostische und eine Kontrollaufnahme nach der Wurzelfüllung erstellt werden. Im Zweifelsfall sind diese Röntgenaufnahmen dann der einzige Nachweis für die Notwendigkeit und das Erbringen der Wurzelbehandlung.

Andrea Mauritz

Infotag dental-fachhandel

Messeneuheiten am 21. September in Hamburg



Die diesjährige id nord findet wieder gebündelt an einem Tag, am 21. September von 9 Uhr bis 17 Uhr, in Hamburg statt. Besucher wie Aussteller können dort in Anknüpfung an die IDS wie gewohnt in einen intensiven Erfahrungs- und Wissensaustausch treten und sich dabei alle Neuheiten in Halle A1 der Hamburg Messe präsentieren lassen.

Auch in diesem Jahr können sich alle Interessierten schon im Vorfeld den Online-Newsletter auf www.id-deutschland.de bestellen, um über alle Neuigkeiten zu Aktionen, Benefits (Spezialformate, Besucherregistrierung, Tombola etc.) und die ausstellenden Unternehmen im Bilde zu sein.

CCC

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Juni und Juli vollenden

das 85. Lebensjahr

Zahnarzt Dietrich Piest (Anklam)
am 19. Juni,

das 80. Lebensjahr

Dr. Dieter Bacher (Grimmen)
am 11. Juni,

das 70. Lebensjahr

Dr. Detlef Hamann (Brützkow)
am 14. Juni,
Zahnärztin Karin Deißler (Schwerin)
am 22. Juni,
Dr. Peter Haschke (Crivitz)
am 22. Juni,
Dr. Heidemarie Sommer (Rechlin)
am 23. Juni,

das 65. Lebensjahr

Dr. Margit Drephal (Waren)
am 2. Juli,

das 60. Lebensjahr

Dr. Karl-Heinz Lucas (Kloster)
am 21. Juni,
Dr. Marlies Schidlowski (Greifswald)
am 5. Juli,

das 50. Lebensjahr

Dr. Anett Pfanne (Röbel)
am 15. Juni,
Zahnärztin Andrea Puttnies (Stralsund)
am 25. Juni und
Zahnarzt Ingvard Jenning (Schwerin)
am 1. Juli

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

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

ANZEIGEN

Wir trauern um

Dr. Otto Müll,
Neubrandenburg

geb. 14. Mai 1938
gest. 8. Mai 2013

Wir werden ihm ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern



21. Fortbildungstagung

für Zahnärzthelfer/-innen und Zahnmedizinische Fachangestellte

7. September 2013, Kurhaus Rostock-Warnemünde

9:00 Uhr Begrüßung und Eröffnung
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, *Stavnhagen*
Präsident der Zahnärztekammer M-V

9:20 Uhr Einführung in das Programm
ZA Mario Schreen, *Schwerin*
Referent im Vorstand der ZÄK M-V

9:30 Uhr Non- und mikroinvasive Methoden
zur Behandlung von Initialkaries
Priv.-Doz. Dr. Alexander Welk, *Greifswald*

10:00 Uhr Das Implantat, eine saubere Sache
Update 2013
Tracy Lennemann, *USA*

10:30 Uhr Diskussion und Pause

11:00 Uhr Provisorien nach der Präparation -
effektiv und perfekt
Prof. Dr. Stefan Wolfart, *Aachen*

11:30 Uhr Wie lassen sich Präventionsmaß-
nahmen und Ästhetik miteinander in
Einklang bringen?
Susanne Graack, *Hamburg*

12:00 Uhr Diskussion und Schlusswort

14.00 Uhr Seminare im Hotel Neptun

Seminar 1 PAR-Therapie –
eine Maßnahme ohne Nebenwirkungen?
Susanne Graack, *Hamburg*

Seminar 2 Wie kann die Compliance von Patienten
nachhaltig verbessert werden?
Tracy Lennemann, *USA*

Seminar 3 Damit aus dem Azubi kein Azombie wird
Jessica Greiff, *Hamburg*

Tagungsleitung: ZA Mario Schreen, Annette Krause

Für die Anmeldung zur 21. Fortbildungstagung
nutzen Sie bitte die vorgesehenen Anmeldekar-
ten oder das Online-Formular unter
www.zaekmv.de

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein vorläu-
figes Programm handelt. Änderungen vorbehalten.

