



# dens

2

2012

3. Februar

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

---



# Altersvorsorge – alles sicher?

*In archaischen Zeiten war die Altersvorsorge eine Aufgabe des Familienverbandes und damit abgesichert, solange dieser existierte.*

*In den Grimmschen Märchen wird in einer Geschichte vom Großvater und seinem Enkel darauf verwiesen, dass der steinalte Mann wegen seiner körperlichen Gebrechen nicht mehr am Tisch sitzen durfte und zum Essen mit Holzlöffel und hölzernem Schüsselchen in die Ecke am Ofen verbannt wurde.*

Beide Modelle sind in einem modernen Sozialstaat wenig geeignet, mit dem Phänomen Alter umzugehen und die Altersvorsorge zu gewährleisten. Erst recht nicht, wenn man zur Kenntnis nimmt, dass dieser Staat an einem demografischen Problem und damit an einer nicht ausreichenden Anzahl an Kindern leidet. Das „Methusalem-Komplott“ von Frank Schirrmacher, Mitherausgeber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ), lässt grüßen. Schirrmacher erhielt dafür 2007 den Jacob-Grimm-Preis.

Die demografische Situation unseres Bundeslandes ist vor allem durch vier Phänomene geprägt: Steigende Lebenserwartung, sinkende Geburtenzahlen, Bevölkerungsverluste durch Abwanderungen insbesondere in den jüngeren Altersgruppen und Zuwanderung von Menschen im Rentenalter. Dies wird Auswirkungen auf die medizinische als auch auf die zahnmedizinische Versorgung haben müssen.

In den Sozialkassen entwickeln sich daraus zwangsläufig finanzielle Probleme. Ein Umlagesystem wie z. B. die gesetzliche Rentenversicherung ist per se abhängig vom Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern. Verschlechtert sich dieses – und in den nächsten 20 Jahren tut es dies nun auch noch dramatisch – dann entstehen Finanzierungslücken. Dieses Phänomen wird noch dadurch verstärkt, dass die Älteren immer länger leben.

Kapitalgedeckte Systeme sind zwar nicht immun, aber von diesem Trend weit weniger stark betroffen. Da sind Rufe nach mehr Solidarität und sozialer Gerechtigkeit in der



*Holger Donath: „Hoffen wir auf eine Erholung der Kapitalmärkte auch durch politische Vernunft. Den Rest an Vorsorge können wir weiter selbst organisieren und dies auch sicherlich weiterhin erfolgreich.“*

Gesellschaft nur allzu verständlich. Dass die Einbeziehung von Freiberuflern in die gesetzliche Rentenversicherung ungeeignet ist, die gebeutelten Kassen der Sozialversicherungsträger zu konsolidieren, ist durch Gutachten hinreichend belegt. In dem beitragsadäquaten Leistungssystem der gesetzlichen Rentenversicherung entstünde kurzfristig zwar eine leichte Entlastung auf der Beitragsseite, welche durch höhere Ansprüche und die ebenso höhere Lebenserwartung der Freiberufler aber deutlich überkompensiert würde.

Aber auch die Zukunft der beruflichen Versorgungswerke ist nicht frei von Problemen. Versorgungswerke der Freiberufler sind als Reaktion auf die Verluste des Altersvorsorgekapitals nach dem 1. Weltkrieg und der Weltwirtschaftskrise entstanden.

Entscheidend für die breite Entstehung der Werke war aber die Politik selbst. Im Zuge der Rentenreform 1957 hat der Gesetzgeber ganz bewusst die Freiberufler von der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen. Verständlich war dieser Schritt damals schon, denn die Segnungen der dynamisierten Rente, welche neben Beitragsmitteln auch erheblich durch Steuermittel zu-

stande kamen, sollten den wirklich Schutzbedürftigen zugutekommen. In Deutschland macht der Bundeszuschuss derzeit etwas mehr als 30 Prozent der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung aus. Dabei handelt es sich um Steuermittel und wir tragen als Freiberufler fleißig dazu bei. Kapitalgedeckte Systeme sind dagegen von den Rechnungsgrundlagen und den erzielbaren Renditen an den Kapitalmärkten abhängig. An Krisen mangelt es seit der Jahrtausendwende ja nun wirklich nicht. Das Platzen der Immobilienblase in den USA, die sich anschließende Finanz- und Wirtschaftskrise und aktuell die ausufernde Staatsverschuldung in der Eurozone seien nur als Beispiele angeführt.

In der Folge sind ehemals sichere Geldanlagen heute als weniger sicher oder kritisch anzusehen. Vermeintlich noch sichere Anlagen erwirtschaften nur eine niedrige Rendite. So lagen zehnjährige Bundesanleihen in 2011 zeitweise deutlich unter zwei Prozent Rendite.

Für unser System mit dem Ziel Kapitalerhalt und Erwirtschaftung des Rechnungszinses zuzüglich Verwaltungskosten ist eine länger andauernde Niedrigzinsphase nicht unproblematisch.

Es ist daher nicht verwunderlich, wenn in kapitalgedeckten Systemen, wie etwa dem der kapitalbildenden Lebensversicherung, die Renditen und Überschussbeteiligungen sinken. Grundlage der Rendite ist hier überwiegend die Investition in festverzinsliche Wertpapiere. Dass der sog. Garantiezins für Neuverträge zum Anfang dieses Jahres auf 1,75 Prozent abgesenkt wurde, hat seine Gründe im Finanzmarktumfeld. Der Rechnungszins für unser Versorgungswerk liegt bei 3,5 Prozent. Auch wenn beide Rechengrößen nur bedingt miteinander vergleichbar sind, nachdenklich macht die Entwicklung schon.

Politisch kann wegen der Überschuldung der Euroländer eigentlich nur eine möglichst lang anhaltende Niedrigzinsphase bei anziehender Inflation erwünscht sein. So würde man auf elegante Art und Weise den Nominalwert der Verschuldung senken können. Gibt man den Banken, wie im Januar geschehen, billiges Geld und akzeptiert als hundertprozentige Sicherheit dafür jede Eurostaatenanleihe – und sei das betreffende Land noch so pleite – dann dreht sich der Kreislauf auch munter weiter.

Wie sehen unsere Gestaltungsmöglichkeiten in einer Niedrigzinsphase aus? Nun, man könnte das Risiko in der Geldanlage erhöhen, was in der Krise aber wohl nicht die beste Idee wäre.

Beiträge könnten angehoben werden und die Regelalterseintrittsgrenze auch. Beides, ohne die Anwartschaften oder Leistungen zu erhöhen, da anderenfalls kein positiver Effekt entstünde. Als ultima ratio verbliebe die Leistungskürzung sowohl im Bereich der Anwartschaften wie Renten und sonstigen Leistungen. Keine schönen Aussichten.

Für den eingangs erwähnten Großvater ging die Geschichte im Übrigen gut aus. Die Eltern des Enkels hatten ein Einsehen. Hoffen wir auf eine Erholung der Kapitalmärkte auch durch politische Vernunft. Den Rest an Vorsorge können wir weiter selbst organisieren und dies auch sicherlich weiterhin erfolgreich.

Holger Donath

# 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 der gestrichelten Linie zu falzen und in einem Fensterbriefumschlag an folgende Adresse zu schicken:*

Satztechnik Meissen, Frau Sabine Sperling, Am Sand 1c  
01665 Diera-Zehren OT Nieschütz  
Tel. 03525 - 7186 - 24, Fax 03525 - 7186 - 10  
E-Mail sperling@satztechnik-meissen.de

Anzeigenschluss für Ihre Kleinanzeige ist jeweils am 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

Name

Strasse/Ort

Telefon

Datum/  
Unterschrift

# dens

21. Jahrgang

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

## Herausgeber:

### ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

### Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

## Redaktion:

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

**Internet:** www.dens-mv.de

## Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

## Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

## Redaktionshinweise:

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

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

## Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

## Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

## Bezugsbedingungen:

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

**Titelbild:** André Weise, Zingst 2011

# Aus dem Inhalt:

## M-V / Deutschland

BMG ist mobil	7
Montgomery: Keine Praxisgebühr	7
Gut gemeint – BZÄK und KZBV zum Patientenrechtegesetzentwurf	8
Bürokratie wohin man schaut	9
Amtsantritt BFB-Präsidium	9
Streit um Abwanderung von Privatversicherten	10
Patientenschutz geht vor	11
KZBV-Geschäftsbericht liegt vor	11
Sprekels: 25 Jahre im Amt	12
Mitarbeiter mit Behinderung	13
Neue Bücher	30-31
Glückwünsche, Anzeigen	32

## Zahnärztekammer

Kampagne zur Zahnrettungsbox ausgeweitet	4-5
20 Jahre Versorgungswerk	6-7
Hygieneplan überarbeitet	9
Besonderes Fortbildungsangebot – Parodontalchirurgie	12
Neues Kombi-Kurzverzeichnis kommt	13
Fortbildung im März und April	14
Fortbildung, die lohnt – Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin	15
65. Geburtstag von Dr. Ingrid Buchholz	18
GOZ 2012 – Abrechnung von Füllungen	20-21
Seminare zur neuen GOZ – Anmeldeformular	22

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Infoschreiben: § 294 a Abs2 SGB V beachten	7
Neu: Digitale Planungshilfe	10
Papierlose Abrechnung – Kein Zentralrechner	13
Neues Kombi-Kurzverzeichnis kommt	13
Fortbildungsangebote	16
Service der KZV	17
Weniger Niedergelassene, mehr Angestellte	17
Kfo-Therapieplanung – Therapieänderungsantrag beachten	18

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

## Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Nanostrukturen weisen Weg in die Zukunft	21
19. Kurs mit Dentalhygienikerinnen aus den USA	21
Zahnerhalt versus Implantation	24-27
Arbeitszeit – bis 60 Stunden Beschäftigung möglich	28
Implantatreinigung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse	29
Deckungslücke bei Lebensversicherungen	29-30
IDZ: Analyse des Investitionsverhaltens 2010	32
14. ZMF-Kongress Hamburg	33

Impressum	3
Herstellerinformationen	23

# Kampagne zur Zahnrettungsbox ausgeweitet

Zahnärztekammer und Techniker Krankenkasse statten landesweit Sportvereine aus

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und die Techniker Krankenkasse (TK) haben dem unfallbedingten Zahnverlust den Kampf angesagt. Dafür werden über den Landessportbund rund 500 Sportvereine im Land mit einer Zahnrettungsbox ausgestattet. Am 12. Januar wurden im Beisein des Schirmherrn Lorenz Caffier, Minister für Inneres und Sport, die ersten Rettungsboxen an die Jungen und Mädchen des Judoverbandes im PSV Schwerin übergeben.

Mit der Übergabe der Boxen weiten die TK und die Zahnärztekammer in Mecklenburg-Vorpommern ihre Kampagne weiter aus. Bereits Ende 2009 erhielten alle Grund- und Förderschulen im Land Zahnrettungsboxen.

Die Zahnrettungsbox ist die beste Möglichkeit, einen ausgeschlagenen Zahn aufzubewahren, bis er wieder in den Kiefer eingepflanzt werden kann. Damit bleibt vielen Kindern und Jugendlichen eine oft jahrelange und belastende Zahnbehandlung erspart. Der Minister betont: „Viel Bewegung und Sport sollten zum Leben eines jeden Kindes und Jugendlichen dazu gehören. Trotz aller Vorsicht kann ein Unfall nie ausgeschlossen werden. Die Zahnrettungsbox ist ein Beispiel, wie im Gesundheitssystem mit kleinen Mitteln große Wirkung erzielt werden kann. Für die Betroffenen, aber auch für die Kostenträger ist ein geretteter Zahn ein deutlicher Vorteil gegenüber der künstlichen Alternative. Mein



Im Mittelpunkt der symbolischen Übergabe der Zahnrettungsboxen standen junge Judoportler des PSV Schwerin. Im Hintergrund: Dr. Volker Möws, Leiter der TK-Landesvertretung, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Innenminister Lorenz Caffier und Wolfgang Remer, Präsident des Landessportbundes in M-V (v.l.n.r.).



