



dens

1
2010
6. Januar

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



2010 mit schönen und spannenden Aufgaben

Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung will Öffentlichkeitsarbeit ausweiten

Wir wünschen Ihnen ein erfolgreiches Jahr und gehen davon aus, dass Sie zum einen gut in das Jahr 2010 reingerutscht sind und zum anderen die besinnliche Zeit genutzt haben, um auch einen Blick zurück zu werfen. Man wird sicherlich gute wie weniger gute Erinnerungen an einzelne Situationen im Jahr 2009 haben. Einige werden eine gute und eine weniger gute Erinnerung an die Bundestagswahl haben. Unabhängig davon kann, darf und muss auch ein weniger parteipolitisch engagierter Bürger anerkennen, dass die neue Bundesregierung bis jetzt ohne viel Aufsehen die zuerst politisch zu lösenden Brennpunkte, dies betrifft auch die Gesundheitspolitik, bis zur nächsten Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen nicht sehr breit in der Öffentlichkeit thematisiert. Nun gut, das Bundesgesundheitsministerium hat in einer Pressemitteilung vom 4. Dezember die Entwicklung der Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung veröffentlicht. Im Ergebnis wird festgestellt, dass die Entwicklung der Ausgaben bis zum dritten Quartal unterhalb und der Überschuss oberhalb der Prognosen für das Gesamtjahr 2009 lagen. Trotz der fehlenden Ausgaben für die Impfungen, für die „neue Grippe“, und den üblicherweise im vierten Quartal höher anfallenden Ausgaben, werden so die Krankenkassen ihre finanzielle Ausgangsbasis für das Jahr 2010 nochmals verbessern. Im gleichen Atemzug wird aber auch etwas zur Perspektive 2010 gesagt. Festgestellt wird hier, dass aufgrund der Folgen der Wirtschaftskrise die Beitragseinnahmen sich weiter ungünstig entwickeln und bei sich fortsetzender Ausgabendynamik mit einem Defizit in Höhe von rd. 7,5 Milliarden Euro für das Jahr 2010 ausgegangen werden muss. Die notwendige Konsequenz, die die Bundesregierung daraus gezogen hat, war die Verständigung mit dem Bundesfinanzminister, die krisenbedingten Einnahmeausfälle durch einen zusätzlichen Bundeszuschuss von 3,9 Milliarden Euro auszugleichen. Damit müsste sich das bislang erwartete Defizit für das Jahr 2010 mehr als halbieren. Soweit die Bundesregierung.

Die Krankenkassen veröffentlichen gleich die Hiobsbotschaft für den Beitragszahler, dass 2010 ein Zusatzbeitrag erhoben werden muss. Den Grund sehen sie bei der Regierung. Die Bür-

ger müssten immer öfter in die Tasche greifen und die Ausgabendynamik läuft ungebremst weiter. Ein Kostendämpfungsgesetz müsse her. Der CDU Gesundheitsexperte Spahn sieht hingegen



„Die Einheit des Berufsstands zu wahren, ist wichtiger denn je“, sagt Wolfgang Abeln.

den Schwarzen Peter bei den Krankenkassen. Sie sollten doch schlussendlich die bestehenden Sparmöglichkeiten stärker nutzen. Zusätzlich zu den Zusatzbeiträgen entstehen aber bei den Krankenkassen Kosten für die Erhebung dieser Beiträge. Professor Dr. Gerd Glaeske rechnet mit rund 700 Millionen Euro und Professor Dr. Jürgen Wasem sogar mit Kosten von über einer Milliarde. Euro. Diese Kosten könnten erheblich reduziert werden, wenn die Beiträge von den Arbeitgebern erhoben und an die Krankenversicherung abgeführt werden würden. Nur wie sagte Dr. Volker Hansen, Arbeitgebervertreter und Vorsitzender im Verwaltungsrat des Krankenkassen-Spitzenverbandes, dies stehe so nicht im Gesetz. Die Unternehmen dürfen nicht mit bürokratischen Aufgaben belastet werden. Hierbei wird aber übersehen, dass die Lohn- und Gehaltsprogramme in den Unternehmen nach einer minimalen Programmanpassung diese Aufgabe mühelos umsetzen könnten. Aber warum sollte denn jemand versuchen, bei den bürokratischen Aufwendungen Geld einzusparen, um dies, wenn es erforderlich ist, der medizinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen. Verfolgt man die Ostsee-Zeitung vom

3. Dezember, so sieht auch unsere Sozialministerin nicht die Notwendigkeit, eine in der Vergangenheit am Nein der Bundesregierung gescheiterte Initiative erneut aufzugreifen, damit der Zusatzbeitrag im Rahmen des Quellenabzugsverfahrens eingezogen wird. Zumindest nicht, solange die AOK Mecklenburg-Vorpommern einen Zusatzbeitrag nicht erhebt.

Zurück zum prognostizierten Defizit in 2010. Die CDU hat in den entsprechenden Pressemeldungen auf die bisher zur Verfügung stehenden gesetzlichen Möglichkeiten hingewiesen. Die Krankenkassen „sind Steuermann im Gesundheitssystem und können über Ausschreibungen und Vertragsabschlüsse die Kosten für Leistungen beeinflussen“. Der Wettbewerb um die beste Versorgung zum besten Preis sei ein Auftrag an die Kassen, die aus Beiträgen und Steuereinnahmen die medizinische Versorgung organisieren und bezahlen. Diese Aussage sollten wir uns verinnerlichen. Wie war es denn bevor die K(Z)Vs als Interessenvertreter ihrer Mitglieder und somit auch als Interessenvertreter der Patienten den Krankenkassen gegenüber traten und in der Folge beide Vertragspartner gemeinsam für ein ausgewogenes Verhältnis sorgten? Die Krankenkassen diktierten, wer die Patienten zu welchem Preis behandeln durfte. Soll denn dieser Zustand über die §§ 73 ff SGBV – Stichwort Selektivverträge – wieder geschaffen werden? Damit zumindest die Zahnärzte und die Patienten die Möglichkeit haben, sich über die Gefahren zu informieren, hat der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit dem Vorstand der Zahnärztekammer verabredet, eine stärkere Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und hierzu gehört auch der regelmäßige Austausch mit den Kreisstellen. Es geht schlussendlich um die betriebswirtschaftliche Basis Ihrer Praxis und somit um den Erhalt des Anteils für zahnärztliche Leistungen an den GKV-Ausgaben, damit weiterhin eine qualitätshohe zahnmedizinische Versorgung geleistet werden kann. Dies hat nur Aussicht auf Erfolg, wenn die Einheit des Berufsstands gewahrt wird.

Wahrlich eine schöne und spannende Aufgabe nicht nur für das Jahr 2010.

Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln
Vorstandsvorsitzender der KZV

dens

19. Jahrgang

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

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

Redaktion:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Redaktionshinweise:

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

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

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztl. Körperschaften M-V kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zzgl. Versandkosten.

Titelbild: Matthias Bolsmann

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

Schwesig: Solidarprinzip erhalten	4
Krankenkassen mit Überschuss	4
Steueränderung	4
Praxisgebühr abschaffen	5
PZR im Visier	5
Patientensicherheit in Deutschland vorbildlich	5
Fraktionen küren ihre Gesundheitssprecher	5
Schnarchen kann tödlich sein	12
Patientenrechte	16
Glückwünsche/Kleinanzeigen	32

Zahnärztekammer

Zahnärztekammer aktualisiert Praxisführer	10
Fortbildung	13
BZÄK: Zahnmedizinische Versorgung sicherstellen	14
Berechnungsfähige Auslagen bei privat Zahnärztlichen Leistungen	14-15
Fortbildungsprüfungsregelung	18-19

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Service der KZV	20
Fortbildungsangebote	21
Abrechnungshinweise zu Zahnersatz-Festzuschüssen	22-23

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Bericht des Versorgungswerks	6
Das Versorgungswerk informiert	7
Symposium für Professor Schwanewede	8-9
Professor Dr. Dr. Frerich	11
Freie Berufe	11-12
Zahnimplantate: „Die Explantation ist ein Drama“	16-17
Rostocker Zahnmedizinstudenten feierlich verabschiedet	17
Belastbarkeit von Seitenzahnbrücken aus Zirkoniumdioxid	24-27
Vorgehen in einem eventuellen Schadensfall	28
Register 2009	30-31

Impressum	3
Herstellerinformationen	29

Schwesig: Solidarprinzip erhalten

„Die Berliner Koalition will den Wettbewerb um die Höhe der Krankenkassenbeiträge anheizen, der bereits der Vergangenheit angehörte. Das muss verhindert werden“, fordert Mecklenburg-Vorpommerns Sozialministerin Manuela Schwesig. Wenn tatsächlich der Arbeitgeberbeitrag eingefroren werden sollte und Beitragssteigerungen allein von den Versicherten getragen werden müssten, treffe das vor allem einkommensschwache Menschen. „In unserem Bundesland sind die Einkommen nicht so hoch. Und ein Schlosser aus Stralsund, der vielleicht 200 Euro weniger verdient als ein Schlosser aus Iserlohn und dann auch noch mehr Krankenkassenbeitrag zahlen muss als sein Kollege aus Nordrhein-Westfalen, wird sich ungerecht behandelt fühlen und das zu Recht“, sagt Schwesig.

Wichtig sei ein Wettbewerb um die beste Qualität. „Das macht aber nur Sinn, wenn zum Beispiel Krankenhäuser für die gleiche Leistung auch das gleiche Geld erhalten“, sagt Schwesig. Niemandem sei zu vermitteln, dass eine Klinik in Bayern für eine Blinddarm-Operation mehr Geld bekommt als eine Klinik in Mecklenburg-Vorpommern.

Sozialministerium M-V

Ärztewertung Umfrage mit geteiltem Echo

Bei der Suche nach einem Arzt verlassen sich die meisten Deutschen auf Tipps von Freunden, Bekannten und Verwandten. Diese Informationsquelle nutzen 81 Prozent, hat eine repräsentative forsa-Umfrage im Auftrag der KKH-Allianz unter 1.000 Befragten ergeben. Auf Platz zwei folgen Empfehlungen von Ärzten (59 Prozent), die Hälfte der Befragten nutzt außerdem das Telefonbuch. Informationen der Krankenkassen spielen für jeden Dritten eine Rolle. Am seltensten holen sich die Befragten die Informationen von Patientenberatungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Ärztewertungen im Internet stoßen auf ein geteiltes Echo: Jüngere signalisierten deutlich mehr Zustimmung als Ältere. Während zwei Drittel der 18- bis 30-Jährigen entsprechende Portale grundsätzlich richtig finden, geht es bei den 65- bis 70-Jährigen nur jedem Fünftens so.

änd

Krankenkassen mit Überschuss 2010 muss mit Zusatzbeiträgen gerechnet werden

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den ersten drei Quartalen dieses Jahres rund 1,4 Milliarden Euro Überschuss erzielt. Mit dem ausgabenstärksten vierten Quartal und den Kosten für die Schweinegrippe dürfte in der Jahresbilanz ein Überschuss von knapp einer Milliarde Euro herauskommen.

Demgegenüber stehen 7,5 Milliarden Euro, die laut Schätzerkreis den gesetzlichen Krankenkassen im nächsten Jahr fehlen. Dieser tagt Mitte Dezember ein weiteres Mal und wird die Zahlen nach oben korrigieren, denn der Bundesgesundheitsminister und der Bundesfinanzminister unterstützen die krisenbedingten Einnahmeherausfälle in der GKV mit einem zusätzlichen Bundeszuschuss von 3,9 Milliarden Euro. Bis dahin kündigen die Krankenkassen unisono schon mal die Erhebung eines Zusatzbeitrags an und streuen weiteres Salz in die Wunden des neuen Bundesgesundheitsministers Rösler. Mit den Reserven von fast fünf Milliarden Euro der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2008 sollte die gesetzliche Krankenversicherung eigentlich gesichert sein. Durch geeignete Fusionen können wirtschaftlichere Arbeitsweisen geschaffen werden. Dieser Trend muss weiter anhalten.

Die Leistungsausgaben sind in den ersten drei Quartalen um 6,6 Prozent je Versicherten gestiegen. Sie stie-

gen damit nicht ganz so hoch, wie der Schätzerkreis dies bislang für das Gesamtjahr 2009 angesetzt hatte. Im Einzelnen war folgende Entwicklung zu verzeichnen:

- Zuwachs von 8,7 v. H. je Versicherten bei den Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung.
- Anstieg bei den Ausgaben für die stationäre Versorgung lag im 1. bis 3. Quartal 2009 je Versicherten bei 6,4 v. H..
- Der Anstieg der Arzneimittelausgaben (ohne Impfkosten) betrug 5,2 v. H. je Versicherten.
- Die Krankengeldausgaben liegen mit einem Zuwachs von 9,7 v. H. – im Vergleich zu früheren konjunkturellen Krisenzeiten völlig untypisch – erheblich über den Ausgaben des Vorjahres.
- Die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen sind nach längerer Stabilität in den Vorjahren mit 7,4 v. H. je Versicherten gestiegen, wenn auch mit unterschiedlichen Entwicklungen bei den einzelnen Kassenarten.
- Bei den Zuzahlungen der Versicherten einschließlich der Praxisgebühr zeichnet sich mit einem Gesamtvolumen von rund 3,7 Mrd. Euro über alle Leistungsbereiche ein ähnliches Niveau wie im Vorjahreszeitraum ab.

KZV/BMG

Praxisgebühr abschaffen

Vertragszahnärzte unterstützen Patientenbeauftragten

„Die Praxisgebühr ist unsozial und präventionsfeindlich. Gerade im zahnärztlichen Bereich wäre ihre Abschaffung absolut zu begrüßen.“ Mit diesen Worten kommentierte Dr. Jürgen Fedderwitz die Anregung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, über die Abschaffung der Praxisgebühr in der gesetzlichen Krankenversicherung nachzudenken.

In der Zahnmedizin, so Fedderwitz weiter, brächten die Versicherten über die Praxisgebühr jährlich mehr als 400 Millionen Euro an Subventionen für die gesetzlichen Krankenkassen auf. Die ursprünglich damit verbundene Absicht, das ‚doctor hopping‘ einzudämmen, laufe aber in der zahnärztlichen Versorgung völlig ins Leere, weil ein ‚dentist hopping‘ ohnehin nie existiert habe.

Zudem behindere die Gebühr die Bemühungen zur Verhinderung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten massiv, da sie gerade für sozial Schwache eine Barriere beim

Zugang zur Zahnarztpraxis und zu regelmäßigen Kontrolluntersuchungen darstelle.

Für Fedderwitz resultiert daraus eine klare Forderung: „Die Praxisgebühr ist für Angstpatienten und Risikopatienten aus sozial schwachen Bevölkerungsgruppen ein großes Hindernis. Gerade an die müssen wir aber rankommen, denn sie haben die größte Karieslast. Deswegen muss für die Zahnmedizin gelten: Weg mit der Gebühr, auf die Tür!“

Der neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner (CSU), hatte Anfang Dezember einen Verzicht auf die Praxisgebühr angefragt. Von den ursprünglich geplanten Einnahmen durch die Gebühr von 2,4 Milliarden Euro werden heute nur noch ein Viertel eingenommen. Gleichzeitig verursacht das Erheben der Gebühr Kosten und damit Verwaltungsgelder.

KZBV

Bericht des Versorgungswerkes für 2009

Geschäftsjahr zeigt glimpflichen Ausgang der Finanz- und Wirtschaftskrise

Der Vorsitzende des Versorgungsausschusses, Dipl.-Stom. Holger Donath, berichtet über das abgelaufene Geschäftsjahr des Versorgungswerkes.

Beiträge zum Versorgungswerk

Der Bundesrat hat die Rechnungsgrößen der Sozialversicherung für 2010 beschlossen, der Beitragssatz bleibt konstant mit 19,9 Prozent, die Beitragsbemessungsgrenze Ost steigt um 100 Euro auf 4.650 Euro. Damit erhöht sich der Regelbeitrag auf 925,35 Euro.

	2008	2009	2010
Bemessungsgrundlage	4.500,00 €	4.550,00 €	4.650,00 €
Monatsbeitrag	895,50 €	905,45 €	925,35 €

Vermögensverwaltung

Im Vergleich zu vielen anderen Branchen (Finanzen, Versicherungen, Industrie, Handel) sind die Versorgungswerke glimpflich durch den ersten Teil der Finanz- und Wirtschaftskrise gekommen.

Für eine Entwarnung wäre es allerdings verfrüht. Es bedarf weiterhin enormer Anstrengungen, um einen Bilanzverlust aus den Vorjahren aufzuholen, die Folgen der Längerlebigkeit auszufinanzieren und nachhaltig den Rechnungszins zu erreichen.

Die Anlagestrategie des Versorgungswerkes sieht vor, die Direktanlage mit sicheren Anlagetiteln weiter auf über 60 Prozent des Gesamtvermögens auszubauen. Ferner wurde die Immobilienquote angehoben, so dass aus dem sicheren festverzinslichen Bereich stetige Erträge vereinnahmt werden können.

Der Rechnungszins wird in 2009 voraussichtlich erreicht werden. Die Aussichten an den Finanzmärkten für die Jahre 2010 und 2011 sind eher als wenig optimistisch zu beurteilen.

Erwerbstätigenversicherung

Die Einbeziehung berufsständischer Versorgter in eine Erwerbstätigenversicherung dürfte nicht vorrangiges Ziel der neuen Bundesregierung sein, gleichwohl hat der DGB ein Gutachten erstellen lassen, wonach die Einbeziehung weiterer Personengruppen in die gesetzliche Ren-

tenversicherung deren finanzielle Lage verbessert. Vorgegebene Annahme des Gutachtens war eine gleiche Lebenserwartung in der Bevölkerung wie bei den Mitgliedern der freien Berufe.