Die Übergabe wird von einer landesweiten Info-Kampagne begleitet.

Dank gilt der Zahnärztekammer und der TK für das Engagement.“

Die Zahnrettungsbox ist mit einer speziellen Nährflüssigkeit gefüllt, um den ausgeschlagenen Zahn oder das Zahnbruchstück feucht zu halten und gleichzeitig das Gewebe zu ernähren.

„Das richtige Verhalten in den ersten Minuten nach einer solchen Verletzung ist entscheidend für das weitere Schicksal der verletzten Zähne. Wenn sie richtig versorgt werden, besteht eine hohe Chance, die geschädigten Zähne durch eine regelgerechte Versorgung in der Zahnarztpraxis weiter im Kiefer zu erhalten“, bestätigt der Präsident der Zahnärztekammer Prof. Dr. Dietmar Oesterreich.

„Wichtig ist, dass alle Trainer und Übungsleiter um die rettende kleine



Dose wissen und sofort handeln können, wenn es in der Turnhalle einen Zahnunfall gibt. Dafür werden wir als Dachorganisation aller Sportvereine im Land sorgen“, so Wolfgang Remer, Präsident des Landessportbundes Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Dr. Volker Möws, Leiter der TK-Landesvertretung sagt: „Die Zahnrettungsbox verringert zwar nicht die Unfallgefahr, minimiert jedoch entscheidend die Folgen von Zahnverletzungen.“

Ganz bewusst haben sich die Partner jetzt für Sportvereine entschieden. Ob beim Judo oder Badminton – Zahnunfälle sind nicht ausgeschlossen. „Und diese Box ist für alle eine einfache und vor allem praktikable, alltagstaugliche Lösung für ein schnelles richtiges Handeln und damit für die Rettung von Zähnen“, weiß Möws. In Notfällen kann der Zahn darin bis zu 48 Stunden aufbewahrt werden.

Statistisch gesehen verletzt sich jedes zweite Kind noch vor dem 16. Lebensjahr bei Stürzen, Schlägen oder anderen Unfällen insbesondere an den Frontzähnen. Allerdings wis-

sen die meisten Eltern und Sportbetreuer nicht, dass es durchaus möglich ist, einen ausgeschlagenen Zahn oder Zahnbruchstücke wieder einzupflanzen bzw. zu befestigen. Diese Box ist ein richtiger Aufbewahrungsort bis

zum unverzüglichen Zahnarztbesuch. Die Kosten der Zahnrettungsboxen in Höhe von 7500 Euro trägt die TK.

**Gemeinsame PM  
ZÄK/TK/IM/LSB**



*Präsident Professor Dr. Dietmar Oesterreich mit Innenminister Lorenz Caffier.  
Fotos: Konrad Curth (2), Steffen Klatt*

Anzeige

# Gemeinsam gut aufgestellt

## 20 Jahre Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

### Geschichte

In historischer Betrachtung war die Altersvorsorge traditionell eine Aufgabe des Familienverbandes. Der mittleren Generation fiel dabei die Aufgabe zu, sowohl die Kinder als auch die Älteren zu versorgen. Reichskanzler Otto Fürst von Bismark hat dann mit der Sozialgesetzgebung Ende des 19. Jahrhunderts den Grundstein für unseren modernen Sozialstaat gelegt. 1883 wurde zunächst die Krankenversicherung, 1884 die Unfallversicherung und später, am 1. Januar 1891, die Rentenversicherung eingeführt. Renten wurden ursprünglich allerdings erst ab dem 70. Lebensjahr ausgezahlt, damit wurde weiterhin davon ausgegangen, dass die Familie nach wie vor den wesentlichen Teil der Vorsorge aufbringt. Die mittlere Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung lag im Jahr 1891 immerhin nur bei knapp über 40 Lebensjahren.

Die Wurzeln der berufsständischen Versorgung reichen bis in das Jahr 1923 zurück. In diesem Jahr erfolgte die Gründung der Bayerischen Ärzteversorgung. Als entscheidender Antriebsfaktor gilt die massive Vernichtung des Alterssicherungskapitals aufgrund der Inflation nach dem Ersten Weltkrieg.

Mit der Rentenreform von 1957 wurden die freien Berufe aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausgegliedert, sodass sich seit diesem Zeitpunkt verstärkt Versorgungswerke auf Landesebene gegründet haben.

Die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) erfasst heute 89 der auf Landesrecht beruhenden Versorgungswerke von Angehörigen freier Berufe.

### Entstehung des Versorgungswerks der Zahnärztekammer M-V

Am 1. Juli 1990 trat der Staatsvertrag über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik in Kraft. Art. 18 Absatz 3 des Staatsvertrages ermöglichte die Einrichtung von berufsständischen Versorgungswerken außerhalb der Rentenversicherung für Selbstständige und freiberuflich Tätige.

Der geschäftsführende Vorstand der Zahnärztekammer veranlasste am 28. April 1990 die Bildung eines Sozialausschusses (Vorläufer des Versorgungsausschusses). Die konstituieren-

de Sitzung des Sozialausschusses fand am 8. Juni 1990 statt.

Im Vorfeld wurde eine mögliche Zusammenarbeit mit Versorgungswerken anderer Zahnärztekammern geprüft. Die Entscheidung fiel zugunsten einer Verwaltungsunion mit den Hamburger Kollegen – ein Schritt, der sich bis heute bewährt hat. Der Versicherungsmathematiker Dr. Horst-Günther Zimmermann errechnete die versicherungsmathematischen Grundlagen des Versorgungswerkes.

Am 5. Dezember 1990 beschloss die Kammerversammlung einstimmig, ein Versorgungswerk einzurichten. Kammerversammlung und Vorstand hatten die Umsetzung des Beschlusses von einer Urabstimmung abhängig gemacht. Am 16. Januar 1991 erfolgte der Aufruf zur Urabstimmung, welche bis zum 5. März 1991 ablief. Überwältigende 95,4 Prozent der Teilnehmenden stimmten für die Einrichtung eines Versorgungswerkes. Die Kammerversammlung wählte dann am 29. Mai 1991 erstmalig einen Versorgungsausschuss.

Im August und September 1991 fanden in den ehemaligen Bezirksstädten Rostock, Schwerin und Neubrandenburg informative Großveranstaltungen zur Thematik einer eigenständigen Altersversorgung statt. Unser Dank geht

für die umfassende Aufbauarbeit und heutige kollegiale Zusammenarbeit an alle Beteiligten aus Hamburg.

Die Gründung des Versorgungswerkes erfolgte zum 1. Januar 1992. Als Pflichtmitglieder aufgenommen wurden alle Mitglieder der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bis zur Vollendung des 50. Lebensjahrs. Den älteren Kolleginnen und Kollegen wurde das Angebot gemacht, dem Versorgungswerk als freiwillige Mitglieder beizutreten und freiwillige Beiträge zu entrichten. Bei vielen Gründungen der mittlerweile 89 Versorgungswerke im Bundesgebiet war es gängige Praxis, eine Altersbegrenzung bei der Neugründung einzuführen, die in der Regel bei 45 Jahren lag. Durch die Öffnung des Versorgungswerks in Mecklenburg-Vorpommern bis zum 50. Lebensjahr und die Annahme von freiwilligen Beiträgen haben wir über dieses übliche Maß hinaus die Interessen älterer Kolleginnen und Kollegen berücksichtigt. Es wurde sogar für einen Zeitraum von sechs Monaten eine Flexibilitätsspanne für die Altersgruppe 40 bis 50 Jahre eingerichtet, wonach dieser Personenkreis frei entscheiden konnte, dem Versorgungswerk beizutreten oder die Altersvorsorge anders zu organisieren.

Die ersten zehn Jahre standen im Zeichen des Aufbaus unseres Versor-



Die derzeitigen Mitglieder des Versorgungsausschusses der Zahnärztekammer: ZA Mario Schreen, Gadebusch, Dipl.-Stom. Karsten Israel, Schwerin, Dr. Ingrid Buchholz, Neubrandenburg, Vorsitzender Dipl.-Stom. Holger Donath, Teterow und Dr. Hendrik Schneider, Schwerin. Foto: ZÄK

gungswerkes. Stellvertretend für alle Beteiligten sei hier den Vorsitzenden Dr. Wolfgang Dewitz und Dr. Frank Schubert für ihren Einsatz gedankt.

In die zweite Dekade unseres Versorgungswerkes fallen zwei wegweisende Entscheidungen: im Jahre 2005 die Umstellung des Rechnungszinses ohne Senkung von Anwartschaften und Renten von 4 auf 3,5 Prozent sowie die versicherungstechnische Anpassung an die Längerlebigkeit, wiederum ohne die Rentner oder rentennahen Jahrgänge zu belasten.

### Aktueller Bericht

Die Zahl der beitragspflichtigen Mitglieder entwickelte sich seit 1992 von 967 Kolleginnen und Kollegen bis zum 31. Dezember 2010 auf 1304. Die Geschlechtsrelation liegt über die 20 Jahre kontinuierlich bei einem Anteil von rd. 60 Prozent Zahnärztinnen zu 40 Prozent männlichen Kollegen.

Im gesamten Verlauf gab es mit dem Jahresabschluss 2008 nur ein Jahr, in dem der Rechnungszins nicht aus dem Erfolg der Geldanlage allein, sondern auch aus vorsichtshalber gebildeten Reserven dargestellt werden konnte.

Für die zukünftige Sicherung der Altersversorgung hat das Versorgungswerk im Jahre 2011 zwei Studien zur weiteren Entwicklung in Auftrag gegeben. Die strategische Asset Allokation (SAA) beschäftigte sich mit der

optimalen Aufstellung der Geldanlage, um neben dem Rechnungszins sowohl die Verwaltungskosten als auch einen möglichen Mehrertrag zu erzielen.

Die Asset-Liability-Management Studie (ALM Studie) hat das Bilanzstrukturmanagement zum Inhalt. Dabei werden in einem fortlaufenden Prozess zu erwartende Renditen aus den Anlagen mit den versicherungsmathematisch ermittelten Verbindlichkeiten (Versorgungsleistungen, Anwartschaften) abgeglichen. Im Ergebnis wird damit eine Strategie entwickelt, wie mit definierten Risikogrenzen die finanziellen Ziele erreicht werden können. Im Grundsatz ergaben beide Studien, dass unser Versorgungswerk für die Zukunft gut aufgestellt ist. Anregungen aus den Untersuchungen fließen selbstverständlich in die weitere Positionierung ein.

In einem Niedrigzinsumfeld und den aktuellen Krisenszenarien an den Geldmärkten sind derartige Ziele allerdings auch kein leichtes Unterfangen.

Wir sind stolz auf unsere in eigener Verantwortung realisierte erfolgreiche Altersvorsorge und werden auch in Zukunft engagiert an diesem Erfolg weiterarbeiten.

**Dipl.-Stom. Holger Donath**  
Vorsitzender des Versorgungsausschusses  
der Zahnärztekammer M-V

## Informationsschreiben an die Vertragszahnärzte

Mit Einführung des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfiWG) vom 28. Mai 2008 hat der Gesetzgeber mit Rechtskraft zum 1. Juli 2008 durch die neugeschaffene Bestimmung in § 294 a Abs. 2 SGB V die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte/Ärzte und Einrichtungen sowie Krankenhäuser nach § 108 SGB V verpflichtet, bei Vorliegen von Anhaltspunkten, dass sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen (s. § 294 a Abs. 2 Satz 1 SGB V).

Dadurch werden die Krankenkassen in die Lage versetzt, ihrer in §

52 Abs. 2 SGB V normierten Pflicht nachzukommen, Versicherte, die sich eine selbstverschuldete oder selbst zu verantwortende Erkrankung durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, an den Krankheitskosten in angemessener Höhe zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder ganz oder teilweise zurückzufordern.

Ergänzend besteht die Pflicht, den Versicherten über den Grund der Meldung sowie die gemeldeten Daten zu informieren (s. § 294 a Abs. 2 Satz 2 SGB V).

*Eine entsprechende Patienteninformation kann von der Webseite der KZV – [www.kzvmv.de](http://www.kzvmv.de) – heruntergeladen werden.* **KZV**

## BMG ist mobil

Unter <http://mobile.bundesgesundheitsministerium.de> findet wer mag, mobile Informationen zum Gesundheitssystem, zur Krankenversicherung, Prävention, aktuelle Pressemitteilungen und mehr. Ab 9. Januar folgt dem BMG-eigenen Youtube-Kanal



damit ein weiteres Online-Angebot.

Wer viel unterwegs ist, wird die optimierte Webform schätzen und kann sich so ohne langen Lade- und Scrollaufwand informieren.

**BMG**

# Gut gemeint – aber gut in der Wirkung?

## BZÄK und KZBV zum Referentenentwurf eines Patientenrechtegesetzes

Für das angekündigte Patientenrechtegesetz wurde heute vom Bundesministerium der Justiz und Bundesministerium für Gesundheit der offizielle Referentenentwurf auf den Weg gebracht.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) wird von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) kritisch gesehen, da er die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung so gut wie nicht berücksichtigt: „Die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung lebt in ganz besonderem Maße von dem Vertrauen der Patienten in ihren Zahnarzt. Daher unterstützen wir von jeher eine Stärkung der Patientensouveränität und fördern die Transparenz in der Patienten-Zahnarzt-Beziehung. Wichtig ist jedoch, dass diese nicht durch zusätzliche,

unnötige Bürokratie überfrachtet wird, die die freie Therapiewahl des Patienten gefährdet“, erklärte der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. Die geplanten Verschärfungen für Zahnärzte im Bereich der Einwilligung, Aufklärung und Dokumentation sind kritisch zu bewerten.

Der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, sagte zu dem Gesetzentwurf: „Es ist grundsätzlich gut, wenn die Patientenrechte geordnet und gestärkt werden, gerade gegenüber den Krankenkassen. Aber manches, was im Gesetzentwurf gut gemeint ist, kann leider negative Wirkungen entfalten. Beispielsweise sollen Krankenkassen künftig innerhalb von maximal fünf Wochen über die Bewilligung von beantragten Behandlungen entscheiden, damit diese nicht mehr verzögert werden können. Das ist einerseits begrüßenswert,

bedeutet aber andererseits, dass im zahnärztlichen Bereich ein seit Jahren bewährtes, gut funktionierendes medizinisches Gutachterverfahren infrage gestellt wird. Die Krankenkasse muss ihre Entscheidung ohne eine gegebenenfalls nötige körperliche Untersuchung, quasi im Blindflug treffen, weil ein Gutachten so kurzfristig kaum zu erstellen ist. Im Sinne des Patienten ist das nicht.“

Positiv bewerten BZÄK und KZBV, dass einer generellen Beweislastumkehr und einer verschuldensunabhängigen Haftung eine Absage erteilt wurden. Diese hätten zu einer Defensivmedizin geführt. Der Entwurf müsse als erster Aufschlag gesehen, gründlich analysiert und diskutiert werden, um auch die zahnmedizinischen Positionen in das Gesetzgebungsvorhaben einbringen zu können.

**BZÄK/KZBV**

## Bürokratie wohin man schaut

### Verwaltungsaufwand laugt Gesundheitswesen aus

Mit jedem Gesundheitsreformgesetz wurde sie ausgeweitet: die Bürokratie in deutschen Arzt- und Zahnarztpraxen und Krankenhäusern. Ob nun Praxisgebühr oder elektronische Gesundheitskarte, immer war eins klar: mehr Papierkram, weniger Zeit für Patienten, viel zu viel nebenbei. Obwohl die Politik eigentlich regelmäßig die bürokratische Mehrarbeit reduzieren wollte, kam mit jeder Neueinführung wieder Verwaltungsaufwand hinzu. Jetzt hat das weltweit agierende Beratungsunternehmen A. T. Kearney diese Entwicklung schwarz auf weiß festgehalten. In einer Studie hat es laut dem Ärztenachrichtendienst ändernde erschreckende Zahlen herausgefunden und die wirklichen Verwaltungskosten im deutschen Gesundheitswesen benannt.

Die tatsächlichen Kosten im öffentlichen deutschen Gesundheitssystem im Jahr 2010 für reine Verwaltungstätigkeit liegen bei 40,4 Milliarden Euro. Genauer: Von jedem einzelnen Beitrags-Euro kommen höchstens 77 Cent beim Patienten an. Damit liegt die Verwaltungskostenquote des Gesundheitssystems höher als der durch-

schnittliche Wert in deutschen Industrieunternehmen. Offiziell berichten Kassen und sogar das Bundesgesundheitsministerium seit Jahren, die Verwaltungskosten der GKV lägen bei 5,4 Prozent oder bei insgesamt 9,5 Milliarden Euro. Tatsächlich sehen die Zahlen aber so aus: 68 Prozent der gesamten Verwaltungskosten im Gesundheitswesen bzw. 27,5 Milliarden Euro werden durch die GKV verursacht – in dem sie reichlich bürokratischen Aufwand auf die Leistungserbringer verlagert. Erfasst man diesen aber zahlenmäßig, entspricht der GKV-Bürokratieaufwand 15,6 Prozent bezogen auf die 176 Milliarden Euro Gesamtausgaben.

Die Studie hat bezogen auf die Verwaltungskosten ein Einsparpotenzial von mindestens 13 Milliarden Euro identifiziert. Von jedem Beitrags-Euro können mindestens 8 Cent eingespart werden und der heutige Beitragssatz von 15,5 Prozent auf 14,2 Prozent gesenkt werden. Das Einsparpotenzial beträgt somit konkret 252,90 Euro pro Beitragszahler pro Jahr oder 1,3 Prozentpunkte des Beitragssatzes.

änd/KZV

## Amtsantritt BFB-Präsidium

### Dr. Dr. Rolf Koschorrek neuer Präsident

Zum Jahreswechsel hat das neue Präsidium des Bundesverbandes der Freien Berufe sein Amt angetreten. An die Spitze des BFB-Organigramms aufgerückt ist der bisherige Vizepräsident und jetzige Präsident Dr. med. dent. Dr. Rolf Koschorrek. Er führt den Verband für die vierjährige Amtsperiode als Team gemeinsam mit zwei Vizepräsidentinnen und sechs Vizepräsidenten. Die Wahlen zum Präsidium 2012 bis 2016 fanden im Zuge der BFB-Mitgliederversammlung Mitte November 2011 in Berlin statt.

Der 55-jährige Zahnarzt aus Bad Bramstedt ist seit 2005 direkt gewählter Abgeordneter des Deutschen Bundestages und seit September 2009 Beisitzer im Vorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Der Zahnarzt ist

Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, stellvertretendes Mitglied im Bundestagsausschuss für Bildung, Forschung, Technologiefolgenabschätzung und im Verteidigungsausschuss. Er ist im Vorstand des Parlamentskreises Mittelstand (PKM) der Unionsbundestagsfraktion und seit 2006 Vorsitzender der Gesundheitskommission der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT).

2008 wurde er als Mitglied in den Bundesfachausschuss „Arbeit und Soziales, Gesundheitspolitik“ der CDU Deutschlands berufen und ist Mitglied der AG Zukunft des Gesundheitswesens, einem parteiübergreifenden Diskussionsforum.

BFB

## Hygieneplan überarbeitet

### Infektionsschutzgesetz novelliert

Seit August 2011 ist das novellierte Infektionsschutzgesetz in Kraft. Neben einigen Konkretisierungen wird erneut auf die Bedeutung eines sorgfältig erstellten Hygieneplans in der Praxis hingewiesen. Das Bußgeld für einen fehlenden Hygieneplan kann bis zu 25 000 Euro betragen.



Die Bundeszahnärztekammer hat 2011 gemeinsam mit dem Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) ihren (Muster-)Hygieneplan überarbeitet. Dieser Hygieneplan ist ein Musterplan, der an die konkreten Verhältnisse in der jeweiligen Praxis individuell angepasst werden muss. Um dies zu erleichtern, wird der Hygieneplan als pdf-Formular angeboten, das am PC ausgefüllt und dann mit den Praxisdaten abgespeichert und ausgedruckt werden kann. Neu ist die Unterteilung in maschinelle und manuelle Verfahren. Auf diese Weise wird die Übersichtlichkeit erhöht, denn der Praxisinhaber kann für seine Praxis nicht relevante Formulare auslassen.

Nähere Erläuterungen zu den hygienischen Anforderungen geben der Leitfaden „Organisation der Hygienemaßnahmen in der zahnärztlichen Praxis“ (Kap. 6 der Checklisten) der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern oder der Hygieneleitfaden des DAHZ, dessen 8. Auflage ebenfalls neu erschienen ist.

Der Hygieneleitfaden ist auf der Internetseite des DAHZ ([www.dahz.org](http://www.dahz.org)), der Musterhygieneplan auf der Internetseite der Bundeszahnärztekammer ([www.bzaek.de](http://www.bzaek.de)) abrufbar.

Beide Dokumente sowie der Leitfaden befinden sich auch im internen Mitgliederbereich auf der Website der Zahnärztekammer [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de) oder auf der QM-CD.

Ausschuss Zahnärztliche  
Berufsausübung und Hygiene

## Neu: Digitale Planungshilfe

### Festzuschusssystem: Update auf Version 2.7.0

Das Bundesgesundheitsministerium hat die neuen Festzuschussbeträge 2012 nicht beanstandet. Damit sind sie ab 1. Januar gültig. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat ein Update ihrer Digitalen Planungshilfe zum Festzuschusssystem (DPF) auf der Webseite [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de) zum Download zur Verfügung gestellt. Das Update enthält die geltenden neuen Festzuschussbeträge und GOZ-Positionen.

Die Update-Datei lässt sich nur ausführen, wenn zuvor das Basisprogramm der DPF von der CD-ROM installiert wurde.

Interessierte Zahnärzte können sich außerdem die Abrechnungshilfe für Festzuschüsse, die bereits als Klappkarte mit dem Rundbrief Nr.: 10 vom 27. Dezember 2011 versandt wurde, als pdf-Datei herunterladen.

**KZBV**

# Patientenschutz geht vor

## Berufsanerkennungsrichtlinie nachbesserungsbedürftig

Die Europäische Kommission in Brüssel hat am 19. Dezember 2011 ihren Vorschlag für die Modernisierung der Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen veröffentlicht. Die Anerkennung von europäischen Berufsabschlüssen soll damit weiter vereinfacht werden. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) begrüßt diese Pläne prinzipiell, sieht jedoch im Interesse der Patienten Nachbesserungsbedarf.