Die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke (ABV) hat bei derselben Firma ein Gutachten unter Berücksichtigung der Längerlebigkeit der Mitglieder Freier Berufe in Auftrag gegeben. Es ist davon auszugehen, dass unter realistischen Annahmen die Einbeziehung Freier Berufe in die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) zu finanziellen Nachteilen für die GRV führt.

Regelaltersgrenze 67

Die meisten berufsständischen Versorgungswerke haben inzwischen die Regelaltersgrenze von 67 Jahren eingeführt oder stehen kurz davor und orientieren sich damit an den Vorgaben der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Details der Umstellung können gern auf Ebene der Kreisstellen oder in Einzelgesprächen erläutert werden.

Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften

Die Frage nach dem Anspruch auf Rente für Hinterbliebene gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaften ist wohl durch die Entscheidung des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Juli 2009 abgeschlossen. Danach steht diesen eine Versorgung im Bereich der betrieblichen Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst zu.

Durch die neue Rechtslage sehen wir uns veranlasst, der Empfehlung der ABV zu folgen, und auch für unser Versorgungswerk diese Leistung einzuführen.

Der Versorgungsausschuss wird sich in naher Zukunft mit der Überarbeitung des Statuts beschäftigen.

Größere finanzielle Belastungen werden daraus für das Versorgungswerk nicht erwachsen.

Risikomanagement

Die aktuelle Finanz- und Wirtschaftskrise sowie gestiegene Anforderungen an die Eigenkapitalausstattung von Versicherungsunternehmen haben zu der Frage geführt, wie Versorgungseinrichtungen mit dem Thema Risikomanagement umgehen.

Ziel ist eine umfassende Analyse der Risiken unseres Versorgungswerkes. Dazu zählen Risiken aus dem Versicherungsbetrieb selbst, Risiken aus dem Bestand an Mitgliedern und Rentnern, Risiken aus der Vermögensanlage und anderes mehr.

Die Grundlagen dafür sind bereits vorhanden, an der systematischen Umsetzung wird aktuell gearbeitet.

Künftig werden wir für das Versorgungswerk neben dem Jahresabschluss einen Risikobericht erstellen.

Beschlüsse der Kammerversammlung

Die Berechnungen des Aktuars, Dr. Zimmermann, haben ergeben, dass eine maßvolle Erhöhung von Anwartschaften und Renten ab 1. Januar 2010 möglich sein wird.

Die Kammerversammlung hat eine Erhöhung jeweils um 0,5 Prozent beschlossen.

Die Kammerversammlung beschließt einstimmig, als Abschlussprüfer für die Prüfung des Jahresabschlusses 2009 die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs-Partner zu beauftragen.

Der Versorgungsausschuss wurde in seinem Amt durch Wiederwahl eindrucksvoll und zwar einstimmig in seinem Amt bestätigt. Die alten und neuen Mitglieder im Versorgungsausschuss sind: Dr. Ingrid Buchholz, Karsten Israel, Dr. Hendrik Schneider, Mario Schreen und Holger Donath.

Der Dank gilt an dieser Stelle allen Beteiligten für die in den letzten vier Jahren geleistete Arbeit.

Ausdrücklich hervorzuheben ist die gute und kollegiale Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Versorgungsausschusses, der Verwaltung und den Verantwortlichen des Versorgungswerkes der Zahnärztekammer Hamburg.

Dipl.-Stom. Holger Donath
Vorsitzender Versorgungswerk

Das Versorgungswerk informiert:

Erfolg für Kindererziehende – Nachzahlungsmöglichkeit durchgesetzt

Anfang 2008 hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden (Az.: B 13 R 64/06 R), dass die gesetzliche Rentenversicherung auch für kindererziehende Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke Kindererziehungszeiten anerkennen muss, wenn diese in den Versorgungswerken nicht systematisch vergleichbar

von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung aber nicht zu einem Rentenanspruch, weil sie allein mit den Kindererziehungszeiten die in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Wartezeit von 60 Monaten nicht erreichen konnten. Besonders betroffen waren hier diejenigen, meist Mütter, die ihre Kinder

ausgleichskasse und anderer Gesetze (BGBl. I, Nr. 42/2009, Seite 1939 ff) kurz vor Ende der Legislaturperiode des Bundestages abgeholfen.

Durch Einfügung eines neuen § 208 SGB VI wurde festgelegt, dass Elternteile, denen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind, die aber die allgemeine Wartezeit der gesetzlichen Rentenversicherung von 60 Kalendermonaten nicht erfüllt haben, zur Erlangung einer Altersrente freiwillige Beiträge nachzahlen können. Die Beiträge können laut Gesetzestext auf Antrag frühestens nach Erreichen der Regelaltersgrenze (derzeit 65., später 67. Lebensjahr) und nur für so viele Monate nachgezahlt werden, wie zur Erfüllung der allgemeinen Wartezeit noch erforderlich sind.

Für Mitglieder von Versorgungswerken, denen Kindererziehungszeiten der gesetzlichen Rentenversicherung angerechnet wurden, bedeutet dies, dass sie, wenn sie die in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Regelaltersgrenze (derzeit 65., später 67. Lebensjahr) erreichen, freiwillige Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung, nach dem derzeitigen Rechtsstand mindestens 79,60 Euro, nachzahlen können, um dort einen Rentenanspruch aus den Kindererziehungszeiten zu erlangen.

Mitglieder, die die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (derzeit 65. Lebensjahr) bereits erreicht haben, sollten sich deshalb umgehend mit der für sie örtlich zuständigen Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung – Bund (DRV) in Verbindung setzen, um zu klären, wie viele Beiträge sie gegebenenfalls nachzahlen müssen, um aus den ihnen angerechneten Kindererziehungszeiten einen Rentenanspruch zu erlangen.

Für Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Verwaltung: Inge Panier 040-73 34 05 - 15, Birgit Markl-Ruhnke - 19, Stefanie Jaap, - 44, Dorina Raabe und - 68, gern zur Verfügung.

Dipl.-Stom. Holger Donath
Vorsitzender des Versorgungswerkes



Der in seinem Amt für die nächsten vier Jahre bestätigte Versorgungsausschuss: Mario Schreen, Dipl.-Stom. Karsten Israel, Dr. Ingrid Buchholz, Holger Donath und Dr. Hendrik Schneider.

Foto: Gerald Matthies

wie in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden. Dies ist regelmäßig nicht der Fall, weil der Bund sich trotz entsprechender Forderungen der Versorgungswerke und ihrer Arbeitsgemeinschaft (ABV) bisher weigert, Beiträge für Zeiten der Kindererziehung an die Versorgungswerke zu zahlen, wie er dies an die gesetzliche Rentenversicherung tut.

Die Rentenversicherungsträger haben nach der Entscheidung des obersten deutschen Sozialgerichtes beschlossen, dieser zu folgen. Sie haben nach der Prüfung aller Satzungen der berufsständischen Versorgungswerke inzwischen damit begonnen, Kindererziehungszeiten für Mitglieder der Versorgungswerke anzurechnen, wenn diese einen entsprechenden Antrag an die gesetzliche Rentenversicherung gestellt haben.

Für viele Mitglieder der Versorgungswerke führte die Anrechnung

vor dem 31. Dezember 1991 geboren haben, weil für Geburten vor diesem Termin in der gesetzlichen Rentenversicherung nur ein Jahr Kindererziehungszeit berücksichtigt wird. Aber auch Mütter, die Kinder nach dem 1. Januar 1992 geboren haben, konnten betroffen sein. Zwar wird für Geburten nach dem 1. Januar 1992 eine Kindererziehungszeit von drei Jahren in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt, was bedeutet, dass mindestens zwei Kinder geboren und erzogen sein müssen, um die Wartezeit von 60 Monaten zu erreichen. Den Missstand, dass man kindererziehenden Mitgliedern der Versorgungswerke zwar Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung anrechnete, sie aber einen Rentenanspruch meist nicht erreichen konnten, hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zur Errichtung einer Versorgungs-

Symposium für Professor von Schwanewede

„Prothetik, Werkstoffkunde und Funktionslehre – eine lebendige Disziplin“

Anlässlich der feierlichen Verabschiedung des langjährigen Geschäftsführenden Direktors der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Moral“ und des Direktors der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Rostock, Prof. Dr. med. habil. Heinrich von Schwanewede, fand am 13. November ein Symposium zum Thema: „Prothetik, Werkstoffkunde und Funktionslehre – eine lebendige Disziplin“ statt. Eingeladen hatten dazu Spectabilis Prof. Dr. Emil Reisinger und der Geschäftsführende Klinikdirektor Prof. Dr. Peter Ottl, auf dessen Initiative hin diese Veranstaltung stattfand.

Der große Hörsaal der Klinik war wie im November 2007 anlässlich der Feierstunde zum 100-jährigen Bestehen der Rostocker Klinik bis auf den letzten Platz gefüllt. Der Einladung waren hochrangige Vertreter aus Politik und Wissenschaft, unzählige Weggefährten, ehemalige Kollegen und Mitarbeiter, Studierende, Freunde und seine Familie gefolgt.

„Wir feiern einen Pionier der Hochschulautonomie“, sagte Henry Tesch, Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommerns, und leitete damit die Ehrung Professor von Schwanewedes ein, nicht ohne zu betonen, dass man auch zukünftig nicht auf dessen unschätzbare Erfahrungen verzichten wolle.

Prof. Dr. Wolfgang Schareck, Rektor der Universität Rostock, hob den großen Verdienst Prof. von Schwanewedes daran hervor, dass die Klinik mit ihrer Qualität und ihrem Niveau zu einer Vorzeigeeinrichtung der Universität Rostock geworden sei. Prof. Emil C. Reisinger, Dekan der Rostocker Medizinischen Fakultät, und Prof. Dr. Peter Schuff-Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Rostocker Universitätsklinikums, brachten in ihren anschließenden Grußworten zum Ausdruck, dass es ihnen eine Herzensangelegenheit sei, sich von ihrem angesehenen Kollegen zu verabschieden.

Anschließend richteten Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK und Präsident der ZÄK M-V, und Dr. Andreas Crusius, Präsident der Ärz-

tekammer M-V, ihre Worte an den zu Ehrenden und bekundeten ihre tief empfundene Anerkennung für dessen unermüdlichen, zielstrebigem und beharrlichen Einsatz um den Erhalt der Rostocker Zahnmedizin.

Prof. Dr. Michael Walter, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, sprach von Prof. Dr. von Schwanewede als „Vorbild“ und lobte „seine hohe Akzeptanz in der wissenschaftlichen Gemeinschaft“.

In der Laudatio von Prof. Roßbach wurde die Lebensleistung von Herrn Prof. von Schwanewede vielseitig beleuchtet.

In dem sich anschließenden Fachsymposium kamen namhafte Fachvertreter aus den Disziplinen Prothetik und Werkstoffkunde zu Wort.

So gab Prof. Dr. Reinhard Marxkors von der Westfälischen Wilhelms-

Universität in Münster in seinem Vortrag „Zahnärztliche Prothetik im Wandel der Zeit“ einen interessanten geschichtlichen Überblick über deren Entwicklung und ihre Integration in die Medizin.

Der Geschäftsführende Direktor der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Moral“ und Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Rostock, Professor Ottl, referierte über aktuelle Fragestellungen der „Diagnostik und Therapie von kranio-mandibulären Dysfunktionen – zahnärztlich und interdisziplinär“.

Prof. Dr. J. Geis-Gerstorfer aus der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen widmete sich dem interessanten Thema „Die Implantatoberfläche - ein Schlüssel zum Erfolg“. Für das Institut für Biomedizinische Technik und die beiden Doktoranden des Geehrten, Dr.



Magnifizienz Prof. Dr. Schareck bei seinen bewegenden Worten an den zu Ehrenden, re. daneben Minister Tesch, Staatssekretär Michallik.



Stehende Ovationen des Auditoriums nach den Schlussworten von Prof. Dr. von Schwanewede

Fotos: Medienzentrum der Uni Rostock



In kollegialer Eintracht - Prof. von Schwanewede und sein Nachfolger, der Initiator des Symposiums, Prof. Dr. Ottl



Bildungsminister Tesch dankt dem verdienstvollen Rostocker Zahnmediziner.

Jens M. Wolf und ZA Felix Worm, aus der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Rostock sprach Prof. Dr. D. Behrend über „Zahnärztliche Restaurationen aus der Sicht des Werkstoffkundlers“.

Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger von der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster beendete die Reihe an Fachvorträgen mit dem Thema „Ist die Qualität prothetischer Arbeit justizibel?“.

Heinrich von Schwanewede begleitete 45 Jahre die Rostocker Zahnmedizin. Er studierte von 1959 bis 1964 Zahnmedizin, promovierte 1967 und habilitierte 1979. Im Jahr 1984 wurde er zum ordentlichen Professor an der Universität Rostock berufen und leitete seit 1991 bis zu seinem Ausscheiden am 31. Dezember 2008 als Geschäftsführender Direktor die Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Moral“ und als Direktor die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.

Immer wieder wurde an diesem 13.

November bewusst gemacht, dass Prof. von Schwanewedes Lebensleistung nicht ohne die Jahre des Ringens um den Erhalt des Studienganges Zahnmedizin und der Rostocker Zahnklinik vollständig beschrieben werden kann.

Er ist nicht gegangen und hat das Licht ausgemacht. Vielmehr hat er



Der Präsident der ZÄK M-V und Vizepräsident der BZÄK, Dr. Oesterreich, würdigt im Namen der Zahnärzteschaft das Wirken des Geehrten.

einen gut strukturierten Studiengang Zahnmedizin übergeben, der in zwei bedeutenden Hochschulrankings Zahnmedizin für in- und ausländische Universitäten in den letzten Jahren Spitzenplätze belegte. Die Klinik zeigte sich am 13. November in einem neuen Aussehen, das nunmehr auch ihrer technischen Ausstattung entspricht. Deshalb kann sich Prof. von Schwanewede von der aktiven Tätigkeit als Hochschullehrer mit sehr großer Zufriedenheit zurückziehen. So sind wohl auch seine Dankesworte aufzunehmen, die er nicht nur an die gerichtet hat, die eng mit ihm zusammengearbeitet und gekämpft haben, sondern an alle Mitarbeiter und Mitstreiter in der Klinik, in der Fakultät, in der Universität und darüber hinaus.

Wir wünschen Prof. von Schwanewede für die Erfüllung seiner weiteren Vorhaben beste Gesundheit und Schaffenskraft.

Im Namen aller Mitarbeiter der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Moral“

PD Dr. Franka Stahl de Castrillon

— Anzeige

Zahnärztekammer aktualisiert Praxisführer

Hilfe für Patienten mit Behinderungen und geriatrischen Patienten

Die Zahnärztekammer hat 2005 den Zahnärztlichen Praxisführer für Patienten mit Behinderungen und geriatrische Patienten herausgegeben. In diese Broschüre konnten sich alle Zahnärzte unseres Bundeslandes eintragen lassen, die Menschen mit geistiger Behinderung, körperlicher Behinderung oder Sinnesbehinderung behandeln.

Der Praxisführer soll es allen Betroffenen und deren Angehörigen und Betreuern ermöglichen, die Praxis in ihrem Umfeld zu finden, die den Anforderungen und Bedürfnissen des jeweiligen Patienten entspricht.

Das Ziel der Herausgabe des Zahnärztlichen Praxisführers war die Erleichterung der Zusammenführung von Menschen mit Behinderungen und geriatrischen Patienten mit interessierten und entsprechend fortge-

bildeten Zahnärzten sowie mit Zahnärzten und Einrichtungen, die über spezielle Ausrüstungen und behindertengerechte Ausstattungen verfügen.

MKG-Chirurgen/Oralchirurgen sowie Kieferorthopäden werden im Praxisführer wegen einer besseren Übersichtlichkeit separat ausgewiesen.

Der Zahnärztliche Praxisführer wurde vor allem in öffentlichen Einrichtungen ausgelegt, wie z. B. in Behinderten- und Seniorenheimen, Sonderschulen, Städte-, Gemeinde- und Ämterverwaltungen, regionalen Behindertenverbänden, Rettungsdiensten, Krankenhäusern usw.. Im Internet ist er unter dem Stichwort Behindertenbehandlung auf der Homepage der Zahnärztekammer (www.zaekmv.de) ständig aktualisiert einsehbar.

Wir bitten alle interessierten Zahn-

ärzte, bei denen sich Veränderungen ergeben haben oder die die Aufnahme in den Praxisführer wünschen, ihre Daten der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer mitzuteilen. Eine Neuauflage des Praxisführers als Broschüre ist derzeit aus Kostengründen nicht vorgesehen. Die Angaben dienen der weiteren Aktualisierung der Daten im Internet.

Für die Richtigkeit der Angaben übernimmt die Kammer keine Gewähr. Jeder rückmeldende Kollege ist entsprechend der Berufsordnung selbst verantwortlich.

Über weitere Hinweise und Anregungen würden wir uns sehr freuen.

Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident
Dr. Holger Kraatz, Referent für Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung



Rückmeldung an die Zahnärztekammer M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Fax 0385 59108 – 20

Name/Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon/Fax: _____

Email: _____

Internet: _____

Praxisbesonderheiten: (Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.)

- | | |
|---|--------------------------|
| Rollstuhlgerechte Praxis | <input type="checkbox"/> |
| Etage (z.B. EG, Hochparterre, 1. Stock) | _____ |
| Lift | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhlgerechtes WC | <input type="checkbox"/> |
| Narkose in eigener Praxis | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung eigener Patienten in | |
| Narkose in OP-Zentren | <input type="checkbox"/> |
| Durchführung von Haus- und Heimbesuchen | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges _____

(z.B. blindengerechte Fahrstühle, Gebärdensprache, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzreduktion u.a.)

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, im Zahnärztlichen Praxisführer aufgeführt zu werden.

Ort, Datum

Praxisstempel/Unterschrift

Neuer Direktor der MKG-Chirurgie an der Uni Rostock

Mit Wirkung vom 1. April wurde Professor Dr. Dr. Bernhard Frerich zum Ordinarius für das Fach Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und als Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie an die Universität Rostock berufen.

Nach dem Studium der Medizin und Zahnmedizin an der Universität zu Köln erhielt er von 1989 bis 1993 seine Facharztausbildung zum Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen an der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Eberhard Karls Universität Tübingen (Direktor Prof. Dr. Dr. Norbert Schwenzer). Im April 1994 wechselte er an die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität Leipzig (Direktor Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich), dort erfolgte bereits im September 1994 die Ernennung zum Oberarzt der Klinik.

In dieser Zeit stand an der Leipziger Klinik und auch für Professor Frerich der Ausbau der operativen Bereiche Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten und maxillo-mandibuläre Dysgnathien im Vordergrund, welcher sich mit der Übernahme des früheren Zentrums für Plastische und Wiederherstellende Kiefer- und Gesichtschirurgie Thallwitz (größtes Spaltenzentrum der ehemaligen DDR) nach Leipzig ergab. Professor Frerich baute darüber hinaus in Leipzig den operativen Bereich der Mikrochirurgie auf, d. h. die Rekonstruktion von angeborenen, erworbenen oder tumorbedingten Defekten mit mikrochirurgischen weichgewebigen und knöchernen Lappenplastiken. In Leipzig hatte er von Beginn an die Position des Koordinators im Zentrum für Schädelbasischirurgie der Universität Leipzig inne, welches 1997 als das erste seiner Art im deutschsprachigen Raum gegründet worden war. Dort etablierte er die onkologische kraniofaziale Chirurgie.

Parallel dazu baute er ein Forschungslabor für Tissue engineering und Regenerative Medizin auf. Nach der Habilitation im Jahre 2000 über das Thema „Untersuchungen zum Tissue-engineering vaskularisierter Transplantatgewebe in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ erfolgte im gleichen Jahr die Ernennung zum lei-

tenden Oberarzt und stellvertretenden Klinikdirektor. Die von ihm dort initiierten klinischen Studien beschäftigen sich mit der Lebensqualitätsbewertung und dem Outcome nach operativer Tumorbehandlung, der Sentinel-Lymphknotenbiopsie bei Tumoren des Kopf-Hals-Bereichs. Zudem ist er



Professor Dr. Dr. Bernhard Frerich

Koordinator der Leitliniengruppe Onkologie der deutschen Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und im Vorstand des DÖSAK (Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich).

Weitere Meilensteine seiner akademischen Laufbahn waren der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ im Jahre 2002, des Master of Oral Medicine in Implantology im Jahre 2005 sowie die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor in Leipzig im Jahre 2006, aber auch wissenschaftliche Erfolge und Projekte, die im Zusammenhang mit der Gründung eines Translationszentrums für Regenerative Medizin in Leipzig erreicht wurden und die jetzt in Rostock fortgeführt werden sollen.

Ein wesentlicher klinischer Schwerpunkt der jüngeren Zeit ist die onkologische und plastisch-rekonstruktive Chirurgie, welche neben der primären und sekundären Spaltchirurgie ein Schwerpunkt an der Leipziger Klinik geblieben ist. Inzwischen werden dort etwa 50 mikrochirurgische Lappenplastiken jährlich durchgeführt.

Professor Frerich ist seit dem Jahre

Oesingmann bei Konjunkturgipfel im Kanzleramt

Um die Lage auf den Finanzmärkten, in der übrigen Wirtschaft und auf dem Arbeitsmarkt zu analysieren, hatte Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel Anfang Dezember zu einem erneuten Treffen im Zuge der Wirtschaftskrise in ihren Amtssitz geladen. Dabei wurde insbesondere die Kreditklemme ins Visier genommen.

Unter den 35 Teilnehmern waren neben den Bundesministern auch Vertreter des Bankensektors, der Wirtschaft, der Gewerkschaften, der Wissenschaft, der Bundesagentur für Arbeit und der Spitzenverbände der Wirtschaft. BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann vertrat die Freien Berufe. Im Rahmen des Treffens umriss er die Auswirkungen der Krise auf die Freiberufler.

Mit Blick auf den erschwerten Zugang zu Krediten forderte Oesingmann eine verstärkte Einzelfallbetrachtung. Zudem unterstrich er, dass bei der Kreditvergabe an Freiberufler zukünftig verstärkt Faktoren wie Wissen, Persönlichkeitsstruktur und Marktprognose berücksichtigt werden müssten, was nach heutigem Vorgehen im Rahmen von Basel II zwar möglich ist, aber viel zu wenig praktiziert wird.

BFB

1999 verheiratet und Vater von vier Töchtern, seit dem Sommer 2009 lebt auch seine Familie in Rostock. An der Rostocker Klinik werden neben der klinischen Tätigkeit weiterhin die Regenerative Medizin und das Tissue engineering seine wissenschaftlichen Schwerpunkte bleiben. Für die weitere Arbeits- und Lebenszeit in Rostock wünschen wir ihm viel Glück, Freude und Schaffenskraft.

Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz,
Oberarzt der Klinik

Schnarchen kann auch tödlich sein

Am 16. Oktober organisierte der Verein zum Qualitätsmanagement in der Kieferorthopädie Mecklenburg Vorpommern e. V. in Rostock eine Fortbildung zum Thema Schnarchen und Schlafapnoe. Als Referentin konnte die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin e.V. Dr. Susanne Schwarting gewonnen werden. Das Thema Schlafapnoe und die daraus resultierenden Risiken sind durchaus ein Thema für den Zahnarzt und Kieferorthopäden. Zwei bis vier Prozent der Bevölkerung haben ein Schlafapnoe-Syndrom. 80 Prozent der Patienten mit Schlafapnoe sind noch undiagnostiziert. Durch die häufigen Atemaussetzer kommt es zu Sauerstoffmangelzuständen und unbewussten Weckreaktionen. Dieser fragmentierte Schlaf führt wiederum zu Tagesmüdigkeit. Schlafapnoiker neigen dazu, in monotonen Situationen einzunicken. Diese Betroffenen sind durch das Phänomen „Sekundenschlaf am Steuer“ vier- bis siebenmal häufiger in Verkehrsunfälle verwickelt.

Die medizinischen Folgen der unbehandelten Schlafapnoe sind gravierende kardiovaskuläre Risiken: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall. Atempausen können bis zu 600 Mal pro Nacht auftreten, ab 20 Atemaussetzern pro Stunde sinkt statistisch die Lebenserwartung. Wer also laut schnarcht, fremdanamnistisch nächtliche Apnoen hat und sich morgens unausgeschlafen fühlt, sollte sich von seinem Hausarzt an einen Lungenfacharzt über-

weisen lassen, damit die Diagnose durch eine ambulante nächtliche Schlafaufzeichnung gestellt werden kann. Bisheriger Goldstandard ist die nächtliche CPAP-Überdruckbeatmung. Der Überdruck hält den



Dr. Susanne Schwarting

Rachen pneumatisch frei, sodass der Atemweg nicht kollabieren kann. Ein Teil der Patienten kommt von Anfang an nicht damit zurecht und die Langzeitakzeptanz sinkt unter 70 Prozent. Das bedeutet, dass ein nennenswerter Teil der Patienten untherapiert bleibt. Die verfeinerte Diagnostik filtert immer mehr Patienten heraus, die nicht der bekannten Patientengruppe angehören, die unter Adipositas leiden, sondern normgewichtig sind und eine weniger ausgeprägte Tagessymptomatik haben. Gerade diese Patienten tolerieren die nächtliche Überdruckbeatmung schlecht, aber das kardiovaskuläre Risiko bleibt. Hier eröffnet sich nun ein neues wichtiges interdisziplinäres Arbeits-

feld. Mit intraoralen Schnarch- oder Apnoeschienen (Unterkieferprotrusionsschienen) kann indirekt durch Unterkieferverlagerung der Pharynx nachts offengehalten und die Muskulatur tonisiert werden. Unterkieferprotrusionsschienen sind herausnehmbare Zahnschienen, die kieferorthopädischen Zahnspangen gleichen. Sie werden während des Schlafes getragen und beeinflussen die Unterkieferlage, Zungenlage und die Gaumensegellage, indem sie diese Strukturen in einer leichten Vorwärtsposition halten. Die Auswahl der geeigneten Unterkieferprotrusionsschiene für die individuelle Situation eines Patienten und das Einleiten und Überwachen einer erfolgreichen Langzeittherapie erfordert spezielles Know how und kann nur durch Zahnmediziner geleistet werden, die sich auf dem Gebiet der zahnärztlichen Schlafmedizin besonders fortgebildet haben. Lange Zeit konnte man sich diese Kenntnisse nur aus der internationalen Literatur und auf Fachkongressen aneignen. Seit dem Jahr 2000 gibt es auch eine deutsche Fachgesellschaft, die DGSZ Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin e.V. (www.dgsz.de).

Die DGSZ steht allen Kollegen offen, die fundierte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten auf diesem Gebiet suchen und sich engagiert in die oral-appliance-Therapie einarbeiten möchten, um einen Platz in den interdisziplinären Behandlungsteams einzunehmen.

Dr. Matthias Hartung
www.kieferorthopaedie-mv.de

Anzeige

Fortbildung im März 2010

3. März 7 Punkte

Inlay, Teilkronen, Veneer –
Gold oder Keramik
Prof. Dr. Dr. h.c. G. Meyer
14 – 20 Uhr
Zentrum für ZMK
W.- Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 15
Seminargebühr: 225 €

6. März 9 Punkte

Ästhetische Frontzahnfüllungen in der
Compositeschichttechnik nach Vanini
Dr. A. Löw
9 – 17 Uhr
Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8
17487 Greifswald
Seminar Nr. 16
Seminargebühr: 275 €

10. März 7 Punkte

Seniorenzahnmedizin, Alterszahnmedi-
zin, Gerodontologie
Prof. Dr. R. Biffar
15 – 21 Uhr
Zentrum für ZMK
W.- Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 17
Seminargebühr: 130 €

13. März

Patienting – Patienten gewinnen und
binden
J. Schnell
9 – 17 Uhr
Intercity Hotel
Grunthalplatz 5-7
19053 Schwerin
Seminar Nr. 37
Seminargebühr: 300 €

17. März

Der PAR-Patient - Eine Herausforde-
rung an das Praxisteam
C. Sommer
14 – 19 Uhr
Zahnärztekammer M-V
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Seminar Nr. 38
Seminargebühr: 160 €

17. März 5 Punkte

Die aktuelle PAR-Therapie aus Sicht
von Praxis und Wissenschaft
Prof. Dr. T. Kocher, Dr. H. Garling
15 – 19 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Str. 42a, 17489 Greifswald
Seminar Nr. 18
Seminargebühr: 165 €

17. März 5 Punkte

Okklusionsschienen zur Prävention von
kraniomanibulären Dysfunktionen.
Theoretische Grundlagen, klinisches
und labortechnisches Vorgehen
Prof. Dr. P. Ottl
15 – 19 Uhr
Klinik und Polikliniken
für ZMK „Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 19
Seminargebühr: 105 €

19./20. März 16 Punkte

Hypnosecurriculum (Z1-Z6) Z1 Ein-
führung in die zahnärztliche Hypnose
Dr. H. Freigang
19. März 14 – 20 Uhr,
20. März 9 – 18 Uhr
Mercure Hotel
Am Gorzberg
17489 Greifswald
Seminar Nr. 2
Seminargebühr: 385 €

19./20. März 15 Punkte

Abformung und Kieferrelationsbestim-
mung bei prothetischen Versorgungen
Prof. Dr. R. Biffar
19. März 15 – 21 Uhr,
20. März 9 – 15 Uhr
Zentrum für ZMK
W.- Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 20
Seminargebühr: 300 €

20. März 9 Punkte

Festsitzender Zahnersatz – ein Update
Dr. T. Mundt
9 – 16 Uhr
Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8
17487 Greifswald
Seminar Nr. 21
Seminargebühr: 225 €

20. März

Mein Kind soll es einmal besser haben –
Kinderprophylaxe spielend vermitteln
drs. J. M. Kant
9 – 16 Uhr
Radisson Blu Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 39
Seminargebühr: 175 €

24. März 6 Punkte

Misserfolge in der Endodontie und
Management von Komplikationen
Priv.-Doz. Dr. D. Pahncke

15 – 20 Uhr
Klinik und Polikliniken
für ZMK „Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 22
Seminargebühr: 165 €

24. März 6 Punkte

Moderne Trends in der zahnärztlichen
Chirurgie – Tipps und Tricks für die
Praxis
Prof. Dr. W. Sümnick, Dr. T. Frauendorf
14 – 19 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 23
Seminargebühr: 170 €

27. März

Prophylaxe – individuell – risikoorien-
tiert – lebenslang
A. Oeftger
9 – 16 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 40
Seminargebühr: 215 €

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

Schnell und einfach zum Newsletter der ZÄK

Die Anmeldung zum Erhalt des News-
letters der Zahnärztekammer ist denkbar
einfach und schnell gemacht: Gehen Sie
auf www.zaekmv.de und klicken Sie in der
linken Navigationsleiste auf den Menü-
punkt „Newsletter“. Geben Sie nun Ihre
E-mail-Adresse, Name und Approbations-
jahr in das Formular ein. Sie erhalten kurz
darauf eine Bestätigungsmail, mit der Sie
sich endgültig für den Erhalt des Newslet-
ters freischalten. Sie sind nun in unserem
Verteiler gelistet.

Bei Fragen sind wir gern unter der Ruf-
nummer 0385 59108-27 (Diana Gronow)
für Sie da! Ihre Daten werden vertraulich
behandelt und nicht an Dritte weitergege-
ben. ZÄK M-V

Internationaler Tag der Menschen mit Behinderungen

Anlässlich des Internationalen Tags der Menschen mit Behinderungen am 3. Dezember forderte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) klare Rahmenbedingungen und tragfähige gesundheitspolitische Konzepte für die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Da die Behandlung von Menschen mit Behinderungen wesentlich zeit- und personalintensiver ist, solle diese in Zu-

kunft außerhalb des Budgets erbracht werden, fordert die Zahnärzteschaft. Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich: „Zudem ist es höchste Zeit zu klären, wie die zahlenmäßig wachsende Patientengruppe der Pflegebedürftigen auch zukünftig zahnärztlich erreicht und versorgt werden kann. Deshalb muss auch über die Finanzierung der zahnärztlichen Betreuung in Pflege-

einrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, die im häuslichen Bereich betreut werden, neu nachgedacht werden.“ Zahlreiche regionale zahnärztliche Initiativen und Projekte der Landes Zahnärztekammern zeigen, wie eine präventionsorientierte zahnmedizinische Versorgung für diese Patientengruppe umgesetzt werden kann.

BZÄK

Berechnungsfähige Auslagen bei privat Zahnärztlichen Leistungen

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit seinem Urteil vom 27. Mai 2004 eine weitreichende Entscheidung getroffen, welche Materialien im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung noch berechnet werden können. Obwohl wir bereits seit fünf Jahren mit diesem Urteil leben müssen und mehrfach im „dens“ darüber berichteten, wird diese Rechtsprechung teilweise noch immer nicht genügend beachtet, was zu unnötigen Auseinandersetzungen mit privaten Kostenträgern und Patienten führt. Selbstverständlich muss das Urteil auch bei GKV-Versicherten, bei denen privat Zahnärztliche Leistungen erbracht werden, zur Anwendung kommen. Wir haben nur eine GOZ für privat Zahnärztliche Leistungen, unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten!

Aufgrund des Urteils können viele teure Materialien nicht mehr gesondert in Rechnung gestellt werden. Wo liegt hier die „Zumutbarkeitsgrenze“ für den Zahnarzt?

Laut Feststellung des BGH besteht eine Unzumutbarkeit, wenn die Gebühr ganz oder teilweise von den Materialkosten aufgezehrt wird:

- bei Faktor 1,0 – 100 Prozent der Gebühr
- bei Faktor 2,3 – 75 Prozent und mehr der Gebühr.

Materialkosten, die den 1,0fachen Steigerungsfaktor der entsprechenden Leistungsziffer überschreiten, sind nach Auffassung der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern weiterhin berechnungsfähig. Dies könnte ggf. bei teuren Wurzelkanalinstrumenten (Einmal-Instrumente!), Keramikbrackets, umfangreicher Fluoridierungsmaßnahmen usw. der Fall sein.

Wenn beispielsweise teure Einmal-

Wurzelkanalfeilen den Einfachsatz der Ziffer 241 GOZ überschreiten (15,75 Euro pro Kanal), so kann dieser Materialkosteneinsatz in Rechnung gestellt werden. So wird z. B. empfohlen, bei stark gekrümmten Kanälen diese Feilen (z. B. M-Two-System) nur einmal zu verwenden, so dass sich bei der Verwendung von nur drei Feilengrößen je Kanal bereits ein Materialpreis von fast 25 Euro je Kanal ergibt.