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer ist im Gesundheitsbereich ein hohes Niveau der Behandler sicherzustellen. Korrekturbedarf besteht deshalb u. a. bei den Vorgaben für die Mindestdauer der zahnärztlichen Ausbildung. „Um Interpretationsspielräume oder Crashkurse zu verhindern, sollte die Mindestdauer der zahnärztlichen Ausbildung wie bei den Ärzten sowohl in Jahren als auch Fachstunden definiert werden. Zwischen Verwaltungsvereinfachung und Qualitätssicherung muss austariert werden. Der Patient ist immer zu schützen“, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel.

Nach den Vorstellungen der Europäischen Kommission soll die Einführung Europäischer Berufsausweise auf freiwilliger Basis zum Schlüsselement werden und das Anerkennungsverfahren generell auf einen Monat verkürzt werden. Ausgesprochen kritisch sieht die Bundeszahnärztekammer in diesem Zusammenhang die Überlegungen der Kommission, wonach mit dem

Verstreichenlassen dieser Frist eine Anerkennung automatisch als erteilt gelten soll.



Für Angehörige der Heilberufe sind zahlreiche Sonderregelungen vorgesehen. So sollen aus Gründen des Patientenschutzes Sprachtests für ausländische (Zahn-)Ärzte künftig erlaubt werden. Europaweit soll zudem zwischen den zuständigen nationalen Behörden ein Vorwarnmechanismus eingeführt werden, der innerhalb von drei Tagen ausgelöst wird, wenn gegen einen Angehörigen eines Heilberufs ein Berufsverbot verhängt wurde.

### Hintergrund

Die Berufsanerkennungsrichtlinie aus dem Jahr 2005 stellt den Rahmen für die gegenseitige Anerkennung von Berufsabschlüssen innerhalb der Europäischen Union. Für die „sektoralen“ Berufsgruppen (Ärzte, Hebammen, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Tierärzte, Zahnärzte, Apotheker, Architekten) erfolgt eine automatische Anerkennung auf Grundlage gemeinsamer europäischer Standards für die Ausbildungsdauer und Ausbildungsinhalte. Zwischen 2007 und 2010 erhielten rund 26 000 Ärzte und 6 600 Zahnärzte in der Europäischen Union die Anerkennung ihrer Abschlüsse.

BZÄK

# Neu: KZBV

## Geschäftsbericht liegt vor

Jeder Zahnmediziner braucht Freiräume, um seine Patienten individuell nach ihren je eigenen Bedürfnissen betreuen zu können. Jede Praxis braucht Freiräume, sich so organisieren zu können, dass ein effektiver Alltagsbetrieb gesichert ist. Und auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung selbst braucht als größte zahnärztliche Berufsorganisation Freiräume, um günstige Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Versorgung mit zahnmedizinischen Leistungen auf hohem Niveau mitgestalten zu können. Eine schier unlösbare Aufgabe, wenn man nur eine GKV-Einheitsfarbe auf der Palette hat. Unterschiedliche Probleme verlangen nach unterschiedlichen Lösungen. Es braucht die Möglichkeit zur Vielfalt. Dafür setzt sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ein. So heißt es im Vorwort des neuen Geschäftsberichts der Jahre 2010 und 2011. Neben aktuellen Statistiken stellt er die Projekte des Zeitraums im Detail vor. Interessierte Zahnärzte können ihn als pdf-Datei von der Webseite der KZBV downloaden oder über das Online-Bestellformular im Bereich Zahnärzte/Service/Materialien ein Printexemplar, solange der Vorrat reicht, anfordern.

KZBV

Anzeige

## Prüfung nach QS-Dental

Mit uns haben Sie „gut lachen“ und Zahnersatz vom Allerfeinsten.



QS-Dental ist ein vom Verband Deutscher Zahntechniker Innungen speziell für das Zahntechniker-Handwerk entwickeltes Qualitätssicherungskonzept. Hierbei wird u.a. ein besonderes Schwergewicht auf die Beschreibung und Kontrolle höchster Qualitätskriterien und -ziele für die zahntechnischen Leistungen gelegt.

KERA-DENT · Gesellschaft für Dentaltechnik mbH  
www.kera-dent.de · E-Mail: keradentgmbh@aol.com · Am Mühlenbach 1  
18233 Neubukow · Tel. 038294 - 1 37 03 · Fax 038294 - 1 37 04



# 25 Jahre im Amt – dienstältester Präsident

## Professor Dr. Wolfgang Sprekels von der Zahnärztekammer Hamburg

Der Präsident der Zahnärztekammer Hamburg, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (67), war am 13. Januar seit 25 Jahren im Amt. Im Vorstand der Bundeszahnärztekammer ist er damit der dienstälteste Präsident einer Landes Zahnärztekammer. Prof. Sprekels wollte als Hanseat an diesem Tag keine große Feier.

Auch privat ist Sprekels von Zahnärzten umgeben: Seine Frau ist Zahnärztin und seine Tochter niedergelassene Kieferorthopädin. Schon früh trat er für die Belange seines Berufsstandes in den zahnärztlichen Verbänden und Körperschaften in Erscheinung. So war er Landesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte und Mitglied im Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hamburg, bevor er 1987 Prä-



Professor Dr. Wolfgang Sprekels

sident der Zahnärztekammer Hamburg wurde. Als Präsident nimmt er vielfältige Funktionen wahr, so auch die des Vorsitzenden der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAJH) und des Gesellschafters des Norddeutschen Fortbildungsinstituts für zahnmedizinische Assistenzberufe (NFI).

Sprekels vertritt nicht nur die Hamburger Zahnärzte, sondern hat sich 19 Jahre lang als Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer auch für die nationalen, europäischen und internationalen Interessen der deutschen Zahnärzteschaft eingesetzt. Bis heute ist Professor Sprekels in europäischen Gremien gewählter Vertreter der Deutschen Zahnärzte.

ZÄK HH

## Besonderes Fortbildungsangebot

### Miller-Preisträger leitet im April in Schwerin Seminar zur Parodontalchirurgie

Die Indikationen zur chirurgischen Therapie von parodontalen Erkrankungen haben sich durch die Verbesserungen der antiinfektiösen Therapie verringert. Sondierungstiefen über fünf Millimeter nach der initialen Therapie sind jedoch trotzdem ein Grund für die chirurgische Korrektur parodontaler Läsionen.

Neben dem resektiven Ansatz setzt sich heute mehr und mehr der regenerative Ansatz durch, bei dem eine Wiederherstellung des parodontalen Halteapparates angestrebt wird. In diesem Zusammenhang sind die Auswahl der korrekten Technik und eine vorhersagbare minimalinvasive Vorgehensweise von größter Bedeutung, da Misserfolge oder Komplikationen sehr häufig die Erhaltungswürdigkeit des Zahnes in Frage stellen können.

Dr. Moritz Keschull (Bonn) und Dr. Stefan Fickl (Würzburg) bieten dazu innerhalb des Fortbildungsprogramms der Zahnärztekammer

Mecklenburg-Vorpommern ein Grundlagenseminar an, welches der Entscheidungsfindung dienen soll, zu welchem Zeitpunkt eine chirurgische Therapie erfolgen und in welchen Indikationen welche operativen Techniken zur Anwendung kommen sollen.

Dr. Moritz Keschull ist Fachzahnarzt und Spezialist für Parodontologie an der Universität Bonn (Direktor Professor Soren Jepsen). Er hat 2011 den Miller-Preis, den wissenschaftlich bedeutendsten Preis, den die DGZMK zu vergeben hat, erhalten.

Dr. Stefan Fickl ist Oberarzt in der Abteilung für Parodontologie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Beide Referenten sind in den Beiräten zahlreicher Fachzeitschriften, Referenten auf nationaler und internationaler Ebene in den Bereichen Parodontologie, Implantologie und Periimplantitis sowie

Verfasser von zahlreichen Publikationen und Buchbeiträgen.

#### Termin des Seminars 20I/2012:

Freitag, 20. April, 14 bis 18.30 Uhr, und Samstag, 21. April, 9 bis 16 Uhr. Es findet in den Seminarräumen der Zahnärztekammer in der Wismarschen Str. 304 in Schwerin statt. Die Seminargebühren betragen 540 Euro.

#### Rückfragen und Anmeldungen

sind an das Fortbildungsreferat der Zahnärztekammer, Christiane Höhn, Tel. 0385 59108-13 zu richten. Im Internet: [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de).

Der Fortbildungsausschuss freut sich außerordentlich, die beiden Referenten, die hervorragend Theorie und Praxis miteinander verbinden, für dieses Seminar in Schwerin gewonnen zu haben.

Dr. Holger Garling, Schwerin  
Fortbildungsausschuss

## Mitarbeiter mit Behinderung

### Beschäftigung muss keine Angst machen

Auch in Zahnarztpraxen können (schwer-)behinderte Menschen beschäftigt sein bzw. werden. Doch viele Praxisinhaber schrecken vor diesem Thema oftmals zurück, da sie nur ungenaue Vorstellungen von ihren Pflichten, aber auch ihren Rechten haben.

#### Behinderung: Was ist das?

Von Behinderung spricht man, wenn körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit eingeschränkt sind und diese Einschränkungen die Teilhabe am Leben der Gesellschaft und im Berufsleben beeinträchtigen. Dabei ist es unerheblich, ob die Behinderung auf Krankheit oder Unfall beruht oder ob sie angeboren ist. Nicht immer ist die gesundheitliche Einschränkung dabei erkennbar, z. B. bei Diabetes, einer früheren Krebserkrankung oder starkem Bluthochdruck - es gibt viele Krankheiten, welche die Arbeit kaum beeinträchtigen, aber als Schwerbehinderung gelten.

#### Behindert oder schwerbehindert: Was ist der Unterschied?

In Deutschland wird die Schwere der Einschränkung im „Grad der Behinderung“ und zwar in Zehnergraden von 10 bis 100 ausgedrückt. Schwerbehindert sind Menschen mit einem Grad von wenigstens 50. Personen mit einem Behinderungsgrad zwischen 30 und 50 können auf ihren Antrag hin gleichgestellt werden.

#### Pflichten des Praxisinhabers:

Die schwerbehinderten Menschen haben gegenüber ihren Arbeitgebern unter anderem Anspruch auf:

- Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst

voll verwerten und weiter entwickeln können,

- behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung des Arbeitsplatzes sowie Individualisierung der Arbeitsorganisation und Arbeitszeit.

#### Fördermöglichkeiten für den Praxisinhaber:

Jährlich unterstützt die öffentliche Hand die Integration von behinderten Menschen mit ca. 2,6 Milliarden Euro. Die Bandbreite reicht von einem Ausbildungszuschuss für behinderte Auszubildende über Probebeschäftigung, Eingliederungs- oder Lohnkostenzuschüsse bis hin zu Unterstützungsleistungen bei der Arbeitsplatzausstattung (Umbau- oder Investitionsübernahmen). Das Integrationsamt (Hauptfürsorgestelle) ist hierbei das Bindeglied zwischen Praxisinhaber und schwerbehindertem Arbeitnehmer. Es berät beide Seiten und zahlt die Zuschüsse an den Arbeitgeber. Zu beachten ist aber, dass das Integrationsamt sowohl bei einer ordentlichen als auch bei einer außerordentlichen Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen durch den Arbeitgeber zustimmen muss.