Ein weiteres Beispiel ist die Berechnung des kostenintensiven Materials MTA für den retrograden Verschluss eines Wurzelkanals. Als GOZ-Nummer für den retrograden Verschluss kommt die Gebührennummer 205 GOZ in Frage (Einfachsatz 8,44 Euro). Da 1 Gramm MTA ca. 45 Euro kostet, wird auch hier der Einfachsatz der Gebührennummer 205 GOZ deutlich überschritten.

Als Hinweis für den Kostenträger könnte in betreffenden Fällen auf der Rechnung vermerkt sein: „Zumutbarkeitsgrenze laut BGH-Urteil vom 27.5.2004 überschritten“.

Die Möglichkeit der Berechnung von teuren Wurzelkanalinstrumenten (Einmal-Instrumente) wurde bereits durch nachfolgende Gerichtsurteile unterstützt.

Amtsgericht Hamburg-Wandsbek (Az. 714 C 331/05), 30.11.2007:

Landgericht Hagen (Az. 9 O 102/06), 30.10.2007:

Amtsgericht Bielefeld (Az. 5 C 898/04), 22.06.2006

Amtsgericht Hagen (Az. 140 C 457/04), 15.02.2006

Im Fall der Einmalverwendung von Wurzelkanalfeilen sollte der Behandler überlegen, ob er diese im Anschluss der Behandlung als Nachweis dem Patienten mitgibt. Der Materialkostenbeleg muss natürlich Einzel- und

Gesamtpreis enthalten. Die vor dem BGH-Urteil von 2004 üblichen Lager- oder Vorhaltungskosten dürfen auch nicht mehr zur Anwendung gelangen!

Die oben aufgeführten Urteile haben einige Praxen zum Anlass genommen, Wurzelkanalinstrumente grundsätzlich wieder zu berechnen, auch wenn die Kosten deutlich unter der Zumutbarkeitsgrenze liegen. Diese Verfahrensweise entspricht nicht geltendem Recht.

Die veränderte Rechtslage durch das BGH-Urteil macht es erforderlich, zur betriebswirtschaftlich angemessenen Honorarkalkulation und Leistungsabrechnung die Möglichkeiten der GOZ intensiver zu nutzen:

- die Gebührensprende (§ 5 GOZ) ist bis zum 3,5fachen Faktor offen (mit entsprechender Begründung oberhalb des 2,3fachen Faktors)
- Nutzung der Möglichkeit zur abweichenden Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ (Faktor oberhalb des 3,5fachen Steigerungssatzes)
- Anwendung der Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (z. B. bei dentinadhäsiven Restaurationen). Bei der Wahl der Analognummer muss auch der Materialkosteneinsatz berücksichtigt werden, was im Fall den dentinadhäsiven Restaurationen mit den Nummern 215-217 für die Analogieberechnung gut gelingt.
- Vereinbarungen nach § 2 Abs. 3 GOZ für Leistungen auf Verlangen. Auf nebenstehender Seite veröffentlichen wir noch einmal die Liste der berechnungsfähigen Auslagen nach dem BGH-Urteil.

Dipl.-Stom. Andreas Wegener

Birgit Laborn

GOZ-Referat

Liste der nach GOZ berechnungsfähigen Materialien

Auf der Rechnung sind anzugeben:

- Art (z. B. „Abformmaterial“)
- Menge
- Individueller Einzelpreis

Der Ersatz von Auslagen kann gemäß § 4 Abs.3 GOZ für folgende **Materialien** vom Patienten gefordert werden:

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Abformmaterial (Allgemeine Bestimmungen Abschnitt A)

B. Konservierende Leistungen

Verankerungselemente (GOZ-Nrn. 213 und 219) Metallfolie (GOZ-Nr. 214)

Konfektionierte Kronen (GOZ-Nr. 225)

Konfektionierte Hülsen (GOZ-Nr. 226)

C. Chirurgische Leistungen

Alloplastische Materialien (Allgemeine Bestimmungen, Abschnitt D, GOZ-Nr. 411)

Material zur Förderung der Blutgerinnung (Allgemeine Bestimmungen Abschnitt D)

Materialien zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen (Allgemeine Bestimmungen Abschnitt D)

Konfektionierte apikale Stiftsysteme (GOZ-Nrn. 311 und 312)

Verankerungselemente zur endodontischen Stabilisierung (GOZ-Nr. 315)

D. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Alloplastisches Material zum Auffüllen parodontaler Knochendefekte (Allgemeine Bestimmungen Abschnitt D, GOZ-Nr. 411)

E. Kieferorthopädische Leistungen

Intra-, extraorale Verankerung (z. B. Headgear, GOZ-Nr. 616)

Kopf-Kinn-Kappe (GOZ-Nr. 617)

F. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen

Laborgefertigte Bisschablone (GOZ-Nrn. 802 bis 806)

G. Implantologische Leistungen

Implantate und Implantatteile (Allgemeine Bestimmungen, Abschnitt K)

Die Kosten für **Implantatbohrersätze**, die mit einmaliger Anwendung verbraucht sind, dürfen dem Patienten in Rechnung gestellt werden (BGH-Urteil vom 27.5.2004, Az.III ZR 264/03).

Auslagen für **zahntechnische Leistungen** sind dem Patienten gemäß § 9 GOZ gesondert in Rechnung zu stellen.

Werden **Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ** berechnet, bestimmt § 10 GOÄ, für welche Auslagen im Zusammenhang mit diesen Leistungen Ersatz gefordert werden kann.

Zahnimplantate: „Die Explantation ist ein Drama“

Beim Erfolg einer Implantation spielt die Ästhetik zunehmend eine Rolle«

Muss ein Zahnimplantat, das bereits fest mit dem umgebenden Knochengewebe verwachsen ist, wieder explantiert werden, geht dies nicht so einfach wie Zähne ziehen. „Weil Knochengewebe dabei verloren geht und wieder aufgebaut werden muss, ist die Explantation nur die ultima ratio“, erklärt Dr. Dr. Martin Bonsmann, Düsseldorf, auf der 26. Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen (BDO) am 13. und 14. November in Berlin.

Studien zufolge sind im Schnitt 95 Prozent aller Zahnimplantate nach zehn Jahren noch voll funktionsfähig und an ihrem Platz. Gehen die Titanwurzeln für künstlichen Zahnersatz verloren, geschieht dies zumeist in der frühen Phase nach einer Implantation. Das Implantat heilt nicht ein oder das umgebende Gewebe entzündet sich.

„Muss ein Implantat explantiert

werden, wenn es bereits eingehilt und fest mit dem umgebenden Knochengewebe verwachsen ist, ist dies jedoch ein Drama“, erklärt Dr. Dr. Martin Bonsmann, Düsseldorf, auf der 26. Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen. Eine nicht beherrschbare Periimplantitis (Entzündung des umgebenden Gewebes) oder Fehlpositionierungen des Implantates, die eine prothetische Versorgung erschweren oder – in seltenen Fällen – sogar unmöglich machen, sind Indikationen für eine Explantation.

Während ein Zahn jedoch vergleichsweise einfach extrahiert werden kann, ist die Entfernung eines osseointegrierten Implantates nur mit Knochenverlust zu erkaufen. „Dies zieht dann“, so Bonsmann, „weitere oft umfangreiche augmentative, also knochenaufbauende Maßnahmen nach sich, wenn ein neues Implantat gesetzt wird.“

Doch was bedeutet „Fehlpositionierung“? „Bei der Beurteilung des Erfolges einer Implantation durch den Patienten spielt die Ästhetik zunehmend eine Rolle“, weiß der Düsseldorfer MKG-Chirurg. Während früher die Funktionsfähigkeit im Vordergrund stand, muss die implantatgetragene Versorgung heute auch höchsten ästhetischen Ansprüchen genügen.

Und hier sind unterschiedliche Beurteilungen durch Patient und Arzt durchaus möglich, die mitunter sogar vor Gericht enden. Unsere Zunft ist an dieser Entwicklung nicht ganz unschuldig, meint Bonsmann: „Da jeder nur seine besten und erfolgreichsten Fälle zeigt und mitunter auch vollmundige Aussagen hinzu kommen, entsteht bei den Patienten der Eindruck, dass schon die geringste Abweichung von den idealisierten Darstellungen in Werbebroschüren

ein Fehlschlag ist.“

Darum sei es wichtig, dass auch über Probleme und Misserfolge in der Implantologie gesprochen werde. So ist beispielsweise bei einem schlecht eingestellten oder nicht diagnostizierten Diabetes die Wundheilung – und damit die Einheilung eines Implantates – gefährdet. Auch eine Osteoporose erfordert besondere ope-

orative Strategien. Darum gilt auch für die Implantologie, dass sie besondere Kenntnisse und Qualifikationen erfordert: Weder moderne Implantatsysteme noch eine hochgerüstete technische Ausstattung der Praxis können eine profunde Ausbildung, Erfahrung und Training ersetzen.

Um Probleme und Misserfolge nach Möglichkeit zu vermeiden, sind

für Bonsmann drei Dinge wichtig: „Eine exakte und gute Planung der Implantation, viel Erfahrung des Implantologen sowie auch sein Mut, sich in kritischen Fällen der Unterstützung und Hilfe von erfahrenen Kollegen zu versichern.“

BDO

Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Rostocker Zahnmedizinstudenten feierlich aus der Alma Mater Rostochiensis verabschiedet

Derart exzellentes Gesamtergebnis wurde bislang noch nicht erzielt

Am 30. Oktober wurden 22 Studierende nach bestandenen Staatsexamen feierlich verabschiedet. In diesem Jahr stellte die Universitätskirche den adäquaten Rahmen dar. Auch sonst war einiges anders als in den Vorjahren. Der Wechsel in der Besetzung von drei Lehrstühlen in der Zahnmedizin wurde deutlich, als Prof. Peter Ottl als neuer Geschäftsführender Direktor die Studierenden, ihre Angehörigen und den Lehrkörper feierlich begrüßte.

Noch etwas ist besonders hervorzuheben: Neben zwei Studentinnen, die mit der Note „sehr gut“ das Staatsexamen beendet hatten, erhielten alle anderen die Note gut. Ein derart exzellentes Gesamtergebnis wurde bislang noch nicht erzielt. Offensichtlich war es das Ergebnis

eines sehr individuell gestalteten Unterrichts. Das verdeutlicht einmal mehr, dass ein „Massenstudium“ in der Zahnmedizin nicht die ideale Lösung bringt. Prof. Ottl nahm in seiner Begrüßungsansprache darauf Bezug und kommentierte das zum 2. Mal für die Rostocker Zahnmedizin sehr erfolgreiche CHE-Ranking deutscher Hochschulinrichtungen, das das umfassendste Ranking im deutschsprachigen Raum darstellt. Im Rahmen des im Mai veröffentlichten CHE-Hochschulrankings Zahnmedizin nahmen die Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Moral“ der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock bei einem Vergleich unter 38 in- und ausländischen Hochschulen bei den drei für die Bewertung der Lehre angewendeten

Kriterien gemeinsam mit der Universität Gießen die Spitzenposition ein.

Mit Prof. Ottl verabschiedete der amtierende Dekan Prof. Schmitz die Studierenden. Er betonte die Bedeutung der Forschungstätigkeit für die Absolventen und lobte die Zahnmedizin ausdrücklich mit ihrem hohen Anteil an abgeschlossenen Promotionen an der Medizinischen Fakultät.

Die Zahnärztekammer wies die Absolventen auf die hohe Bedeutung des kollegialen Zusammenhalts im Berufsleben hin. Dipl.-Stomatologe Gerald Flemming, Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, empfahl das Engagement für die Arbeit in den Standsvertretungen.

Zwei Studentinnen reflektierten in ihren Dankesworten das Studium der vergangenen fünf Jahre. Ausdrücklich dankten sie neben den Hochschullehrern auch den wissenschaftlichen Assistenten, den Schwestern und Zahntechnikern, die wesentlichen Anteil an ihrer Ausbildung hatten und die sie neben der Vermittlung theoretischer Kenntnisse gewissermaßen für die Praxis fit gemacht haben.

Den Professoren, den ehemaligen wie den „neuen“ merkte man die Zufriedenheit über das Gelungene bezüglich der erfolgreichen Absolventen an, präsentiert sich doch Rostock mit einem gut aufgestellten Studiengang Zahnmedizin in einer „quasi“ neuen Klinik, der das Alter von über 70 Jahren nicht anzusehen ist.



Die Universitätskirche stellte für die Examen-Feier den adäquaten Rahmen dar. Foto: Medienzentrum der Universität Rostock

Prof. Dr. Rosemarie Grabowski

Fortbildungsprüfungsregelung

für die Durchführung der beruflichen Aufstiegsfortbildung der Zahnarthelferin/des Zahnarthelfers und der/des Zahnmedizinischen Fachangestellten zum/zur Fortgebildeten Zahnarthelfer/-in/Zahnmedizinischen Fachangestellten im Bereich Prophylaxe

Inhalt

I. Abschnitt

Ziel

§ 1 Ziel der Fortbildung

II. Abschnitt

Fortbildungsvoraussetzungen

§ 2 Zulassung zur Fortbildung

§ 3 Antragsunterlagen

§ 4 Auswahl der Teilnehmer

III. Abschnitt

Dauer und Inhalt der Fortbildung

§ 5 Dauer der Fortbildung

§ 6 Lerninhalt der Fortbildung

§ 7 Schulungsstätte

IV. Abschnitt

Prüfung

§ 8 Zulassungsvoraussetzungen

§ 9 Inhalt der Prüfung

§ 10 Bewertung der Prüfung

V. Abschnitt

Geltungsbereich und Inkrafttreten

§ 11 Geltungsbereich

§ 12 Inkrafttreten, Genehmigung

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern erlässt nach Genehmigung durch die Kammerversammlung in ihrer Sitzung vom 28. November 2009 und aufgrund des Beschlusses des Berufsbildungsausschusses vom 7. Oktober 2009 als zuständige Stelle nach § 54 in Verbindung mit § 79 Abs. 4 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), zuletzt geändert durch Artikel 9b des Zweiten Gesetzes zum Abbau bürokratischer Hemmnisse insbesondere in der mittelständischen Wirtschaft vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246), folgende besondere Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung zum/zur Fortgebildeten Zahnarthelferin/Zahnmedizinischen Fachangestellten im Bereich Prophylaxe.

I. Abschnitt

Ziel

§ 1 Ziel der Fortbildung

Ziel der Fortbildung zum/zur Fortgebildeten Zahnarthelfer/-in/Zahnmedizinischen Fachangestellten im Bereich Prophylaxe ist es, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Zahnarztpraxis einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen (§ 54 BBiG), der sie befähigt, Prophylaxetätigkeiten nach Delegation im rechtlich zulässigen Rahmen zu übernehmen, insbesondere sollen

• Kenntnisse in der Gewinnung, Übernahme und Interpretation von Befunden und

• in der Durchführung präventiver und therapeutischer Maßnahmen sowie

• fachliche Grundlagen in den Bereichen Gesundheitserziehung, -vorsorge und -aufklärung in adäquater Kommunikation und Pädagogik vermittelt und

• zur Wahrnehmung individualprophylaktischer Aufgaben einschließlich der professionellen Zahnreinigung befähigt werden.

Eine besondere Zielsetzung liegt darüber hinaus darin, grundlegende Kenntnisse in den fachspezifischen Tätigkeitsgebieten „Motivierung der Patienten zur Verhaltensänderung“ durch Anleitung und pädagogische Überwachung sowie in der Organisation der Arbeitsabläufe im Praxisteam und am eigenen Arbeitsplatz zu vermitteln.

II. Abschnitt

Fortbildungsvoraussetzungen

§ 2 Zulassung zur Fortbildung

(1) Der Antrag auf Teilnahme an der Fortbildung hat schriftlich zu erfolgen.

(2) Voraussetzung für die Zulassung zur Fortbildung ist der Nachweis einer mindestens einjährigen beruflichen Tätigkeit als Zahnarthelfer/in/Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r nach bestandener Abschlussprüfung oder eines gleichwertigen Abschlusses.

§ 3 Antragsunterlagen

(1) Dem Bewerbungsantrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Beglaubigte Fotokopie des Zeugnisses der Abschlussprüfung als Zahnarthelfer/in/Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r oder eines gleichwertigen Abschlusses,
- Nachweis über eine mindestens einjährige Berufserfahrung,
- Nachweis über die gesetzlich vorgesehenen Kenntnisse im Strahlenschutz.

§ 4 Auswahl der Teilnehmer

Sofern für einen Fortbildungskurs mehr Bewerber als Fortbildungsplätze vorhanden sind, werden die Teil-

nehmer entsprechend dem Eingang der Anmeldungen berücksichtigt.

III. Abschnitt

Dauer und Inhalt der Fortbildung

§ 5 Dauer der Fortbildung

(1) Die Fortbildung umfasst mindestens 160 Unterrichtsstunden.

(2) Soweit eine Vergleichbarkeit der Fortbildungsinhalte gegeben ist, kann die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern auf schriftlichen Antrag Fortbildungsleistungen, die bei einer anderen (Landes-) Zahnärztekammer erbracht wurden, auf die zu absolvierenden Unterrichtsstunden anrechnen.

§ 6 Lerninhalte der Fortbildung

(1) Während der Fortbildung werden die gemäß Anlage für eine qualifizierte Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Fortgebildeten Zahnarthelferin/Zahnmedizinischen Fachangestellten im Bereich Prophylaxe vermittelt.

(2) Die Unterrichtung erstreckt sich dabei insbesondere auf folgende Lerngebiete:

- Allgemeinmedizinische Grundlagen
- Zahnmedizinische Grundlagen
- Ernährungslehre
- Oralprophylaxe – spezielle Kariesprophylaxe
- Klinische Dokumentation
- Psychologie und Kommunikation
- Ab- und Berechnung von prophylaktischen Leistungen

§ 7 Schulungsstätte

Die Fortbildung wird an den von der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern festgelegten Schulungsstätten durchgeführt.

IV. Abschnitt

Prüfung

§ 8 Zulassungsvoraussetzungen

(1) Zur Prüfung ist zuzulassen, wer innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren an der Fortbildungsmaßnahme vollständig teilgenommen hat.

(2) Über die Zulassung entscheidet die Geschäftsstelle der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen für nicht gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss.

§ 9 Inhalt der Prüfung

- (1) Die Prüfung erstreckt sich auf die in § 6 genannten Lerngebiete und richtet sich nach der Prüfungsordnung für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen.
- (2) In den unter § 6 genannten Lerngebieten ist eine schriftliche und eine mündliche Prüfung durchzuführen.
- (3) Die Bearbeitungsdauer der schriftlichen Aufgaben beträgt für die Prüfungsfächer insgesamt drei Unterrichtsstunden.
- (4) Die mündliche Prüfung wird als Gruppengespräch durchgeführt, das sechzig Minuten je Gruppe (maximal 3 Personen) nicht übersteigen soll.

§ 10 Bewertung der Prüfung

- (1) Die Lerngebiete der schriftlichen Prüfung und die mündliche Prüfung werden jeweils einzeln mit einer Note

bewertet.

- (2) Die Gesamtnote ergibt sich aus dem Mittel der Einzelnoten gemäß Abs. (1).
- (3) Die Prüfung ist bestanden, wenn der Prüfling in der schriftlichen und in der mündlichen Prüfung mindestens ausreichende Leistungen erbracht hat. Wurde die Prüfung erfolgreich bestanden, erhält der/die Teilnehmer/in ein Zertifikat.

V. Abschnitt

Geltungsbereich und Inkrafttreten § 11 Geltungsbereich

- (1) Diese Fortbildungsprüfungsregelung gilt für den Bereich der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.
- (2) Die vor einer anderen (Landes-) Zahnärztekammer als „Zuständige Stelle“ absolvierten Prüfungen wer-

den anerkannt, soweit sie nach einer dieser Ordnung entsprechenden Fortbildungsordnung abgelegt worden sind.

§ 12 Inkrafttreten, Genehmigung
Die Fortbildungsprüfungsregelung für Fortgebildete Zahnarzhelfer/-innen/ Zahnmedizinische Fachangestellte tritt nach Genehmigung durch den Berufsbildungsausschuss und die Kammerversammlung am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt „dens“ der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Kraft.

Schwerin, 30. November 2009

Dr. Dietmar Oesterreich
Präsident der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Post an dens

Fluoridnutzung aus europäischer Sicht

Die European Academy of Pediatric Dentistry (EAPD) tagte im November 2008 in Athen, Griechenland, um die wissenschaftliche Stellungnahme zur Anwendung von Fluoriden bei Kindern zu überarbeiten. Das erarbeitete Manuskript wurde nach sechs Monaten Diskussionszeit durch den Vorstand und die Ländervertreter der EAPD während des Interim-Symposiums der AEPD am 16. Mai 2009 in Helsinki verabschiedet. Die Leitlinie wurde mittlerweile auf der Homepage der EAPD bzw. wird in der Mitgliederzeitschrift der EAPD („European Archives of Pediatric Dentistry“) veröffentlicht.

Das Gremium erzielte Konsens bezüglich der empfohlenen Fluoridkonzentration in Zahnpasten:

- Kinder zwischen sechs Monaten und zwei Jahren benötigen Zahnpasten mit einem Fluoridgehalt von 500 ppm
- Kinder von zwei bis sechs Jahren sollten eine Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1000 ppm benutzen
- Kinder von über sechs Jahren sollten eine Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1450 ppm benutzen

Bei Kindern unter sechs Jahren empfiehlt man maximal eine erbsengroße Menge und bei Kindern über sechs Jahren nicht mehr als einen 1 bis 2 cm langen Strang Zahnpasta zu verwenden.

Um frühzeitig auch die so genannte „frühkindliche Karies“ zu verhindern,

propagiert die EAPD zusätzlich folgende Empfehlungen (siehe auch: www.eapd.gr/Guidelines/index.htm):

1. Es sollte eine zahnärztliche Untersuchung während des ersten Lebensjahres erfolgen
2. Die Zähne der Säuglinge sollten, sobald diese durchbrechen, täglich geputzt werden und zwar mit einer erbsengroßen Portion fluoridhaltiger Kinderzahnpaste.
3. Eine professionelle Fluoridapplikation bereits im Milchgebiss wird bei Kindern mit einem erhöhten Kariesrisiko empfohlen.

Die EAPD fordert alle Zahnmediziner auf, Eltern ausreichend über die frühe Übertragung von Mutans Streptokokki zu informieren und darüber zu beraten, wie dies zu verhindern sei. Ausserdem sollte sichergestellt werden, dass Eltern wissen, dass die häufige Einnahme von süßen Getränken, besonders vor dem Zubettgehen, nicht ratsam ist.

Dr. Britt Schremmer;
Gesundheitsamt Rostock; Zahnärztlicher
Dienst; Paulstr.22; 18057 Rostock;
Tel.: 0381-3815318

Anmerkung der Redaktion:

In Deutschland ist von Seiten der DGZMK oder der BZÄK derzeit keine Anpassung der Leitlinie zu Fluoridierungsmaßnahmen vorgesehen.

Service der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

Sitzungstermin des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am 27. Januar 2010 (**Annahmestopp von Anträgen: 6. Januar 2010**) sowie am 31. März 2010 (**Annahmestopp von Anträgen: 10. März 2010**) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin einzureichen sind.

Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

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

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Ruhen der Zulassung
- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes)
- Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)
- Verzicht auf die Zulassung (wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam)

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

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt:

- Vorbereitungsassistenten/Zahnärzte

suchen Anstellung

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

Zulassungen

Heide Bölker
Zahnärztin
Parkstraße 16
18119 Rostock

Bozena Pyra
Zahnärztin
Königstraße 23
17358 Torgelow

Dr. med. Jörg-Uwe Neumann
Zahnarzt
Breite Straße 16
18055 Rostock

Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrages

Dr. med. Thomas Keller
Zahnarzt
Pferdemarkt 2
18273 Güstrow

Praxisabgabe/Praxisübernahme

Die Zahnarztpraxis von Christine Kutz, niedergelassen seit 15. April 1992 in 18146 Rostock, Johann-Chr.-Wilken-Str.2-4, wird ab 1. Januar 2010 von Jana Kitzmann weitergeführt.

Ende der Niederlassung

Petra Götze
Zahnärztin
Feldweg 6b
19069 Lübstorf

Stefan Kretschmar
Zahnarzt
Mühlenstraße 30
23970 Wismar

Dr. med. dent. Wilfried Kopp
Zahnarzt
Niklotstraße 39
18273 Güstrow

Ende der Teilzulassung

Dr. med. Thomas Keller
Zahnarzt
Parkstraße 16
18119 Rostock

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Anstellung von Bozena Pyra in der

Praxis Susanne Quitenski, niedergelassen in 17034 Neubrandenburg, Kranichstraße 41, endete am 30.11.2009.

Prof. Dr. med. habil. Klaus Buth, niedergelassen in 17489 Greifswald, Gützkower Str. 69, beschäftigt ab 1. Dezember 2009 Anne-Kathrin Buth als ganztags angestellte Zahnärztin.

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dres. Gitta, Christian und Andreas Martens, niedergelassen in 18311 Ribnitz-Damgarten, Rostocker Straße 42, beschäftigen ab 1. Dezember 2009 Dr. med. dent. Katharina Martens als ganztags angestellte Zahnärztin.

Dr. Angela Langschwager, niedergelassen in 18055 Rostock, Stephanstraße 12, beschäftigt ab 1. Januar 2010 Dr. med. dent. Susanne Langschwager als halbtags angestellte Zahnärztin.

Geertje Lau, niedergelassen in 17489 Greifswald, Arndtstraße 24, beschäftigt ab 1. Januar 2010 Dr. med. dent. Grit Meissner als ganztags angestellte Zahnärztin.

Sebastian Ratjen, niedergelassen in 17489 Greifswald, Bahnhofstraße 44/45, beschäftigt ab 1. Januar 2010 Betty Liebeke als halbtags angestellte Zahnärztin.

Dr. med. dent. Stefan Müller, niedergelassen in 23970 Wismar, Klußer Damm 80a, beschäftigt ab 1. Dezember 2009 Christian Jahn als ganztags angestellten Zahnarzt.

Die Berufsausübungsgemeinschaft SR Dr. med. dent. Uwe Rath und Antje Rath, niedergelassen in 23942 Kalkhorst, Straße der Jugend, beschäftigen ab 1. Januar 2010 Nils Marckardt als ganztags angestellten Zahnarzt.

Berufsausübungsgemeinschaft

Die Zahnärzte Dr. med. dent. Katy Brauer und Dr. med. Martin Tomuschat führen ab dem 1. Januar 2010 am Vertragszahnarztsitz 19288 Ludwigslust, Lindenstraße 25, eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft.

Verlegung Vertragszahnarztsitz

Die Zahnärztin Manja Krummenauer verlegte mit Wirkung vom 30. November 2009 ihren Vertragszahnarztsitz von der Satower Straße 32 in die Satower Straße 28 in 18198 Kritzmow.

Fortbildungsangebote der KZV M-V

PC-Schulungen

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

Punkte: 3

Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.

Gebühr: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorb.-Ass. und Zahnarzthelferinnen

Einrichtung einer Praxishomepage

Inhalt: Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; Freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); Freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten

Wann: 13. Januar 2010, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Einführung in Windows Vista

Inhalt: Erste Schritte mit Windows Vista; Dateien und Ordner verwalten; Systemanpassung und Benutzerverwaltung; die Zusatzprogramme von Windows Vista

Wann: 3. Februar 2010, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation mit Excel 2003

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

Wann: 10. Februar 2010, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Kostenlose Alternativen zu Word, Excel und Co.

Inhalt: Avira-AntiVir – Gratis-Virenschutz; OpenOffice – Schreiben und Rechnen; Google-Picasa – kostenloser PhotoShop; Wikipedia – „Brockhaus-Ersatz“ für lau

Wann: 3. März 2010, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Textverarbeitung mit Word 2003

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

Wann: 10. März 2010, 16 – 19 Uhr, Schwerin

BEMA-Seminar für Auszubildende im 3. Lehrjahr und Neueinsteiger

Referenten: Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Elke Köhn, stellvertr. Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Heidrun Göcks,

Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

Inhalt: Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH-, KFO- und ZE-Leistungen

gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen; Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Praxisgebühr; zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht; vertragszahnärztliche

Kfo-Behandlung; ZE-Festzuschüsse
Wann: 20. März 2010, 10 – 17 Uhr in Schwerin

Punkte: 6

Gebühr: 75,00 € für Auszubildende, Zahnarzthelferinnen, Vorbereitungsassistenten

KZV M-V, Telefon: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498

Ansprechpartnerin: Antje Peters

E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

Ich melde mich an zum Seminar:

- Einrichtung einer Praxishomepage am 13. Januar 2010, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Einführung in Windows Vista am 3. Februar 2010, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2003 am 10. Februar 2010, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Kostenlose Alternativen zu Word, Excel und Co. am 3. März 2010, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2003 am 10. März 2010, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Seminar (für Auszubildende und Neueinsteiger) am 20. März 2010, 10 bis 17 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Anzeige

Abrechnungshinweise zu Zahnersatz-Festzuschüssen

Wiederherstellungen von Brücken

Wiedereingliederung einer Brücke mit zwei Ankern

Regelversorgung

Festzuschuss: 2x 6.8

Rezementieren

BEMA Nr.: 95a

Wiedereingliederung einer Brücke mit zwei Ankern

Adhäsivverfahren, handelt es sich um eine gleichartige Wiederherstellung. Für die Wiedereingliederung einer Freundbrücke, die als freidendes Brückenglied einen Molaren oder Eckzahn in einer Schalltlücke ersetzt, ist kein Festzuschuss ansetzbar. (ZE-Richtlinie 22).

Wiedereingliederung einer Brücke mit mehr als zwei Ankern (Rezementierung)

Regelversorgung

Festzuschuss: Xx 6.8

Rezementieren

BEMA Nr.: 1x 95b

Wiedereingliederung einer Brücke mit mehr als zwei Ankern

Wiedereingliederung einer Adhäsivbrücke

Bei Versicherten im Alter von 14 – 20 Jahren

Regelversorgung

Festzuschuss: 2x 6.8

Rezementieren

BEMA Nr.: 95a

Wiedereingliederung einer Brücke mit zwei Ankern

Adhäsivbrücken sind gemäß der ZE-Richtlinien in Verbindung mit den FZ-Richtlinien Bestandteil der Regelversorgung bei Versicherten im Alter von 14 – 20 Jahren im Frontzahnbereich. Weitere Voraussetzungen sind Einspannigkeit, Metallgerüst, karies- und füllungsfreie Pfeilerzähne sowie der Ersatz von nur einem Zahn.

In diesen Fällen ist die adhäsive Eingliederung Bestandteil der Regelversorgung, die Abrechnung erfolgt nach BEMA.

Die Wiedereingliederung einer Adhäsivbrücke bei Patienten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, ist eine gleichartige Wiederherstellung. Ebenso sind Wiedereingliederungen von mehrspannigen Adhäsivbrücken zum Ersatz von mehr als einem Frontzahn oder zum Ersatz von einem oder mehreren Seitenzähnen gleichartige Wiederherstellungen.

Wiedereingliederung einer Inlaybrücke mit zwei Ankern

Diese Wiedereingliederung löst **keinen** Festzuschuss aus.

Die Vertragspartner auf Bundesebene haben Inlaybrücken den **nicht** anerkannten Versorgungsformen zugeordnet.

Bei Neuanfertigung erhalten diese Brücken keine Festzuschüsse, deshalb ist für die Wiedereingliederung von Inlaybrücken auch kein Festzuschuss ansetzbar.

Wiedereingliederung einer Facette oder einer Verblendschale an einer Ankerkrone oder einem Brückenglied

Regelversorgung

Festzuschuss: 6.9

Wiederherstellung der Verblendung

BEMA Nr.: 95c

Wiedereinsetzen einer Facette/Verblendschale

Die Wiedereingliederung oder Erneuerung einer Facette oder einer Verblendschale wird unabhängig davon, ob die Maßnahme im Mund oder außerhalb des Mundes erfolgt, mit Befund-Nr. 6.9 bezuschusst.

Die Befund-Nr. 6.9 ist für die Wiederherstellung einer Verblendung nur unter Berücksichtigung der Verblendgrenzen der ZE-Richtlinie Nr. 20 ansetzbar, somit im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5 und im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4.

Wird eine Verblendung außerhalb dieser Grenzen erneuert, ist **kein** Festzuschuss ansetzbar.

Erneuerung einer vestibulären keramischen Verblendung an dem Ankerzahn 13 und wiedereingliedern der dreigliedrigen Brücke 13 – 15.

Regelversorgung

Festzuschuss: 1x 6.9

Wiederherstellung der Verblendung

2x 6.8

Rezementieren

BEMA Nr.: 95c

Erneuerung der Verblendung

95a

Wiedereingliederung einer Brücke mit zwei Ankern

3x 19

provisorische Krone / Brückenglied

Für den typischen Fall der Verblendungserneuerung im Labor sind die Befund – Nrn. 6.8 und 6.9 kombinierbar. Die Befund – Nr. 6.8 ist je Ankerkrone ansetzbar.

Für das in der Regel erforderliche Provisorium ist kein gesonderter Festzuschuss ansetzbar. Die Regelleistung „Provisorium nach BEMA Nr.

Die Befund-Nr. 6.8 ist je Ankerkrone ansetzbar.

Die Abrechnungsfähigkeit der BEMA Nrn. 95a oder 95b ist von der Anzahl der Ankerkronen abhängig. Ankerkronen, die nicht lückenbegrenzend sind, aber im Brückenverband enthalten sind, zählen auch als Ankerkronen und können nicht neben BEMA Nrn. 95a oder 95b nach BEMA Nr. 24a abgerechnet werden.

Für die Entfernung von Zementresten sind weder eine gesonderte zahnärztliche Gebühr noch zahntechnischer Aufwand abrechenbar. Befestigungsmaterialien sind nicht gesondert abrechenbar.

Wiedereingliederung einer Freundbrücke mit zwei Ankern (Rezementierung)

Regelversorgung

Festzuschuss: 2x 6.8

Rezementieren

BEMA Nr.: 95a

Wiedereingliederung einer Brücke mit zwei Ankern

Das Rezementieren einer Freundbrücke ist unabhängig der Einstufung der Freundbrücke bei der Neuversorgung als Wiederherstellungsfall innerhalb der Regelversorgung zu betrachten. Ein Wechsel der Versorgungsform liegt im Hinblick auf die Beschreibung der Befund-Nr. 6.8 nicht vor.

Erfolgt die Wiedereingliederung im

19“ ist bei den Befund-Nrn. 6.8 und 6.9 in den Festzuschuss-Richtlinien abgebildet.

Die BEL II Nrn. 820 0 und 807 0 können bei einer Verblendungsreparatur nur anfallen, wenn Maßnahmen am metallischen Teil der Krone erforderlich sind (z.B. Trennspalt schließen).