Nach einer Info aus ZBW

*Die Adressen des Integrationsamtes im Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern in Rostock und der Fachbereiche in Schwerin und in Neubrandenburg finden sich im Internet unter <http://www.ina-mv-regierung.de>.*

## GOZ/GOÄ/BEMA kombiniert!

Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern haben auf vielfachen Wunsch der Zahnarztpraxen im Land das beliebte Kombi-Kurzverzeichnis mit den Gebührenordnungen GOZ, GOÄ und BEMA neu aufgelegt. Im Fokus steht die neue GOZ, die nicht nur auf Abkürzungen, sondern vor allem auf Erklärungen setzt. Gebührennummern und Inhalt sowie drei Steige-

rungsbeträge sind schnell gefunden. Im BEMA-Teil sind zusätzlich die in Mecklenburg-Vorpommern abrechenbaren GOÄ-Positionen eingearbeitet.

Vollständigkeit und leichteres Arbeiten war den Körperschaften wichtiger als Kürze. Deshalb ist das Verzeichnis umfangreicher und vollständiger geworden.

Mit dem nächsten KZV-Rundbrief werden allen Praxen zwei Exemplare zuge-

## Papierlose Abrechnung

### Kein Zentralrechner, auch wenn das Labor es so will

Mit Beginn dieses Jahres wird die papierlose Abrechnung praktiziert. Dabei stellten sich jetzt Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den abrechnungsrelevanten Daten der Material- und Laborkostenrechnung (per XML-Datei) vom Labor zur Zahnarztpraxis im Zusammenhang mit der von der Zahnarztpraxis erzeugten Auftragsnummer heraus.

Diese Schwierigkeiten sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Software einiger Labore nur eine ganz bestimmte Form der Auftragsnummer akzeptiert, obwohl die verantwortlichen Labor-Softwarehersteller seit dem 12. August 2011 mehrfach darauf hingewiesen wurden, dass jede von der Zahnarztpraxis übergebene Auftragsnummer unverändert übernommen werden können muss.

Es liegt also nicht an der Praxissoftware, wenn ein Labor die Auftragsnummer nicht einlesen kann.

Die Praxen sollten den betreffenden Laboren mitteilen, dass sie sich um ein entsprechendes – teilweise bereits vorhandenes – Update bei deren Softwareherstellern bemühen müssen.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V rät dringend davon ab, dass sich Praxen zum Zwecke der Datenübermittlung mit einem Zentralrechner verbinden lassen, weil das Labor dies so vorgibt.

Im Übrigen wird für reine Privatpatienten keine XML-Datei benötigt.

KZV

sandt. Vorab steht die Übersicht allen Interessierten als Download auf den Webseiten der Körperschaften zur Verfügung: [www.kzvmv.de](http://www.kzvmv.de), [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de).

ZÄK/KZV



## Fortbildung in den Monaten März und April

### 2. März 6 Punkte

Ein Update zum Thema „Okklusionsbefunde und Funktionsstörungen in der Kieferorthopädie“ Prävention, Diagnose und Therapiemöglichkeiten von funktionsgestörten Patienten mit Gebissanomalien. Das kieferorthopädische Risikokind aus funktioneller Sicht.  
Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon, Dr. Andreas Köneke  
14 – 19 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“  
Stempelstraße 13, 18057 Rostock  
Seminar Nr. 10  
Seminargebühr: 305 €

### 2. März

Fit für den Empfang – Das Training für Mitarbeiter mit Kundenkontakt  
Sabine Neuwirth  
14 – 20 Uhr  
Hotel am Ring, Große Krauthöferstr. 1  
17033 Neubrandenburg  
Seminar Nr. 33  
Seminargebühr: 160 €

### 7. März

Effektives Instrumentieren mit Handinstrumenten  
DH Jutta Daus  
14 – 19 Uhr  
Zentrum für ZMK  
W.-Rathenau-Straße 42a,  
17475 Greifswald  
Seminar Nr. 34  
Seminargebühr: 230 €

### 9. März 6 Punkte

Schmerzerfahrungen und Schmerzausschaltung in der alltäglichen Zahnarztpraxis  
Von der Lokalanästhesie bis zur Narkose  
Dr. Stefan Pietschmann,  
Dr. phil. Thomas Reininger  
14 – 19 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Straße 304  
19055 Schwerin  
Seminar Nr. 11  
Seminargebühr: 180 €

### 10. März 5 Punkte

Repetitorium: Dentogene Infektionen der Mundhöhle und des Gesichts  
Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz,  
Dr. Dr. Mark Kirchoff  
9 – 13 Uhr  
Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“  
Stempelstraße 13, 18057 Rostock  
Seminar Nr. 12  
Seminargebühr: 130 €

### 14. März 9 Punkte

Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz  
Prof. Dr. Uwe Rother,  
Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek  
14.30 – 20.30 Uhr  
TriHotel am Schweizer Wald  
Tessiner Straße 103, 18055 Rostock  
Seminar Nr. 13  
Seminargebühr: 90 €

### 14. März 4 Punkte

Arbeitsrecht in der zahnärztlichen Praxis  
Rechtsanwalt Peter Ihle  
14.30 – 17.30 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Seminar Nr. 14  
Seminargebühr: 100 €

### 14. März 6 Punkte

Zeitgemäßes Hygienemanagement in Zahnarztpraxen  
Dipl.-Stom. Holger Donath,  
Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski  
15 – 20 Uhr  
Intercity Hotel  
Grunthalplatz 5-7, 19053 Schwerin  
Seminar Nr. 15  
Seminargebühr: 135 €

### 17. März 9 Punkte

Management endodontischer Probleme mit praktischen Übungen zur Revision  
Dr. Heike Steffen  
9 – 16 Uhr  
Zentrum für ZMK  
W.-Rathenau-Straße 42a,  
17475 Greifswald  
Seminar Nr. 16  
Seminargebühr: 250 €

### 24. März 8 Punkte

Bruxismusseminar: Ursachen, Therapiemöglichkeiten, Versorgung von Abrasionsgebissen  
Prof. Dr. Olaf Bernhardt,  
Dr. Bernd Schwahn  
9 – 16 Uhr  
Zentrum für ZMK  
W.-Rathenau-Straße 42a,  
17475 Greifswald  
Seminar Nr. 17  
Seminargebühr: 230 €

### 28. März 9 Punkte

Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz  
Prof. Dr. Uwe Rother,  
Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek  
14.30 – 20.30 Uhr

Universitätsmedizin HGW, Hörsaal Süd  
F.-Sauerbruch-Straße  
17475 Greifswald  
Seminar Nr. 18  
Seminargebühr: 90 €

### 18. April 6 Punkte

Aktuelle Aspekte zur Diagnostik und Therapie von Mundschleimhautläsionen, Präkanzerosen und Tumoren im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich  
Prof. Dr. Hans-Robert Metelmann,  
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick,  
Prof. Dr. Dr. Wolfram Kaduk  
14 – 19 Uhr  
Radisson Blue Resort, Schloss Fleesensee  
17213 Göhren-Lebbin  
Seminar Nr. 19  
Seminargebühr: 210 €

### 20./21. April 16 Punkte

Grundlagen der Parodontalchirurgie  
Resektive und regenerative Chirurgie mit praktischen Übungen  
Dr. Moritz Kepschull,  
Dr. Stefan Fickl  
20. April 14 – 18.30 Uhr,  
21. April 9 – 16 Uhr  
Zahnärztekammer  
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
Seminar Nr. 20  
Seminargebühr: 540 €

### 21. April 8 Punkte

Die prothetische Therapie des Abrasionsgebisses  
Dr. Torsten Mundt  
9 – 16 Uhr  
Intercity Hotel  
Grunthalplatz 5-7, 19053 Schwerin  
Seminar Nr. 21  
Seminargebühr: 170 €

### 28. April

Prophylaxe – Ein Muss in jeder Praxis  
Astrid Marchewski, Birgit Böttcher  
9 – 16 Uhr  
Praxis Holger Thun  
Steinstraße 11, 19059 Schwerin  
Seminar Nr. 37  
Seminargebühr: 330 €

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

### Bitte beachten Sie:

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

# Das ist Fortbildung, die sich lohnt

## Die Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin



*Die Absolventinnen des Kurses zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin 2011 – Referentin des Kurses: Kerstin Nitsche (2. v. r.) und Annette Krause 1. v. l.)*

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bietet seit Jahren die Aufstiegsfortbildung zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin an. Jährlich von Januar bis Dezember haben interessierte Zahnarzhelferinnen/Zahnmedizinische Fachangestellte die Möglichkeit, an einem Kurs teilzunehmen. Die Nachfrage ist auch in diesem Bereich der Fortbildung für Praxismitarbeiterinnen groß, dass nicht jede Anmeldung sofort Berücksichtigung finden kann.

Mit langweiliger Büroarbeit hat die Tätigkeit im Verwaltungsbereich nichts zu tun. Eine perfekt fortgebildete Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin organisiert den Praxisalltag und hält so dem Praxisinhaber den Rücken frei. Seit der Einführung der Gesundheitsreform ist der Verwaltungsaufwand in den Zahnarztpraxen enorm gestiegen. Um die Aufgaben mit Bravour meistern zu können, braucht die Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin oft starke Nerven, gerade im Bereich des Beschwerdemanagements. Ständig muss sie sich wachsenden Veränderungen in der Zahnarztpraxis stellen, so wie im vergangenen Jahr der Umsetzung des Qualitätsmanagements und in diesem begonnenen Jahr der neuen GOZ, die erlernt und umgesetzt werden muss.

Die Aufstiegsfortbildung dient dazu, den Teilnehmerinnen das notwendige Know-how zu vermitteln.

Zu Beginn des vergangenen Jahres hatten sich 24 ehrgeizige Mitarbeiterinnen die Aufgabe gestellt, den Kurs zur ZMV erfolgreich zu absolvieren. Vom 8. Januar 2011 bis zum 26. November 2011 sollte die Fortbildung andauern. Schier unendlich schien den Teilnehmerinnen die Zeit, als sie ihren Stundenplan in Empfang nahmen. Neben einer harten Arbeitswoche musste nun am Freitagnachmittag und am Samstag ganztägig auch noch die Schulbank gedrückt werden. Aufgrund der zum Teil weiten Anfahrt bedeutete dies auch für einige Trennung von der Familie. 24 unterschiedlichste Charaktere sollten sich nun zu einer Einheit zusammenfügen und sich bei der Fortbildung motivieren. 370 Unterrichtsstunden gefüllt mit anspruchsvollem Lehrstoff wurden bewältigt. Ungeübte und schwierige Lerninhalte wie im Fachbereich Recht und Steuern wurden beleuchtet. Menschliche Selbstoffenbarung, Gesprächsführung mit dem Patienten und im Team und vieles mehr wurden im Fach Kommunikation, Rhetorik und Psychologie vermittelt. Einen Großteil der Fortbildung nahm das Fach Abrechnungswesen ein, denn dies ist die Hauptaufgabe

der ZMV. Ebenso wurden Praxisorganisation, Praxisverwaltung und Grundlagen für die Ausbildung von Auszubildenden vermittelt.

In der Rückschau betrachtet, erschienen den Absolventinnen die zurückgelegten Monate als dennoch kurzweilig. Freundschaften entstanden während dieser Zeit. Allen frisch gebackenen ZMVs war die Erleichterung nach bestandener Prüfung anzumerken.

Die Besten der Fortbildungsveranstaltung, Loreen Jelinek und Anita Pietrek, beendeten den Kurs mit einem Notendurchschnitt von 1,1. Der Gesamtdurchschnitt nach der mündlichen Abschlussprüfung von 1,6 spiegelt den Ehrgeiz, Fleiß und das Engagement der Praxismitarbeiterinnen am Kurs wider. Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern gratuliert den Absolventinnen zur neu erworbenen Qualifikation.