Die Wiedereingliederung der neu verblendeten Brücke ist keine Leistung, die über die Regelversorgung hinausgeht. Die Beschreibung der Befund-Nr. 6.8 nimmt keinen Bezug auf vollverblendete, teilverblendete oder nicht verblendete Ankerkronen. Soweit die Brücke rezementiert wird, handelt es sich um einen Wiederherstellungsfall

innerhalb der Regelversorgung, der nach BEMA Nr. 95a bzw. 95b abzurechnen ist.

Die Wiedereingliederung einer Brücke unter Anwendung der Adhäsivtechnik ist auf Grundlage der Beschreibung der Befund-Nr. 6.8 als gleichartige Wiederherstellung einzustufen.

Heidrun Göcks



OA Dr. Alexander Welk mit einigen Teilnehmerinnen der Listerine Prophylaxe Summer School 2009.

Erfolgreiche Teilnahme an der Listerine Prophylaxe Summer School 2009

Unter den zirka 13.000 Teilnehmerinnen der in 2009 stattgefundenen Listerine Prophylaxe Summer School 2009 waren auch zwölf vom Prophylaxeteam der Greifswalder Zahnklinik.

Dass die auf Initiative des deutschen Listerine-Teams 2003 mit 500 Teilnehmerinnen ins Leben gerufene Prophylaxe Summer School ein kontinuierlicher Bestandteil der qualifizierten und kompetenten Prophylaxefortbildung der Zahnarzthelferinnen,

Dentalhygienikerinnen, zahnmedizinischen Fachassistentinnen und Prophylaxeassistentinnen zu aktuellen Entwicklungen und praxisnahen Themen wurde, ist insbesondere das Verdienst von Prof. Bernd-Michael Kleber (Berlin) und Prof. Stefan Zimmer (Witten-Herdecke).

Die 2009 bundesweit durchgeführte Summer School wurde unter anderem durch den Greifswalder Oberarzt Dr. Alexander Welk mitgestaltet, der

nicht nur wissenschaftlich auf diesem Gebiet arbeitet, sondern sich auch in der Prophylaxefortbildung der Zahnärztekammer M-V (FHP/ZMP) engagiert. „Ich bin gerne der Bitte der Initiatoren nachgekommen, einen Beitrag für die Prophylaxe Summer School zu leisten, da mir als Zahnerhalter die chemo-mechanische Biofilm(Plaque)-Kontrolle natürlich ganz besonders am Herzen liegt.“

OA Dr. Alexander Welk
Universität Greifswald

Belastbarkeit von Seitenzahnbrücken aus Zirkoniumdioxid

Mit der Einführung von Zirkoniumdioxid in die Zahnmedizin wurde es möglich, die Indikationsbereiche für vollkeramische Versorgungen deutlich zu erweitern, so dass inzwischen auch die Anfertigung großspanniger Brückenrestorationen im Seitenzahnbereich realisiert werden kann. Während des Fertigungsprozesses und auch im Milieu der Mundhöhle sind diese vollkeramischen Restaurationen jedoch zahlreichen Faktoren ausgesetzt, die zu einer Abnahme der Belastbarkeit führen können. Ziel der vorliegenden Untersuchungen war es, die Belastbarkeit viergliedriger Seitenzahnbrücken aus unterschiedlichen Zirkoniumdioxidmaterialien zu untersuchen. Des Weiteren sollte der Einfluss einer simulierten Alterung sowie einer mechanischen Vorschädigung auf die Belastbarkeit evaluiert werden. Durch die künstliche Alterung wurde die Belastbarkeit der Restaurationen um bis zu 40 Prozent reduziert, wohingegen die mechanische Vorschädigung keinen Einfluss zeigte. Brücken aus dichtgesintertem Zirkoniumdioxid wiesen eine signifikant höhere Belastbarkeit auf als diejenigen, die aus vorgesintertem Material gefertigt wurden. Unabhängig vom Material waren die Belastbarkeiten aller untersuchten Brücken jedoch auch nach künstlicher Alterung noch ausreichend, um einen sicheren Einsatz im Seitenzahngebiet zu gewährleisten.

Einleitung

Restaurationen aus Zirkoniumdioxid (ZrO_2) haben bereits seit einigen Jahren die Phase der experimentellen Anwendung verlassen und nehmen inzwischen einen festen Platz im prothetischen Versorgungsspektrum ein. Anfänglich wurde der Einsatz der Oxidkeramik auf Kronen und kleinere Brücken im Seitenzahnbereich beschränkt, doch es wurde deutlich, dass die hervorragenden mechanischen Eigenschaften des Materials eine Ausweitung des Indikationsbereiches ermöglichen (1, 2). Heute wird Zirkoniumdioxid daher nicht nur bei der Herstellung festsitzender Restaurationen, in Form von Kronen bis hin zu großspannigen Brücken, eingesetzt, sondern auch hybridprothetische Arbeiten, wie Geschiebe und Primärteleskope, sowie Implantataufbauten lassen sich realisieren (Abb. 1) (3). Ein solch weites Indikationsspektrum, das in der Vergangenheit ausschließlich Metallen bzw. Metalllegierungen vorbehalten war, wird in erster Linie durch den hohen Widerstand der Oxidkeramik gegenüber mechanischen Belastungen möglich. Die hervorragenden mechanischen Eigenschaften von Zirkoniumdioxid beruhen neben der

hohen Initialfestigkeit des Materials auf der so genannten Umwandlungsverstärkung. In der Zahnmedizin wird nahezu ausschließlich Y-TZP (yttrium stabilized tetragonal zirconia polycrystals) verarbeitet, eine Zirkoniumdioxidkeramik, die einen Zusatz von 3 Mol Prozent Yttriumoxid (Y_2O_3) enthält (4). Bei dieser Konzentration des stabilisierenden Oxides liegt Zirkoniumdioxid in Form der sonst bei Raumtemperatur nicht stabilen tetragonalen Phase vor. Kommt es unter funktioneller Belastung zur Ausbildung von Rissen innerhalb des Keramikgefüges, so induzieren die an den Risspitzen vorliegenden Zugspannungen eine Umwandlung von der tetragonalen in die monokline Kristallphase, die mit einer Volumenzunahme von ca. vier Prozent einhergeht. Das größere Volumen der entstehenden monoklinen Kristallform führt wiederum zu einer lokalen Druckspannung im Bereich der Risspitzen. Das weitere Risswachstum wird so durch das Zusammendrängen der Rissflanken erschwert (5). Diese außergewöhnlichen mechanischen Eigenschaften machen es möglich, vollkeramischen Zahnersatz herzustellen, dessen initiale Belastbarkeit die physiologisch auftretenden maximalen Kaukräfte des Menschen (ca. 250-500 N) deutlich übersteigt.

Während der Funktionsphase im Milieu der Mundhöhle sind Restaurationen aus Zirkoniumdioxid jedoch zahlreichen Faktoren ausgesetzt, die zu einer Degradation der mechanischen Eigenschaften führen können. Generell sind alle Arten von Keramiken aufgrund ihrer Gefügestruktur mit kovalent-ionischen Bindungen anfällig gegenüber einem unterkritischen Risswachstum. Das feuchtwarmer, korrosive Milieu der Mundhöhle beschleunigt diese Rissausbreitung zusätzlich (6). Neben den auch bei konventionellen Keramiken auftretenden Degradationsprozessen tritt bei Zirkoniumdioxid im wässrigen Milieu ein weiterer, spezieller Degradationsmechanismus auf. Durch das Füllen von im Keramikgefüge vorhandenen Sauerstoffleerstellen durch Hydroxylionen kommt es zu einer verstärkten Phasentransformation von der tetragonalen in die mo-



Abb. 1: Verschiedene Versorgungsmöglichkeiten mit Zirkoniumdioxid: Kronengerüste, Implantataufbauten, Primärteleskope

Gruppe	Mechanische Vorschädigung	Thermische Wechselzyklen	Mechanische Wechselzyklen	Schwellast
Cercon_1	nein	-	-	-
Cercon_2	nein	$1 \cdot 10^6$	$1 \cdot 10^6$	100 N
Cercon_3	ja	$1 \cdot 10^6$	$1 \cdot 10^6$	100 N
Cercon_4	nein	$1 \cdot 10^6$	$2 \cdot 10^6$	100 N
Cercon_5	nein	$1 \cdot 10^6$	$1 \cdot 10^6$	200 N
Digizon_1	nein	$1 \cdot 10^6$	$1 \cdot 10^6$	100 N
Digizon_2	ja	$1 \cdot 10^6$	$1 \cdot 10^6$	100 N

Tab. 1: Übersicht der Untersuchungsgruppen mit Angaben zu Vorschädigung und Parametern der mechanischen Wechselbelastung.

Gruppe	Bruchlast (N)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
Cercon_1	1525,0	76,5	1514,0	1129,6	1880,6
Cercon_2	903,7	40,8	932,3	712,4	1066,6
Cercon_3	921,1	55,6	878,0	639,6	1197,4
Cercon_4	923,5	40,3	896,2	710,8	1146,0
Cercon_5	952,4	51,4	890,8	739,8	1256,6
Digizon_1	1262,6	87,4	1179,0	894,6	1730,0
Digizon_2	1132,4	47,2	1105,0	893,8	1409,6

Tab. 2: Übersicht der Bruchlastwerte für die unterschiedlichen Untersuchungsgruppen.

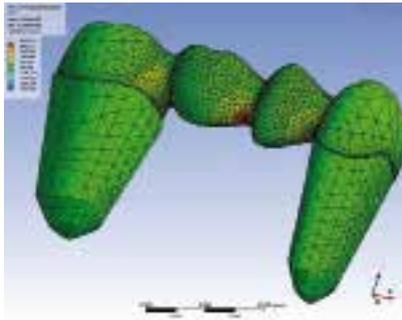


Abb. 2: Analyse nach der Methode der Finiten Elemente einer Zirkoniumdioxid-Brücke bei okklusaler Belastung. Höchste Zugspannungen treten im gingivalen Bereich des mittleren Verbinders auf (rot gekennzeichnete Bereich).

nokline Modifikation. Dieses führt aufgrund der Volumenvergrößerung zu Mikrorissbildungen im Keramikgefüge. Der exakte Ablauf der Reaktion ist jedoch bis heute noch nicht abschließend geklärt (7-9).

Neben der feuchtwarmen Lagerung im Speichel ist Zahnersatz in der Mundhöhle bei täglich bis zu 14 000 Kontakten zwischen den Ober- und Unterkieferzähnen (10) ständig mechanischen Wechselbelastungen ausgesetzt. Die Kontakte zwischen den artikulierenden Zahnreihen treten beim Schlucken, beim Kauen, beim Sprechen, bei reflektorischen Leerbewegungen und bei Parafunktionen auf. Die höchsten Kräfte werden dabei während des Kauvorgangs gemessen. Hochrechnungen zur Anzahl der pro Jahr auftretenden Kauzyklen schwanken stark. Rosentritt et al. gehen von bis zu 800 000 Zyklen pro Jahr aus (11). Über ihre gesamte Verweildauer in der Mundhöhle kann eine Restauration somit weit über 107 Kauzyklen ausgesetzt sein (12). Diese zyklische mechanische Belastung ist gerade bei der Bewertung von vollkeramischen Restaurationen von Interesse. Die auftretenden Kräfte führen zwar nicht zum sofortigen

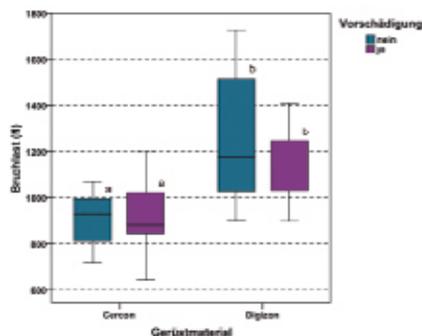


Abb. 5: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Bruchlastwerte in Abhängigkeit von Gerüstmaterial und mechanischer Vorschädigung. Angegeben sind Median und mittlere Quartile. Gruppen, die mit identischen Indizes markiert sind, unterscheiden sich nicht signifikant.



Abb. 3: Vollkeramische Brücke mit Zirkoniumdioxidgerüst nach dem Verblendprozess.

Bruch der Restaurationen, jedoch kommt es zu einer verstärkten unterkritischen Rissausbreitung. Diese vermindert die Belastbarkeit (13) und kann letztlich zum Versagen des Werkstücks führen (14, 15). Bei der In-vitro-Untersuchung insbesondere vollkeramischer Restaurationen sollte diese zyklische Kaubelastung in einem wässrigen Milieu berücksichtigt werden, um zuverlässige Aussagen über das zu erwartende In-vivo-Verhalten treffen zu können. Bislang liegen in der Literatur jedoch nur wenige Arbeiten vor, die sich mit dem festigkeitsmindernden Einfluss einer mechanischen Wechselbelastung auf Zirkoniumdioxidkeramiken näher beschäftigen (16, 17).

Die Festigkeit keramischer Materialien wird auch durch wechselnde thermische Belastungen herabgesetzt (18), wie sie bei Temperaturschwankungen während der Aufnahme warmer und kalter Speisen und beim Atmen auftreten. In der Literatur werden dabei Extremtemperaturen zwischen 0 °C und +67 °C im Rahmen der Nahrungsaufnahme angegeben (19, 20). Nach verschiedenen Untersuchungen führt dies im Bereich der Restaurationen zu Temperaturen von +5 °C bis +55 °C (21, 22). Schätzwerte, wie oft diese Temperaturwechsel während der klinischen Lebensdauer eines eingegliederten Zahnersatzes von ca. 10-15 Jahren auftreten, schwanken zwischen 5000-50 000 Zyklen (23-25).

Defekte in der Keramikstruktur sind oftmals der Ausgangspunkt für ein schleichend fortschreitendes, unterkritisches Risswach-

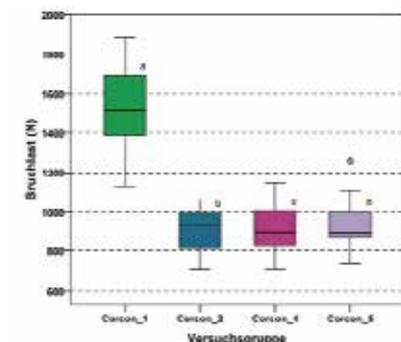


Abb. 6: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Belastbarkeit in Abhängigkeit von unterschiedlichen mechanischen Wechselbelastungsparametern. Angegeben sind Median, mittlere Quartile und Extremwerte. Gruppen, die mit identischen Indizes markiert sind, unterscheiden sich nicht signifikant.



Abb. 4: Aufbau der Bruchlastprüfung.

tum und können gegebenenfalls in einem katastrophalen Bruchereignis resultieren. Der festigkeitsmindernde Einfluss einer mechanischen Vorschädigung auf Zirkoniumdioxidkeramiken wurde bereits in verschiedenen Untersuchungen gezeigt (26-29). Im Rahmen des Herstellungsprozesses zahnärztlicher Restaurationen können insbesondere während der Bearbeitung durch den Zahntechniker Schädigungen auftreten. So kommt es beispielsweise beim Separieren zu unbemerkten Schadstellen im Bereich der interdentalen Konnektoren (30). Gerade dieser Bereich ist aufgrund der dort während der Belastung auftretenden Zugspannungsspitzen jedoch besonders anfällig. Eigene Finite-Elemente-Untersuchungen an viergliedrigen Y-TZP-Brücken konnten zeigen, dass bei okklusaler Belastung im Bereich des mittleren Konnektors Spannungsspitzen insbesondere in der nach basal gerichteten Rundung zu finden sind (Abb. 2) (31). Das Auftreten von Fehlstellen kann das Frakturrisiko in diesem am stärksten belasteten Bereich einer Brücke deutlich erhöhen, da sowohl die Entstehung als auch die Ausbreitung von festigkeitsmindernden Rissen begünstigt wird.

Bei der Herstellung von Zahnersatz aus Zirkoniumdioxid werden spezielle Rohlinge zumeist im Rahmen CAD/CAM (computer-aided design/computer-aided manufacture)-gesteuerter Fräs- bzw. Schleifprozesse verarbeitet. Abhängig vom verwendeten System kommen dabei entweder vorgesinterte oder dichtgesinterte Rohlinge zum Einsatz. Vorgesintertes Zirkoniumdioxid ist leicht spanabhebend zu bearbeiten, das Werkstück muss jedoch nach dem Fräsprozess noch auf seine endgültige Dichte gesintert werden und erreicht auch dann erst seine definitive Festigkeit. Demgegenüber werden dichtgesinterte Rohlinge sofort in ihre endgültige Form geschliffen, ein abschließender Sinterprozess ist nicht erforderlich (32). Die Festigkeit von dichtgesinterten Y-TZP-Rohlingen kann durch so genanntes heißisostatisches Pressen (HIP) noch weiter gesteigert werden (33). Im Vergleich zu vorgesintertem Zirkoniumdioxid zeigt dieses dichtgesinterte Material im Endzustand eine niedrigere Porendichte, eine gesteigerte Festigkeit und einen höheren Widerstand gegenüber hydrothermalen Degradation. Die hohe Festigkeit der verwendeten Rohlinge verlängert jedoch

die Schleifzeiten und führt zu einer schnellen Abnutzung der Schleifinstrumente (34).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sollte die Belastbarkeit viergliedriger Seitenzahnbrücken verglichen werden, die zum einen aus vorgesinterten und zum anderen aus dichtgesinterten Zirkoniumdioxidrohlingen hergestellt wurden. Zudem wurden die Auswirkungen einer definierten mechanischen Vorschädigung der Restaurationen unter dem Einfluss einer Alterungssimulation bei Mundhöhlenbedingungen untersucht. Des Weiteren wurde bei den Brücken aus vorgesintertem Zirkoniumdioxid die Hypothese getestet, dass eine gesteigerte Anzahl von mechanischen Wechselbelastungszyklen oder eine erhöhte Schwelllast bei Wechselbelastung eine Abnahme der Brückenbelastbarkeit hervorrufen. Auf Grundlage der gewonnenen Ergebnisse sollte dann eine Abschätzung bezüglich der Langzeitfestigkeit von Zirkoniumdioxidbrücken im Seitenzahnbereich vorgenommen werden.

Material und Methode

Zur Schaffung einer möglichst realitätsnahen Ausgangssituation wurden der erste Prämolare und der zweite Molar eines Oberkieferkunststoffmodells (Frasaco OK 119, A-3 T, Franz Sachs & Co, Tettnang, D) zur Aufnahme einer viergliedrigen Vollkeramikbrücke präpariert (1 mm starke Hohlkehle, 10° Konvergenzwinkel, 2 mm okklusale Reduktion). Auf Grundlage dieser Modellsituation wurden 50 Brückengerüste aus vorgesinterten Zirkoniumdioxidrohlingen (Cercon base, DeguDent, Hanau, D) mit Hilfe eines CAM-Systems gefertigt. Dazu wurden Wax-ups der Brückengerüste erstellt und nach Fixierung in einem speziellen Scan-Rahmen in der CAM-Einheit (Cercon brain, DeguDent, Hanau, D) laseroptisch eingescannt. Nach automatisierter Erstellung eines dreidimensionalen virtuellen Modells der Restaurationen und anschließender Fräsbahnberechnung wurden die Gerüste in der gleichen Fertigungseinheit dann aus den vorgesinterten Keramikrohlingen herausgefräst. Ihre endgültige Dimension und Festigkeit erreichten die Gerüste nach einem abschließenden Sinterbrand im systemeigenen Ofen (Cercon heat, DeguDent, Hanau, D). Demgegenüber wurden 20 Gerüste aus dichtgesintertem, gehippter Zirkoniumdioxidkeramik (Digizon, AmannGirrbach, Pforzheim, D) mit Hilfe eines CAD/CAM-Systems (DigiDent, AmannGirrbach, Pforzheim, D) hergestellt. Als Grundlage diente dabei ein Datensatz, der durch Einscannen der Modellsituation und anschließende virtuelle Modellierung des Gerüsts am Computer erzeugt wurde. Auf Grundlage dieses virtuellen Gerüstmodells wurden dann die Restaurationen direkt beim Hersteller aus den bereits dichtgesinterten Keramikblöcken herausgeschliffen. Die Dimensionen

der jeweiligen Gerüstserien waren bis auf die Fertigungstoleranzen identisch. Die Wandstärke der Zirkoniumdioxidgerüste betrug im Bereich der Brückenanker zirkulär 0,6 bis 0,8 mm und okkusal 1 mm. Die Verbinderquerschnitte wurden elliptisch gestaltet und wiesen folgende Flächen auf: 12,5 mm² (24 25), 15,6 mm² (25 26) und 11,6 mm² (26 27). Nach Fertigstellung wurden die Gerüste jedes Materials randomisiert auf homogene Versuchsgruppen (n=10) aufgeteilt. Die Gerüste jeweils einer Untersuchungsgruppe pro Material wurden in der Folge gingival im Bereich des Verbinders 25 26 mit einem U-förmigen Ritz versehen, der eine Breite von 180 µm und eine Tiefe von 60 µm aufwies. So sollte eine mögliche Schädigung des Gerüsts durch den Zahntechniker simuliert werden. Die Schädigung wurde mit einer diamantierten Innenlochsäge (Microslice 2, Metals Research Ltd., Royston, UK) unter definierten Bedingungen vorgenommen.

Nach Verblendung der Zirkoniumdioxidgerüste mit den jeweils von den Herstellern empfohlenen Massen (Abb. 3) wurden die Brücken auf Pfeilerzähnen aus Polyurethan (PUR, Alpha-Die-Top, Schütz Dental, Rosbach, D) zementiert (Ketac Cem, 3M Espe, Seefeld, D), die zur Simulation der physiologischen Pfeilerresilienz mit einem Latexmaterial (Erkoskin, Erkodent, Pfalzgrafeweiler, D) ummantelt worden waren. Daraufhin wurden die Pfeilerzähne mit den zementierten Brücken in einem PUR-Sockel fixiert, was eine spannungsfreie Zuordnung der Pfeiler ermöglichte.

Die Brücken wurden im Folgenden mit Ausnahme einer nicht vorgeschädigten Cercon-Gruppe während 200-tägiger Lagerung in destilliertem Wasser bei 36 °C einer künstlichen Alterung durch thermische und mechanische Wechselbelastung unterzogen. Während dieser Alterungssimulation erfolgten 1·10⁴ thermische Wechselbelastungen mit Grenztemperaturen von 5 °C und 55 °C für jeweils 30 s (RCS 6, Lauda, Königshofen, D). Die insgesamt 1·10⁶ mechanischen Wechselbelastungen wurden in einem Kausimulator (Eigenbau, Forschungswerkstatt, Medizinische Hochschule Hannover, D) mit einer Schwelllast von 100 N bei einer Frequenz von 2,5 Hz durchgeführt. In zwei Cercon-Gruppen wurde darüber hinaus die Gesamtzahl der Belastungszyklen (2·10⁶) bzw. die Größe der Schwelllast (200 N) variiert. Detaillierte Angaben zu den Belastungsparametern der einzelnen Gruppen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Nach der künstlichen Alterung wurden die Brücken in einer Universalprüfmaschine (Type 20K, UTS Testsysteme, Ulm-Einsingen, D) mit einer Vorschubgeschwindigkeit von 1 mm/min bis zum Bruch belastet, ein Kraftabfall von mehr als 15 N wurde dabei als Versagen der Restauration und die davor registrierte maximale Kraft als Bruchlast

gewertet. Die Krafteinleitung erfolgte in vertikaler Richtung über eine Stahlkugel (ø 6 mm), im Bereich des mittleren Verbinders wurde zur Verhinderung von Spannungsspitzen eine 0,2 mm starke Zinnfolie zwischen Kugel und Brücke angebracht (Abb. 4). Die frakturierten Restaurationen wurden nach der Prüfung visuell bezüglich des Frakturverlaufes sowie möglicher Verblendungsabplatzungen untersucht. Die Frakturflächen ausgesuchter Restaurationen wurden zusätzlich im Rasterelektronenmikroskop (REM) analysiert.

Der statistische Vergleich der beiden Gerüstmaterialien bei gleichzeitiger Berücksichtigung der mechanischen Vorschädigung wurde mit Hilfe einer zweifaktoriellen Varianzanalyse vorgenommen. Die statistische Analyse zum Einfluss unterschiedlicher Wechselbelastungsparameter erfolgte in Form einer einfaktoriellen Varianzanalyse

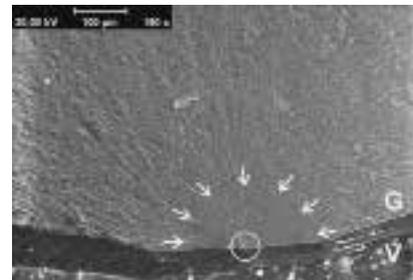


Abb. 7: REM-Aufnahme einer charakteristischen Bruchfläche. Frakturursprung (Kreis) am Übergang zwischen Gerüstkeramik (G) und Verblendkeramik (V). Bruchspiegel durch Pfeile gekennzeichnet.

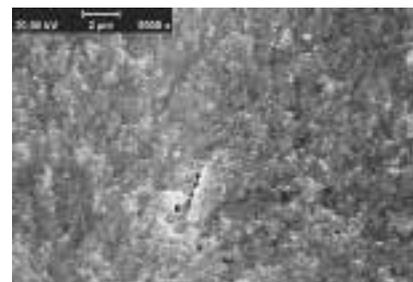


Abb. 8: REM-Aufnahme der Frakturoberfläche einer Brücke aus vorgesintertem Zirkoniumdioxid unter stärkerer Vergrößerung. Es ist eine größere Anzahl von Porositäten als beim dichtgesinterten Material zu erkennen (vgl. Abb. 9).

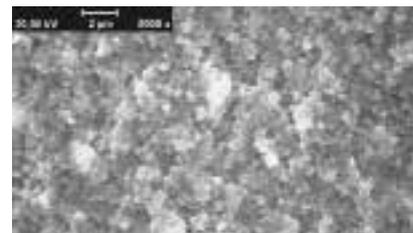


Abb. 9: REM-Aufnahme der Frakturoberfläche einer Brücke aus gehipptem Zirkoniumdioxid unter stärkerer Vergrößerung.

(SPSS 16.0, Software Corp., München, D). Das Signifikanz-Niveau wurde bei allen Auswertungen auf $p=0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

In Tabelle 2 sind die detaillierten Ergebnisse der Bruchlasttests dargestellt. Die statistische Analyse zeigte, dass das verwendete Gerüstmaterial einen signifikanten Einfluss auf die Belastbarkeit der Brücken hatte ($p<0,0001$), wohingegen der Effekt der mechanischen Vorschädigung nicht signifikant war ($p=0,357$) (Abb. 5). In den weiteren Analysen wurde deutlich, dass bei den Cercon-Brücken der künstliche Alterungsprozess einen signifikanten Einfluss auf die Belastbarkeit der Restaurationen hatte ($p<0,0001$). Im Vergleich zur Kontrollgruppe Cercon_1 kam es zu einem erheblichen Abfall der Belastbarkeit um bis zu 40 Prozent. Die Variation der mechanischen Wechselbelastungsparameter hatte hingegen keinen zusätzlichen Effekt auf die Belastbarkeit der Restaurationen (Tab. 2, Abb. 6).

Die visuelle Inspektion der Proben nach den Bruchlasttests ergab, dass die Frakturspalten bei allen Brücken im Bereich des mittleren Verbinders zwischen dem zweiten Prämolaren und dem ersten Molaren verliefen. Die rasterelektronenmikroskopische Analyse der frakturierten Brücken zeigte ähnliche Bruchverläufe bei beiden untersuchten Keramiken. Der Frakturursprung lag bei allen Proben im Bereich der gingivalen Krümmung des Zirkoniumdioxidgerüsts nahe der Grenzfläche zur Verblendkeramik. Die Lokalisation des Frakturausgangs konnte anhand des Verlaufs der Bruchlinien zurückverfolgt werden. Um den Frakturursprung herum konnten zudem die typischen Charakteristika einer keramischen Bruchfläche beobachtet werden (Abb. 7). Unter stärkerer Vergrößerung wurde des Weiteren deutlich, dass die aus vorgesinterten Rohlingen hergestellten Gerüste eine größere Porendichte aufwiesen (Abb. 8) als die aus dichtgesinterten Rohlingen gefertigten (Abb. 9).

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung belegen, dass die Wahl des Gerüstmaterials einen signifikanten Einfluss auf die Belastbarkeit von Brückenrestaurationen hat. Die höhere Belastbarkeit der Restaurationen aus gehipptem Zirkoniumdioxid konnte jedoch nicht a priori vorausgesetzt werden. Auf der einen Seite wies gehipptes Zirkoniumdioxid in einer Untersuchung zwar eine höhere Biegefestigkeit als eine Zirkoniumdioxidkeramik auf, die im vorgesinterten Zustand gefräst und dann dichtgesintert wurde (35). Auf der anderen Seite kann es jedoch durch die Schleifbearbeitung von dichtgesintertem, gehipptem Zirkoniumdioxid, in Abhängigkeit von den gewählten Prozessparametern, zu einer Festigkeitsmin-

derung von über 50 Prozent kommen (36). Der in der vorliegenden Studie beobachtete signifikante Festigkeitsunterschied zwischen den beiden untersuchten Materialien liegt offensichtlich in ihrer unterschiedlichen Dichte und Homogenität begründet (33). Gegenüber der sehr homogenen Struktur der Gerüste aus gehipptem Zirkoniumdioxid wies das Gefüge der vorgesinterten Y-TZP-Proben eine größere Anzahl von Porositäten auf, an denen es zu Spannungskonzentrationen kommen kann und die somit als bruchauslösende Fehlstellen fungieren (Abb. 8 und 9).

Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen (26, 27) konnte in der vorliegenden Studie kein signifikanter Einfluss einer mechanischen Vorschädigung auf die Belastbarkeit der Zirkoniumdioxidproben festgestellt werden. Die Art und Ausdehnung der Vorschädigung ähnelte einem Defekt, wie er unabsichtlich durch einen Zahntechniker bei der Herstellung einer Brückenversorgung induziert werden kann. Es scheint jedoch, dass die Form des durch die diamantierte Säge angebrachten Ritzes nicht scharf bzw. ausgedehnt genug war, um eine Spannungskonzentration zu erzeugen und damit als Bruchursprung zu wirken, obwohl die Schädigung auf der gingivalen Seite des mittleren Verbinders vorgenommen wurde. Die höchsten Zugspannungen unter okklusaler Belastung treten in dieser Region auf (31), in der auch alle Frakturen ihren Ursprung hatten, wie im REM bestätigt wurde (Abb. 7). Des Weiteren wurden die Ritze durch die keramische Verblendschicht abgedeckt und dadurch möglicherweise vor dem korrosiven Einfluss des Wassers während der Wasserlagerung und der Wechselbelastung geschützt. Auch wenn aufgrund der hohen Schadenstoleranz von Zirkoniumdioxid, die insbesondere auf dem Prinzip der Umwandlungsverstärkung beruht, unter den geschilderten Bedingungen kein negativer Einfluss einer Vorschädigung auf die Belastbarkeit gefunden wurde, sollte die Bearbeitung von Zirkoniumdioxidrestaurationen dennoch stets mit größter Sorgfalt erfolgen. Gerade eine ausreichende Wasserkühlung bei der mechanischen Bearbeitung ist zwingend erforderlich, und dies nicht nur im Rahmen des zahntechnischen Herstellungsprozesses, sondern bei jeglichem Einsatz von rotierenden Instrumenten, so auch bei Korrekturen während der klinischen Einprobe durch den Zahnarzt.

Bei der Untersuchung der Cercon-Brücken im Hinblick auf den Einfluss einer künstlichen Alterung konnte eine signifikante Abnahme der Belastbarkeit um ungefähr 40 Prozent beobachtet werden, wobei eine Variation der Wechselbelastungsparameter keinen signifikanten Einfluss auf die Belastbarkeit aufwies. Vor der Alterssimu-

lation lag die Belastbarkeit der Brücken bei ca. 1500 N, die in der Literatur geforderte Anfangsfestigkeit von mindestens 1000 N für festsitzenden Zahnersatz im Seitenzahnbereich (37) wurde somit weit überschritten. Nach künstlicher Alterung betrug die Belastbarkeit der Restaurationen im Mittel ca. 900 N, es zeigte sich damit ebenfalls ein deutlicher Abstand zur Minimalforderung von 600 N für die Dauerfestigkeit im Seitenzahnbereich. Die Brücken aus gehipptem Zirkoniumdioxid wiesen nach Alterssimulation eine noch höhere Belastbarkeit im Bereich von ca. 1200 N auf (Tab. 2). Andere Autoren fanden für viergliedrige Seitenzahnbrücken aus Zirkoniumdioxid ebenfalls Bruchlastwerte in dieser Größenordnung, wobei die Abnahme der Belastbarkeit infolge einer künstlichen Alterung lediglich 20 Prozent betrug (38, 39).

Fazit

Zirkoniumdioxid ist, sowohl im dichtgesinterten, gehippten als auch als im vorgesinterten Zustand verarbeitet, ein vielversprechendes Restaurationsmaterial, das auch für die Herstellung von großspannigen Seitenzahnrestaurationen geeignet erscheint. Die Simulation der Alterung von Zirkoniumdioxidbrücken unter In-vitro-Bedingungen bewirkte jedoch eine signifikante Abnahme der Belastbarkeit. In vivo, im Milieu der Mundhöhle, ist eine solche Degradation der mechanischen Eigenschaften ebenfalls zu erwarten. Diese Festigkeitsabnahme muss beim Brückendesign insbesondere durch ausreichende Dimensionierung im Bereich der Konnektoren berücksichtigt werden. Eine mechanische Vorschädigung hatte unter den gewählten Bedingungen keinen Einfluss auf die Belastbarkeit, doch sollte sie im Rahmen des zahntechnischen Herstellungsprozesses möglichst verhindert werden. Gerade die gewählte Lokalisation im basalen Bereich der interdentalen Konnektoren ist kritisch, da es hier bei Kaubelastungen zum Auftreten von Spannungsspitzen kommt. Für eine abschließende Bewertung der Langzeitstabilität unter In-vivo-Bedingungen sind jedoch klinische Studien notwendig, die die verschiedenen Materialmodifikationen, aber auch unterschiedliche Brückendesigns untersuchen.

Philipp Kohorst¹

Marc Philipp Dittmer²

Lothar Borchers¹

Meike Stiesch¹

¹ Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde, Medizinische Hochschule Hannover, C.-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland

² Klinik für Kieferorthopädie, Medizinische Hochschule Hannover, C.-Neuberg Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland

Literaturverzeichnis bei den Verfassern

Vorgehen in einem eventuellen Schadensfall

Behandlungsfehler können jedem Zahnarzt unterlaufen. Wichtig ist, in diesen Fällen vorausschauend und korrekt vorzugehen.

Grundsätzlich ist es sowohl zur Abwendung wirtschaftlicher Folgen als auch aus berufsordnungsrechtlicher Sicht erforderlich, eine angemessene Berufshaftpflicht abzuschließen. Dies gilt insbesondere für den medizinischen Bereich, da mögliche Schäden gegebenenfalls überaus umfangreich sein können. Wichtig ist daher, dass die Berufshaftpflichtversicherung die individuellen Praxisgegebenheiten berücksichtigt.