Das Referat ZAH/ZFA der ZÄKM-V bedankt sich für die Unterstützung bei der Durchführung des Kurses bei den Referenten Rechtsanwältin Adrienne Daub, Kerstin Nitsche, Dr. Wolfgang Kuwatsch, Helge Kiecksee und Dr. Michael Grün sowie beim Technologiezentrum Rostock-Warnemünde für die Unterstützung bei der Bereitstellung der Räumlichkeiten.

**Annette Krause, Referat ZAH/ZFA**

# Fortbildungsangebote der KZV

## PC-Schulungen

**Referent:** Andreas Holz, KZV M-V  
**Wo:** KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
**Punkte: 3**  
 Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.  
**Gebühr:** 60 Euro für Zahnärzte, 30 Euro für Vorbereitungsassistenten 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:** 11. April, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Tabellenkalkulation mit Excel 2007

**Inhalt:** Daten eingeben und bearbeiten, Formeln und Funktionen einfügen, Rechenoperationen in Excel, Auswerten der Daten mit Diagrammen  
**Wann:** 14. März, 16 – 19 Uhr, Schwerin

## Zahnarztpraxis online

**Inhalt:** Grundlagen der Netzwerktechnik/Internet; Sicherheitsfragen bzw. -strategien; gängige Internetdienste sowie von KZV angebotene Dienste (speziell Onlineabrechnung und BKV Download) vorstellen; alle notwendigen Schritte für die Onlineabrechnung; Vorstellung der Inhalte und mögliche Funktionen unter www.kzvmv.de (Online-Formularbestellung, Service- und Abrechnungsportal, Download, Rundbriefe, dens etc.)  
**Wann:** 7. März, 15 – 18 Uhr, Schwerin, 4. April 15 – 18 Uhr Schwerin  
**Punkte: 3**  
**Gebühr:** 30 Euro für Zahnärzte, 0 Euro für eine Zahnarzthelferin, für jede weitere 15 Euro

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

## BEMA-Abrechnung – Endodontie, Individualprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen und Abrechnung von ZE-Festzuschüssen

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir., Elke Köhn, stellvertr. Abteilungsleiterin Kons./Chir., Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik – alle KZV M-V  
**Inhalt:** Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH- und ZE-Leistungen, hier: gesetzliche Grundlagen der ver-

tragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen; Mehrkostenregelung in der Füllungs-therapie, Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V; ZE-Festzuschüsse  
**Wann:** 21. März, 15 – 19 Uhr in Rostock-Warnemünde  
**Punkte: 4**  
**Gebühr:** 150 Euro für Zahnärzte, 75 Euro für Zahnarzthelferinnen und Vorbereitungsassistenten

## BEMA-Seminar für Auszubildende im 3. Lehrjahr und Neueinsteiger

**Referenten:** Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir., Elke Köhn, stellvertr. Abteilungsleiterin Kons./Chir., Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik – alle KZV M-V  
**Inhalt:** Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH-, KFO- und ZE-Leistungen, hier: gesetzliche Grund-

lagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen; Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Mehrkostenregelung in der Füllungstherapie; Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V; Praxisgebühr; zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht; vertragszahnärztliche Kfo-Behandlung; ZE-Festzuschüsse  
**Wann:** 24. März, 10 – 17 Uhr in Schwerin  
**Punkte: 6**  
**Gebühr:** 75 Euro für Auszubildende, Zahnarzthelferinnen, Vorbereitungsassistenten

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



## Ich melde mich an zum Seminar:

- Zahnarztpraxis online am 7. März, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation mit Excel 2007 am 14. März, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Schulung am 21. März, 15 bis 19 Uhr, Rostock-Warnemünde
- BEMA-Seminar für Azubis und Neueinsteiger am 24. März, 10 bis 17 Uhr, Schwerin
- Zahnarztpraxis online am 4. April, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 11. April, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Anzeige

# Service der KZV rund um die Niederlassung

## Nachfolger gesucht

Gesucht werden ab Mitte 2013 ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Müritz** und ab sofort ein Nachfolger für eine **allgemeinzahnärztliche Praxis in Plau am See**.

Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym.

## Führung von Börsen

Bei der KZV M-V werden nachstehende Börsen geführt und können bei Bedarf angefordert werden: Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung, Praxis sucht Vorbereitungsassistent/Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt, Praxisabgabe, Praxisübernahme, Übernahme von Praxisvertretung.

## Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächste Sitzung des Zulassungsausschusses für Zahnärzte findet am **28. März** (*Annahmestopp von Anträgen: 7. März*) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. *minde-*

*stens* drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin einzureichen sind.

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

Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nicht gezahlter 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.

Näheres bei der KZV Mecklenburg-Vorpommern unter der Telefonnummer 0385-54 92-130 oder unter der E-Mail-Adresse: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de).

## Ende der Niederlassung

Bärbel Tiede, niedergelassen seit dem 16. September 1991 in 18435 Stralsund, Lion-Feuchwanger-Straße 31, beendete am 31. Dezember 2011 ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit.

Christine Ortmann, niedergelassen seit dem 1. Juni 1993 in 17036 Neubrandenburg, Juri-Gagarin-Ring 1, beendete am 31. Januar ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit. **KZV**

# Weniger Niedergelassene, mehr Angestellte

## Leichter Anstieg der Zahnärztezahlen – immer mehr Zahnärzte wollen Angestellte sein

Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte im gesamten Bundesgebiet betrug bis zur Hälfte des Jahres 2011 54 008. Damit ging die Zahl der Vertragszahnärzte im Bundesgebiet gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um 0,6 Prozent zurück.

Im Detail: im Westen um 0,5 Prozent und im Osten um 1,1 Prozent. Dieser Rückgang stellt allerdings keine Verschlechterung der vertragszahnärztlichen Versorgung dar, sondern er muss vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) Anfang 2007 gesehen

werden. Im Quartalsverlauf ab I/2007, insbesondere ab dem III. Quartal 2007, war ein deutlicher Anstieg der Zahl der bei den Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte festzustellen. Ende des II. Quartals 2010 belief sich die Zahl der angestellten Zahnärzte in Deutschland auf 4 605, Ende des II. Quartals 2011 auf 5 552 (+ 20,6 Prozent). Die Gesamtzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte stieg von 58 935 auf 59 560, also um 1,1 Prozent.

Somit ist der Grad der vertragszahnärztlichen Versorgung trotz Rückgangs der Zahl der Vertragszahnärzte sogar gestiegen bei annähernd unveränderter Zahl der Versicherten in der GKV. Die Zahl der nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte belief sich in II/2011 auf 3008 im gesamten Bundesgebiet und stieg damit um 1,0 Prozent gegenüber II/2010.



KZBV/KZV

# 65. Geburtstag von Dr. Ingrid Buchholz

## Vorstände der Körperschaften und Versorgungsausschuss gratulieren

Am 25. Januar feierte Dr. Ingrid Buchholz aus Neubrandenburg ihren 65. Geburtstag. Die Vorstände der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie der Versorgungsausschuss gratulieren der Jubilarin recht herzlich.

Dr. Buchholz studierte von 1965 bis

1971 Zahnmedizin in Leipzig. 1971 erhielt sie ihre zahnärztliche Approbation. Anschließend zog es Ingrid Buchholz nach Neubrandenburg, wo sie von 1971 bis 1975 ihre Fachzahnarzt Ausbildung zur „Fachzahnärztin für Allgemeine Stomatologie“ erfolgreich absolvierte. Von 1971 bis 1974 arbeitete sie in einer staatlichen Zahnarztpraxis in Friedland und von 1974 bis 1990 im Ambulatorium für Bauwesen in Neubrandenburg.

Nach erfolgreicher Verteidigung ihrer Dissertation zum Thema „Oralbewusstheit einer Gruppe Jugendlicher im Alter von 16 bis 18 Jahren und deren objektiver Gebissbefund“ promovierte Ingrid Buchholz an der „Ernst-Moritz-Arndt-Universität“ in Greifswald am 5. April 1984.

Dr. Ingrid Buchholz nutzte den mit der Wieder-

beider deutscher Staaten verbundenen Umbau des Gesundheitswesens und gründete am 28. Dezember 1990 ihre eigene Niederlassung in Neubrandenburg, in der sie bis heute zahnärztlich tätig ist.

Aber ihre Kraft widmete sie nicht alleine ihrer Praxis, sondern engagierte sich früh zum Wohle der gesamten Kollegenschaft unseres Bundeslandes. Von 1996 bis 2007 war sie als Prüfungszahnärztin und stellvertretende Vorsitzende eines Wirtschaftlichkeitsprüfungsausschusses der KZV M-V tätig. Von 1999 bis 2000 war sie Mitglied der Vertreterversammlung der KZV.

In den Jahren 2008 bis 2011 hat sie sich als Referentin des Vorstands für die Belange der Zahnärztinnen eingesetzt und deren Interessen auch in den entsprechenden Ausschüssen der Bundeszahnärztekammer vertreten.

Eine herausragende Verantwortung übernahm Ingrid Buchholz bei der Gründung und Führung des Versorgungswerks der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, dessen engagiertes Mitglied sie bis heute ist.

Wir danken Kollegin Dr. Ingrid Buchholz für ihr hohes Engagement zum Wohle aller Zahnärztinnen und Zahnärzte unseres Bundeslandes und wünschen ihr für die kommenden Jahre Glück, Zufriedenheit und vor allem Gesundheit.

**Vorstand und  
Versorgungsausschuss der  
Zahnärztekammer M-V**

**Vorstand der KZV  
Mecklenburg-Vorpommern**



*In ihrer Niederlassung in Neubrandenburg ist Dr. Ingrid Buchholz noch heute zahnärztlich tätig.*

Anzeige

# Kieferorthopädische Abrechnungshinweise

## Kfo-Therapieänderung – Therapieänderungsantrag besonders beachten

Behandlungsmaßnahmen, die im von der Krankenkasse bestätigten kieferorthopädischen Behandlungsplan eingetragen sind, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

Im Laufe einer kieferorthopädischen Behandlung kann es durchaus vorkommen, dass im Behandlungsverlauf weitere Maßnahmen über den ursprünglich von der Krankenkasse genehmigten Kfo-Plan notwendig sind. Bei derartigem Sachstand ist es deshalb erforderlich, dass der behandelnde Zahnarzt/Kieferorthopäde *eine bei der Planung noch nicht vorhersehbare Therapieänderung*, als *Therapieänderungsantrag* bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorlegt.

Der Antrag erfolgt auf dem Formular „Kfo-Behandlungsplan“ mit dem Kreuz im Feld „Kfo-Therapieänderung“.

- Kfo-Behandlungsplan**
- Kfo-Therapieänderung**
- Kfo-Verlängerungsantrag**

*Der § 14 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ) führt hierzu unter Punkt 6 und 7 aus:*

„6. Behandlungen, für die die Ersatzkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des Kfo-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit

es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

7. Kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich zahntechnischer Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, sind durch den Vertragszahnarzt der Ersatzkasse anzuzeigen und von der Ersatzkasse zu genehmigen. Die genehmigten Leistungen unterliegen nicht der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Im Übrigen gilt § 14 Absatz 6.“

Gründe für die Therapieänderung über den Erstbehandlungsplan hinaus, können zum Beispiel sein:

- Einsatz von Multiband, wenn zunächst nicht geplant
- Einsatz von herausnehmbaren Geräten, wenn nicht geplant
- Ersatzanfertigungen von Kfo-Behandlungsgeräten
- notwendige Leistungen, wie z. B. Erneuerung von Brackets, Bändern und Bögen  
(Diese zusätzlichen zum Kfo-Plan erforderlichen Positionen sind in ihrer Anzahl im Leistungskamm aufzuführen.)
- Extraktionstherapie, wenn nicht geplant  
(Die Entfernung eines einzelnen Zahnes als alleinige Maßnahme ist nicht anzeigepflichtig, wenn dadurch keine Erhöhung der Behandlungskosten entsteht.)
- wesentliche Überschreitung der geschätzten Material- und Laborkosten

*Anmerkung:*

*Bei den Material- und Laborkosten im Kfo-Behandlungsplan handelt es sich um geschätzte Material- und Laborkosten. Im Zivilrecht gilt*

*nach dem § 650 BGB in Bezug auf die sogenannten „Schätzkosten“*  
*Nachstehendes: „Je nach Lage des Falles ist eine Überschreitung von 15 bis 20, in besonderen Ausnahmefällen bis 25 Prozent möglich.“*

Besondere Beachtung sollte der Therapieänderungsantrag finden bei der sogenannten „Neubestimmung des Therapieziels“, wenn die ursprünglich geplanten Veränderungen nicht oder nur begrenzt erreicht werden. Somit entfällt die Mitteilung an die Krankenkasse am Ende der Behandlung und es werden Missverständnisse vermieden bei der Ausstellung der Abschlussbescheinigungen. Die Patienten bzw. deren Erziehungsberechtigten sind darüber aufzuklären. Es besteht auch dazu eine Dokumentationspflicht entsprechend § 9 Berufsordnung der Zahnärztekammer in M-V in Verbindung mit § 5 Abs. 1 BMV-Z und § 7 Abs. 3 EKVZ (s. diesbezüglichen Beitrag in dens 12/2011).

Unter der Rubrik „Therapie“ muss außerdem die Notwendigkeit der Therapieumstellung nachvollziehbar begründet werden.

Der bewilligte Kfo-Erstbehandlungsplan behält seine Gültigkeit!

Die Modalitäten zum Therapieänderungsantrag finden nicht nur für Ersatzkassenversicherte Anwendung, sondern gleichermaßen auch für Primärkassenversicherte.

Bei Einhaltung der vertragszahnärztlichen Verpflichtungen im Rahmen von Therapieänderungen vermeidet der Zahnarzt/ Kieferorthopäde sachlich-rechnerische Berichtigungsanträge der Krankenkassen.

Elke Köhn

## Kfo-Kurs: Bekannte Mechanik mit Neuem kombiniert

**Referent:** Dr. Marcel Korn  
**Veranstalter:** Verein zur Erhaltung und Förderung der Poliklinik für Kieferorthopädie Rostock e. V. (VEFK Rostock e. V.)  
**Termin:** 16. März bis 17. März  
**Ort:** Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Strem-

pelstraße 13 in 18057 Rostock, Hörsaal I

**Sonstiges:** Kieferorthopädische Fortbildung für Kieferorthopäden, Weiterbildungsassistenten und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte.

**Kursgebühr: Kieferorthopäden:** 550 Euro

**Weiterbildungsassistenten:** 350 Euro

**Auskunft und Anmeldung:** www.kfo.med.uni-rostock.de

Telefon: 0381-494 65 58  
Fax: 0381-494 66 52

# Abrechnung von Füllungen

## Die GOZ 2012 mit neuen Abrechnungsbestimmungen

Die Füllungsleistungen wurden in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 2012 neu strukturiert.

### Plastische Füllungen ohne Adhäsivtechnik

Die Gebührennummern 2050, 2070, 2090 und 2110 bilden die plastischen Füllungen unterschiedlichen Umfangs ohne Verwendung der adhäsiven Füllungstechnik ab (zum Beispiel Amalgamfüllungen).

#### 2050 GOZ

Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, **einflächig**  
213 Punkte 11, 98 Euro Einfachsatz

#### 2070 GOZ

Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, **zweiflächig**  
242 Punkte 13, 61 Euro Einfachsatz

#### 2090 GOZ

Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, **dreiflächig**  
297 Punkte 16, 70 Euro Einfachsatz

#### 2110 GOZ

Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, **mehr als dreiflächig**  
319 Punkte 17, 94 Euro Einfachsatz

Die Leistung wird je Kavität berechnet. Die Kosten für das Füllungsmaterial sind mit den Gebühren abgegolten.

Die ggf. notwendige Politur einer Füllung in einer folgenden Sitzung (zum Beispiel bei der Amalgamfüllung) wird nach der Ziffer 2130 GOZ (Politur) berechnet. Die bisher nach der Größe der Füllung differenzierten Politurpositionen (alt 206, 208, 210, 212 GOZ 88) wurden in der neuen

Gebührenordnung zu einer Politurposition (2130 GOZ) zusammengefasst. Sie deckt die Politur bzw. das Finieren jeder Füllung (Amalgam oder Kompositmaterialien) in einer gesonderten Sitzung nach dem Legen der jeweiligen Füllung unabhängig von der Größe der Füllung ab.

Bitte beachten Sie, dass die Politur einer Kunststofffüllung zum Leistungsinhalt der Füllungsposition gehört und eine Kunststofffüllung nicht wenige Tage nach Erbringung der Leistung schon wieder poliert werden kann.

Die Leistung 2130 GOZ ist auch berechnungsfähig, wenn z. B. bereits länger vorhandene Füllungen nachpoliert werden müssen.

### Füllungen/Restorationen in Adhäsivtechnik

Die Leistungen 2060, 2080, 2100 und 2120 beschreiben die entsprechenden Füllungen unter Verwendung von Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik, das heißt insbesondere mit obligatorischer Lichtaushärtung und fakultativem Einsatz der Mehrschichttechnik. Der Begriff Adhäsivtechnik wird als Oberbegriff für die Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik und die Schmelz-Adhäsiv-Technik verwendet. Die Leistung kann in Ein- oder Mehrschichttechnik erbracht werden.

#### 2060 GOZ

Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), **einflächig**, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts  
527 Punkte 29,64 Euro Einfachsatz

#### 2080 GOZ

Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), **zweiflächig**, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts  
556 Punkte 31,27 Euro Einfachsatz

#### 2100 GOZ

Präparieren einer Kavität und Res-

tauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), **dreiflächig**, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts  
642 Punkte 36,11 Euro Einfachsatz

#### 2120 GOZ

Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), **mehr als dreiflächig**, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts  
770 Punkte 43,31 Euro Einfachsatz

Sehr häufig wird an das GOZ-Referat die Frage gestellt, ob die dentinadhäsiven Füllungen bei GKV-Versicherten nicht auch weiterhin nach der bewährten Analogberechnung (z. B. Inlay-Positionen) berechnet werden können. Dies ist leider nicht mehr möglich. Die adhäsiven Füllungen/Restorationen sind mit eigenen Gebührensätzen in die GOZ 2012 aufgenommen worden, sodass eine Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ hier nicht mehr zulässig ist. Die GOZ 2012 gilt in vollem Umfang auch für privatärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten.

Maßnahmen zur Konditionierung und adhäsiven Verankerung der Restauration sind mit der Gebühr 2060 GOZ ff. abgegolten. Die Ziffer 2197 GOZ (adhäsive Befestigung) kann neben den adhäsiven Füllungsleistungen nicht zusätzlich berechnet werden.

Zusätzlich verwendete konfektionierte Füllkörper (Inserts) als Teil der Restauration sind Bestandteil der Leistung.

Die Leistung 2060 ff. wird je Kavität berechnet und ist sowohl an Front-, als auch an Seitenzähnen möglich. Die Kosten für das Restaurationsmaterial, ggf. auch Inserts, sind mit der Gebühr abgegolten.

Ein möglicher höherer Aufwand bei der Anwendung der Mehrfarbentechnik und bei einer speziellen Farbanpassung kann einzelfallbezogen bei der Bemessung der Honorare inner-

halb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Die Politur einer Kunststofffüllung ist Leistungsbestandteil der Leistung 2060 ff. Die Füllung/Restauration ist fachlich nur korrekt, wenn diese auch poliert ist. Wird später ein Nachpolieren notwendig, kann dies nach der Ziffer 2130 GOZ (Politur) berechnet werden.

Vielen Zahnärztinnen und Zahnärzten dürfte nicht entgangen sein, dass die Bewertung der adhäsiven Füllungen selbst gegenüber maßvoller Liquidation derartiger Leistungen nach der bisherigen Analogie (GOZ 88) jetzt

niedriger ausfällt. Hier sollten deshalb die Gestaltungsmöglichkeiten, die auch die GOZ 2012 bietet, genutzt werden. Wenn selbst der gesamte Gebührenrahmen bis zum 3,5-fachen Faktor nicht ausreicht, sollte eine Vereinbarung nach § 2, Abs. 1 u. 2 für die Überschreitung des 3,5-fachen Faktors getroffen werden. Gemäß § 10, Abs. 3 GOZ muss dabei dem Patienten auf sein **Verlangen** eine Begründung für das Überschreiten des 3,5-fachen Faktors geliefert werden, wenn auch ohne diese Vereinbarung nach § 2, Abs. 1 u. 2 bereits ein Überschreiten des 2,3-fachen Faktors gerechtfertigt gewesen wäre. Diese Begründungspflicht gab es in

der alten GOZ nicht und soll nun dem Patienten eine bessere Erstattung ermöglichen, dient aber in erster Linie wohl dazu, dass der Zahnarzt bei Vereinbarungen nach § 2, Abs. 1 u. 2 eine Begründungspflicht nicht grundsätzlich umgehen kann.

Die nächste Ausgabe wird sich den Abrechnungsmöglichkeiten der noch mehr abgewerteten adhäsiv befestigten Aufbaufüllungen im Zusammenhang mit der Berechnungsmöglichkeit des Adhäsivzuschlages nach GOZ 2197 widmen.

Dipl.-Stom. Andreas Wegener  
Birgit Laborn GOZ-Referat

## Nanostrukturen weisen Weg in die Zukunft

### Nachlese zum 25. DGI-Kongress in Dresden

Im Knochen verankerte Titanimplantate sind ein solides Fundament für Zahnersatz. Der MKG-Chirurg Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Mainz, skizzierte beim 25. DGI-Kongress vom 24. bis 26. November 2011 in Dresden den Weg von der Entdeckung der Osseointegration bis heute. Aktuell wird erforscht, wie sich Proteine effektiv an Implantate anknüpfen und Zellen zur Knochensynthese anregen lassen. Nanostrukturen könnten dabei eine Schlüsselfunktion übernehmen.

Der schwedische Orthopäde Per Ingvar Brånemark entdeckte das Phänomen der Osseointegration von Titan im Jahr 1952, also vor 60 Jahren. Er definierte seine Entdeckung als strukturellen und funktionellen Verbund zwischen (...) Knochen und der Oberfläche eines belasteten Implantats. Dieser folgt der primären Stabilisierung, die zum Beispiel durch eine geeignete Gewindegestaltung und die Präparation des Knochenlagers erreicht wird.

Die Oberfläche von Brånemarks geschlossen einheilenden Titanschrauben war maschinert, also weitgehend glatt. Die im Jahr 1976 von André Schroeder vorgestellten transgingivalen ITI-Hohlzylinder-Implantate hatten eine additive Titan-Plasmaspray-Beschichtung.

Aktueller Standard sind dagegen ablativ, also abtragend behandelte Oberflächen mit definierter Rauigkeit im Submikron-Bereich. Diese wirken hydrophil und fördern die Anlagerung knochenbildender Zellen. Wie eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Wagners Abteilung nachweisen konn-

te, tragen diese Oberflächen außerdem in unterschiedlichem Ausmaß dazu bei, dass Vorläuferzellen zu Osteoblasten reifen und Schlüsselfaktoren für die knöcherne Einheilung synthetisiert werden.