Im Normalfall wird sich der Patient zunächst mit dem Behandler persönlich auseinandersetzen und seine Vermutung darlegen. Hierbei sollte der Zahnarzt dem Patienten zeigen, dass er sein Anliegen ernst nimmt, er sollte Kooperationsbereitschaft zeigen und den Fall mit ihm diskutieren. Es kann ebenfalls angezeigt sein, einen Praxismitarbeiter als Zeugen zu dem Gespräch hinzu zu ziehen. Das Verhalten des Behandlers ist in der Regel ausschlaggebend für die Entscheidung des Patienten, zivil- oder gegebenenfalls auch strafrechtliche Schritte einzuleiten. Ein unzufriedener Patient ist diesbezüglich meist entscheidungsfreudiger. Gerade deshalb ist ein positiver Gesprächsverlauf entscheidend. Der Behandler sollte das durch den Patienten veranlasste Gespräch entsprechend zu einer selbstkritischen Prüfung der Behandlung nutzen.

Der Behandlungsvertrag beinhaltet ausdrücklich eine Aufklärungspflicht bezüglich des mittels der Behandlung erreichten Gesundheitszustandes ein-

schließlich gegebenenfalls aufgetretener Komplikationen. Sofern diese Komplikationen Zusatzbehandlungen erfordern, ist der Zahnarzt auch diesbezüglich aufklärungspflichtig. Der Patient soll aufgrund der sachlichen Darstellung in der Lage sein, eine Entscheidung bezüglich seiner weiteren Vorgehensweise zu treffen.

Sollte die Prüfung keinerlei Fehlbehandlung ergeben, ist hierauf im Gespräch ausdrücklich hinzuweisen. Kommt man hingegen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers, ist das Wort „Fehler“ möglichst zu vermeiden. Angenehmer klingen Terminiologien wie „unerwünschter Behandlungsverlauf“ oder „Komplikation“. Dies gilt insbesondere, weil Behandlungsfehler meist nicht offensichtlich sind, sondern einer sachverständigen Begutachtung bedürfen. Eine Erleichterung hat der Gesetzgeber für derartige Gespräche geschaffen: Seit Änderung des VVG darf ein Haftpflichtversicherer die Regulierung des Schadens nicht mehr von vornherein ablehnen, wenn man aus den gegenüber dem Patienten getätigten Erklärungen des Zahnarztes auf ein Schuld- oder Haftungsanerkennnis schließen kann. Der neue § 105 VVG hat darauf abzielende Klauseln in Versicherungsverträgen ausdrücklich für unwirksam erklärt.

Unabhängig von dem Verhalten gegenüber dem Patienten ist der Zahnarzt darüber hinaus verpflichtet, innerhalb von einer Woche bei dem Versicherer einen eventuellen Schadensfall anzumelden. Die Frist beginnt mit der Kenntnis von Scha-

denersatzforderungen unabhängig von deren Begründetheit. Dies gilt auch, wenn der Schaden seitens des Patienten oder seines Vertreters bislang nicht konkret beziffert wurde. Eine unterbliebene oder verspätete Anzeige kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Die Hinzuziehung eines Rechtsbeistandes kann erforderlich sein, wenn z.B. der Patient durch einen Rechtsanwalt vertreten ist. Sofern dies nicht der Fall ist, kann ein Beratungsgespräch mit einem Rechtsanwalt bezüglich der weiteren Vorgehensweise sinnvoll sein. Sofern sich im Schadensfall die Möglichkeit eines außergerichtlichen Vergleichs ergibt, muss das mögliche Verhandlungsergebnis zunächst mit dem Haftpflichtversicherer abgestimmt werden.

Entscheidend dürfte im Streitfall die sorgfältig geführte Behandlungsdokumentation sein. Diese darf keinesfalls verändert werden. Angezeigt ist es, sich nachträglich Notizen zum Behandlungsverlauf zu fertigen. Diese müssen jedoch als solche gekennzeichnet sein, sofern sie in die Patientenakte eingefügt werden.

Was geschieht im Streitfall mit der Patientenakte? Grundsätzlich stehen die vom Zahnarzt gefertigten Unterlagen in seinem Eigentum. Die Originalakte muss daher nicht an den Patienten herausgegeben werden. Jedoch kann dieser die Akte selbstverständlich einsehen und/oder eine Kopie gegen Kostenerstattung erhalten. Sofern ein Vertreter (z.B. ein Rechtsbeistand) Einsichtnahme verlangt, ist die Vorlage einer Schweigepflichtsentbindung notwendig. Bei Röntgenaufnahmen ist der Zahnarzt verpflichtet, diese 10 Jahre lang aufzubewahren. (§ 28 Abs. 3 RöV). Daher muss dem Patienten auf dessen Verlangen lediglich eine Kopie (gegen Kostenerstattung) gefertigt werden. Ein Prozessbevollmächtigter hingegen kann sich zum Zweck der vorübergehenden Einsichtnahme die Originalakte übersenden lassen.

Sicherlich lassen sich nicht sämtliche Rechtsstreite vermeiden. Ein geschicktes Konfliktmanagement kann jedoch im Einzelfall die meist unangenehmen Folgen eines Behandlungsfehlers dämpfen.

Ass. Claudia Mundt

Anzeige

dens 2009 - Register

A		F	
Abeln, Wolfgang	2/1, 4/1, 9/1, 11/1, 12/1	Famulatur im Tonga	2/17
Abrechnungshinweise	1/16-17, 5/17, 6/20-21, 7-8/34-35, 10/24, 11/26-27	Fanghänel, Jochen	3/27
Abrechnungshilfe	2/11	FDP	3/21
Abwasser	9/15	Festsitzender Zahnersatz - was ist in, was ist out?	10/28-31
Adhäsivbrücken	11/28-30	Festzuschüsse	2/26, 9/36
Alterszahnheilkunde	4/4-5, 6/22	Fonds	4/13, 6/4
Alumni	9/26, 12/28	Fortbildung	2/20, 5/15
Amalgam	4/14	Fortbildung KZV	1-12
Angioödem	1/18-19	Fortbildungsnachweis	6/14
AOK-Strafe	11/11	Fortbildungsprüfungsregelung	1/23
Apothekenurteil: EuGH betont Patientenschutz	6/4	Fortbildung ZÄK	1-12
Apotheker- und Ärztebank	4/17	Freie Berufe	2/4, 9/5, 11/10
Arzneimittelverzeichnis	1/7	Fremdkörper in der Kieferhöhle	7-8/37-39
Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya	7-8/24	Friedrich-Römer-Ehrenmedaille	5/6
assistens	11	G	
Aufbaufüllungen und Stiftaufbauten	5/27	Gebührenverzeichnis	1/6
Ausbildung	6/22	Gemeinschaftspraxis	7-8/15
Ausbildungshilfen	9/10	Gesundheitsfonds	3/8, 3/21
Ausbildungsvergütung	4/23	Gesundheitsmarkt	5/12
Ausbildungsvermittlung	3/21, 11/13	Gesundheitsminister	12/16
B		Gesundheitsministerium	3/8
Basistarif gefloppt	10/14	Gesundheitsrecht	7-8/13
Bayerische Tabelle	4/13	Gesundheitswesen	1/5, 1/8, 2/6
Bedarfsplan	5/20-21, 11/20-21	Gesundheitsspot	2/8
Beetke, Prof.	9/29	GKV	1/5, 3/21, 4/8, 5/7
Beitragsordnung	9/12, 11/15, 12/11	GOZ	4/13, 5/8, 10/20, 11/11, 30
Berufsstart	4/17	Gundlach, Karsten	2/24
Bewertungsportal	10/14	Gutachter	2/5, 5/11-12, 7-8/18
BfB: Erfolg im Europäischen Parlament	5/7	Gruppenversicherungsvertrag	11/25
BMG	4/15	H	
Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft	6/11	Hausarztverträge	5/9
Bundestag mit sieben Ärzten	11/9	Heil- und Kostenpläne	7-8/1
Bundesverband Freie Berufe	4/6	Herstellerinformation	1-12
Bundesverfassungsgericht	1/4	Heydenreich, Dr. Torsten	6/15
Bücher/DVD	1/24, 10/27	Hilfsprojekte	4/23
BZÄK	2/11, 5/7, 5/9, 6/11, 12/26	Häusliche Gewalt (Tagung)	3/4-5
D		Heilmittelverordnung	3/29
Daten und Fakten	5/15	Hilfswerk Deutscher Zahnärzte	2/24
Datenschutz	9/5	HIV	1/6
DGFDT	4/3	Homepage, neuer Leitfaden	3/8
DGZMK	9/13, 14, 10/11	Honorarreform	9/4
Degressive Abschreibung	2/16	Honorarsystem	2/9
dens-Umfrage	4/9-11	I	
Dentalinstrumente, Arbeitskreis	4/8	IDS	5/5
Dentaltourismus	9/28	IDZ	4/26
DentalVademekum	5/10	Ihle, Peter	1/1
Der besondere Fall	4/25	Implantation	4/20-22
Deutscher Zahnärztetag 2009 in München	12/13	Implantologie-Symposium	3/20, 12/19
Dienstreisen	9/14		9/8, 11/17
Digitale Planungshilfe	2/11	J	
Digitales Röntgen	3/15	Jahrbuch	12/23
Dohlus, Birgit	2/12-13	K	
E		Kammerversammlung	6/10, 7-8/4-7, 11/12, 12/7-11
Ehrenamtliche Richter	9/26	Kardiologen, Jahrestagung Gesellschaft	6/18-19
Endodontische Behandlung	6/25-27, 30-31	Kfo-Kurs	6/21
Elektronische Gesundheitskarte	1/4, 2/13, 6/12, 12/17	Kieferorthopäden neuer Vorstand	12/17
Europawahl	6/11	Kinderpass, zahnärztlicher, Neuauflage	3/7, 5/22
EU-Abstimmung	6/14	Kinderzahnheilkunde	11/19

Koalitionsvertrag	11/14	Schmidt, Ulla	3/8
Kopp, Dr. Wilfried	7-8/19	Schwanewede, Prof.	10/8, 12/20-21
Kostenerstattung bringt Nachteile	10/8	Schweinegrippe	7-8/8
Krankenkassen	9/16	Selektion	11/14
Krohn, Manfred Dr.	6/1	Selektivvertrag	10/9, 11/9
Kurzarbeitergeld für Freiberufler	4/15	Sekundärteleskop, Verschließen	4/27
KZBV	2/11, 11/10	Seniorentreffen	6/31
		Service der KZV	1-12
L		Sozialministerin Schwesig	3/9-10
Landesverband Freier Berufe (Konjunkturrat)	3/7	Sponholz, Herbert	3/26
Lang, Hermann	1/19	Staatsexamen	3/25, 11/6
Lasereinsatz	4/15	Strahlenexposition	2/32-34
Lauterbach, Karl	4/18	Studie	1/11
Lemor, Florian	5/7	Sturzprävention	2/27
Leserpost	3/31, 5/22-23, 12/29		
M		T	
Medizinproduktegesetz	3/11	Tag des Ausbilders	3/20, 12/17
Meyer, Georg	1/13	Tag der Zahngesundheit	4/12, 7-8/18, 10/10, 11/18
Möbius, Ronald	3/31	Tinnitus und kranio-mandibuläre Dysfunktion	5/24-26
Möhler, Dr. Harald	7-8/22	U	
Milchzahnendodontie in der Praxis	3/22-24	Übergewichtige, Behandlung	2/19
Milchzähne, Barrieren bei der Sanierung	1/20-22	Ultraschallgerät mit 30 000 Schwingungen	3/6
MVZ	5/9	Umweltrecht	6/19
		Uni Rostock	1/7, 19, 2/27
N		V	
Narkose	2/9, 10, 6/24, 7-8/14	vdek	2/11
O		Verband Medizinische Fachberufe	9/9
Oesterreich, Dietmar	1/1, 3/1, 9-10, 5/1, 6, 7/1, 10/1, 12/1	Versorgungswerk	1/8, 2/14-15
Öffentlichkeitsarbeit	5/13-14, 11/7-9	Versorgungsstatut	9/17-24
Online-Abrechnung	5/16, 6/14	Vertreterversammlung der KZV	3/6, 6/5-9, 10/22, 11/22
Ostvergütungen	4/7	Vertreterversammlung der KZBV	12/4-6
Ost-West-Angleich	5/4, 6/4, 7-8/14		12/14
P		W	
Pahncke, Andrea	7-8/26	Wahlprogramme	7-8/10-12
Paracetamol	5/9	Weiterbildungsordnung	10/15-19
Parlamentarischer Abend	6/12	Werbeschreiben Brancheneintrag	3/5
Parodontitis	7-8/12, 9/30-33	WHO	7-8/8
Parodontalthherapie	2/28-31, 4/14	Wurzelspitzenresektion	3/32
Parodontologie-Curriculum	9/38-39		
Patientenaufklärungsfilm	11/17	Z	
Patientendaten	1/4	Zahnarztseminar	1/10-11
Patienteninformation	5/7, 11/23	Zahnärzteball	3/2, 4/2, 9/6-7
Patientenrechtegesetz	9/11	Zahnärzte mit gutem Zeitmanagement	10/8
Perspektive Mundgesundheits	7-8/9	Zahnärztekammer	3/9-10
Praxisformen	9/27	Zahnärztekammer Ausbildungsvermittlung	11/13
Praxisgebühr	7-8/8, 23	Zahnärztekammer Beitragsordnung	12/7-11
Promotionspreis für Greifswald	3/20	Zahnärztekammer Schleswig-Holstein	6/13
proDente	2/16	Zahnärztetag	2/7, 3/18-19, 4/16, 5/18-19, 7-8/20-21, 22 10/4-7, 11/4-6
Q		Zahnärztliche Hilfsorganisationen	9/10
Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen	10/11	Zahnärzte zur wirtschaftlichen Entwicklung	11/12
R		Zahnpflegekalender	10/10
Recht	1/26, 2/34-35, 3/30, 4/24, 29, 5/27, 30, 6/24, 28-29 7-8/25, 30-32, 33, 39, 9/34, 10/26-27, 11/25, 12/30-31	Zahnrettungsbox	2/21-22, 6/16, 10/12
Register 2008	1/27-28	Zahnersatz, implantatgetragener	2/25-26
Renaissance des Staates	5/10	Zahnersatz aus Polen	2/19
RKI-Broschüre	9/11	Zahnmedizinische Verwaltungsassistentinnen	3/11
Röntgenverordnung	10/11	Zahnpasta	6/16
S		ZahnRat	1
Satzung der Zahnärztekammer	3/12-14	Zahnseide	4/8
Schlafatemstörungen	5/21	ZÄK-Newsletter	1/6
		Zahnzusatzversicherungen	6/14
		ZOD	5/8
		Zuschlag für Neugeborene	4/17

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Januar und Februar vollenden

das 80. Lebensjahr

Dr. Hans Ulrich Kossow (Pinnow)
am 12. Januar,

das 75. Lebensjahr

Dr. Lissy Ziegler (Börgerende)
am 21. Januar,
Zahnärztin Ingrid Grube (Garwitz)
am 23. Januar,

das 70. Lebensjahr

Dr. Ingrid Pinzke (Schwerin)
am 20. Januar,
Dr. Astrid Combes (Stralsund)
am 21. Januar,
Dr. Helga Schuberth (Lichtenhagen)
am 26. Januar,

Dr. K.-Dieter Thiede (Bergen)
am 4. Februar,
das 65. Lebensjahr
Zahnärztin Heide Lore Range-Rimkus
(Altenreptow) am 23. Januar,
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick (Greifswald)
am 24. Januar,

Zahnärztin Ute Franke (Bergen)
am 27. Januar,

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Gudrun Broska (Wismar)
am 10. Januar,
Zahnarzt Michael Viertel
(Warnemünde)
am 10. Januar,
Dr. Gabriele Kujumdshiev (Rostock)
am 23. Januar,
Zahnärztin Ruth Flemming (Parow)
am 28. Januar,
Zahnärztin Dagmar Gerard (Leezen)
am 29. Januar,
Dr. Carmen Kannengießer (Bergen)
am 5. Februar,

Dipl.-Med. Monika Gothe (Dersekow)
am 9. Februar,

das 50. Lebensjahr

Prof. Dr. Dr. Bernd Frerich (Rostock)
am 1. Januar,
Dr. Holger Krabbe (Demmin)
am 15. Januar,
Prof. Dr. Hermann Lang (Rostock)
am 16. Januar,
Dr. Lutz Knüpfer (Malchin)
am 17. Januar,
Zahnärztin Anka Kühnert (Bergen)
am 19. Januar,
Dr. Dagmar Reinholz (Karlshagen)
am 23. Januar,
Zahnärztin Ute Dehne-Hamm
(Graal-Müritz) am 27. Januar,
Zahnarzt Thomas Holzapfel
(Röbel) am 31. Januar,
Dr. Birgit Burggraf (Waren)
am 1. Februar

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

Anzeigen

Kleinanzeigen in dens

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

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

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

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

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

Kleinanzeigen-Coupon

Bitte veröffentlichen Sie folgenden Text:

Mit Chiffre: (bitte ankreuzen!)

Ja

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

Preis:

7,- € je Druckzeile zzgl. MwSt.

Chiffregebühr:

10,- € zzgl. MwSt.

Für zahnärztliche Helferinnen wird die Hälfte des Preises berechnet. (nur bei Stellengesuchen)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz./Ort: _____

Telefon: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

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

Geldinstitut: _____ Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____ Unterschrift: _____