Wie Wagner berichtete, hätte Per Ingvar Brånemark für das Jahr 2011 in einer Vorschau auf mögliche Weiterentwicklungen eine „biologische“ Zeit angekündigt. Aktuelle Forschungsziele sind laut Wagner osteo-induktive, adhäsive und antiinfektiöse Eigenschaften. Diese und andere Methoden sollen die Osseointegration schneller

und damit sicherer machen, was vor allem bei schwachem Knochen und Risikopatienten relevant sein kann.

So tragen experimentelle Oberflächen Signalmoleküle für die gezielte Anlagerung von Proteinen. Antiinfektiöse Effekte werden hingegen interessanterweise nicht durch aufgetragene Wirkstoffe, sondern wiederum durch Nanostrukturierung erreicht. Wagner schlussfolgerte, dass die Zukunft biologischen Modifikationen, aber auch physikalisch oder chemisch wirksamen Nanostrukturen gehören könnte.

Dr. Hermann Koch, Freising für die DGI

## 19. Kurs mit Dentalhygienikerinnen aus den USA an der Uni Greifswald

Von der School of Dental Hygiene an der Universität Minneapolis/Minnesota führen Professor Dr. Kathleen Newell gemeinsam mit der langjährigen Lehr-DH Kim Johnson zum 19. Mal einen praktischen Arbeitskurs an der Zahnklinik der Universität Greifswald durch.

**Thema:** „Prophylaxekonzepte, Ergonomie, Diagnostik, Hand- versus Ultraschallinstrumentierung, neue Forschungsergebnisse“

**Termin:** 9. Juli bis 13. Juli

**Teilnehmerzahl:** maximal 20

**Zum Ablauf:** Kurssprache englisch mit Übersetzung; intensive, umfangreiche, praktische Übungen in der neuen Zahnklinik; zwischendurch Kurzvorträge zum aktuellen Stand der Wissenschaft durch den Greifswalder Lehrkörper; fast jeden

Abend gemeinsames, kurzweiliges Rahmenprogramm.

**Kursgebühr:** 950 Euro (inkl. Kursverpflegung, Skripten u. a.)

**Teilnahmevoraussetzung:** Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), fortgebildete Assistentin Prophylaxe/Prophylaxeassistentin, Zahnmedizinische Fachassistentin, Zahnärztin/Zahnarzt

**Anfragen und Anmeldungen an:**

Ina Fahrenkrug/OÄ Dr. Jutta Fanghänel; Abteilung Parodontologie, Zentrum für ZMK-Heilkunde, W.-Rathenau-Str. 42a, 17475 Greifswald; Tel.: 0 38 34-86 71 27, Fax: 0 38 34-8 61 96 48, E-Mail-Adresse: ina.fahrenkrug@uni-greifswald.de

Uni Greifswald

# Seminare zur neuen GOZ

Die Großveranstaltungen zur neuen GOZ sind abgeschlossen und seit dem 1. Januar ist sie nun gültig. In den Zahnarztpraxen wird mit der neuen GOZ gearbeitet und es ergeben sich die ersten Fragen. Um allen Anwendern und den Mitarbeitern die neue GOZ ausführlich näher zu bringen, sind GOZ-Seminare der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern geplant.

Die Seminargebühr beträgt 60 Euro pro Person. Die genauen Veranstaltungsorte werden den Zahnarztpraxen mit der Teilnahmebestätigung mitgeteilt. Bei Überbuchungen der Seminare sorgen wir kurzfristig für weitere Seminare im ersten Halbjahr 2012.

GOZ-Referat

Zu folgenden Veranstaltungen können Sie sich anmelden:

- 7. März**, 14 bis 17 Uhr, Schwerin, Referentin: Sandra Bartke
- 14. März**, 14 bis 17 Uhr, Greifswald, Referent: Dipl.-Stom. Andreas Wegener
- 21. März**, 14 bis 17 Uhr, Neubrandenburg, Referent: Dipl.-Stom. Andreas Wegener
- 28. März**, 14 bis 17 Uhr, Rostock, Referentin: Sandra Bartke



## Anmeldeformular für GOZ-Seminare 2012

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:  
(Stempel) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Kursort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Fax-Nr.: 0385-59108-20

# Zahnerhalt versus Implantation

Die Implantologie ist heutzutage zu einem integralen Bestandteil der Zahnheilkunde geworden. Sie bietet viele Möglichkeiten und ist aus dem zahnärztlichen Behandlungsspektrum nicht mehr wegzudenken. Dennoch sei die Frage erlaubt, ob gerade wegen des implantologischen Booms nicht zu viele Zähne, die bei richtiger Behandlungstechnik noch lange in situ bleiben könnten, vorschnell extrahiert werden.

Die Entscheidung für oder gegen die Extraktion ist immer eine Einzelfallentscheidung und wird von vielen Faktoren beeinflusst. Auch muss nicht jeder extrahierte Zahn durch ein Implantat ersetzt werden.

Im Folgenden soll ein in der Praxis erfolgreiches Konzept zur Entscheidungsfindung Zahnerhalt oder Extraktion mit anschließender Implantation aufgezeigt und patientenbezogene Aspekte dargelegt werden, die die grundsätzliche Abwägung Zahnerhalt oder Extraktion stark beeinflussen.

Die allgemeinmedizinische Anamnese des Patienten kann die Behandlungsalternativen einschränken. Vorerkrankungen oder Medikationen können das Risiko bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen teilweise deutlich erhöhen. So ist zum Beispiel bei vorangegangener, insbesondere intravenöser Bisphosphonattherapie die Vermeidung eines nicht unbedingt notwendigen oralchirurgischen Eingriffs absolut angeraten, um die Gefahr von postoperativen Kiefernekrosen zu vermeiden (Abb. 1).

In diesen Fällen sollte, wann immer möglich, der Versuch unternommen werden, Zähne zu erhalten. Ein weiterer Aspekt ist das Alter des Patienten, welches aber kein hartes Entscheidungskriterium darstellt. Determinierend ist vielmehr, ob die manuellen Fähigkeiten ausreichen, um eine adäquate Mundhygiene zu gewährleisten. Das kariologische und parodontale Risikoprofil des Patienten und die Bereitschaft zur kontinuierlichen Erhaltungstherapie spielen in der Entscheidungsfindung immer eine zentrale Rolle. In Fällen, bei denen Patienten nicht zur Mundhygiene motiviert werden können und nicht an der regelmäßigen Erhaltungstherapie teilnehmen wollen, sollte von aufwendigen zahnärztlichen Maßnahmen Abstand genommen werden. Früher Implantatverlust durch Periimplan-

titis oder Zahnverlust durch Karies oder Parodontitis sind dann programmiert.

Ein weiteres wichtiges Entscheidungskriterium liefert die funktionelle Untersuchung des Patienten. Bei starkem Bruxismus sollte die Implantation kritisch überdacht werden. Die Sensorik eines Implantats beträgt nach J. Levy nur ein Zehntel eines nativen Zahnes. Auch bei endodontisch behandelten Zähnen reduziert sich die Sensorik im Vergleich zu einem vitalen Zahn um die Hälfte. Es ist bei Patienten, die unter Bruxismus leiden, vermehrt mit Frakturen von implantatgetragenen Rekonstruktionen und auch von endodontisch versorgten Zähnen zu rechnen. Die endgültige Entscheidung über die Behandlungsalternativen liegt letztlich immer beim gut aufgeklärten Patienten, der nach Erläuterung aller Risiken und Erfolgsaussichten die Behandlung mitbestimmt.

## Spezielle zahnbezogene Aspekte Parodontologische Aspekte

Von den gesetzlichen Krankenkassen wird in der Parodontologie verlangt, schon vor der Initialtherapie bei schwerer generalisierter Parodontitis die Extraktion vermeintlich infäustere Zähne durchzuführen. Die Extraktion von Zähnen aus parodontalen Gründen sollte allerdings immer kritisch überdacht werden.

Die Studie von Hirschfeld und Wassermann an 600 Patienten, die sich über 22 Jahre in parodontaler Erhaltungstherapie befanden, zeigte, dass bei 50 Prozent der Patienten alle Zähne erhalten werden konnten. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass 33 Prozent der Patienten nur ein bis drei Zähne verloren. Ebenfalls mussten nach diesem langen Zeitraum nur 31 Prozent der ursprünglich als fraglich eingestuftene Zähne extrahiert werden. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen sich in der Praxis. Besonders einwurzelige Zähne mit einem Knochenverlust von deutlich mehr als 50 Prozent können oft noch jahrelang in Funktion bleiben. Bei adäquater Erhaltungstherapie ist vielfach auch eine spontane Knochenregeneration in Fällen mit vertikalen Knochendefekten zu beobachten (Abb. 2).

Ein wichtiges Entscheidungskriterium für oder gegen eine Extraktion ist, ob eine geschlossene Zahnreihe vorliegt, in der kein Zahnersatz notwendig wäre, wenn alle Zähne erhalten werden

könnten, oder ob es sich um ein Lückengebiss handelt, in dem ohnehin prothetische Maßnahmen angezeigt sind.

In einer geschlossenen Zahnreihe sollten bei generalisierter Parodontitis alle Zähne unabhängig von der Sondierungstiefe und vom Furkationsbefall (auch Furkation Grad III) grundsätzlich erhalten werden, um solange wie möglich jegliche risikobehaftete Prothetik zu vermeiden.

Die Notwendigkeit von Zahnersatz zieht in diesen Fällen meist die Extraktion mehrerer Zähne nach sich, da die Ankerzähne oder bei einer Implantation die Nachbarzähne aufgrund starker parodontaler Vorschädigung oft keine gute Prognose besitzen. Der angefertigte Zahnersatz ist wegen der Parodontitis und daraus folgendem massiven Knochen- und Gewebeverlust meist ästhetisch nicht besser als die Ausgangssituation.

Gerade im Frontzahnbereich finden sich häufig einzelne stark gelockerte Zähne mit erheblichem Knochenabbau. Die Entfernung dieser Zähne zieht größte ästhetische und prothetische Probleme nach sich, da die Prognose der Nachbarzähne als Brückenpfeiler oft zu schlecht ist und die entstandene Lückenbreite, zum Beispiel in der Unterkieferfront oder bei den seitlichen Inzisiven im Oberkiefer, für eine Implantation nicht ausreicht. Diese stark gelockerten Zähne werden am besten durch eine adhäsive Schienung an den Nachbarzähnen versorgt. Frontzähne bleiben dadurch auch bei Knochenabbau bis ins apikale Wurzeldrittel oft jahrelang erhalten (Abb. 2).

Der limitierende Faktor für die Erhaltung von Zähnen bei geschlossener Zahnreihe ist die Beherrschbarkeit der Entzündung (Taschensupuration oder BOP [Bleeding On Probing]).

Nach der allgemein üblichen konservativen Initialtherapie (Full Mouth Disinfection – in aggressiven und schweren chronischen Fällen mit Antibiose) sollte, falls dann noch notwendig, vor einer Extraktion über mögliche parodontalchirurgische Interventionen nachgedacht werden. Abgesehen von regenerativen Maßnahmen stehen gerade bei persistierenden lokalen Parodontopathien resektive Techniken zur Taschenverkleinerung zur Verfügung. Zur Behandlung des Furkationsbefalls im Molarenbereich setzen wir die Tunnelierung im Unterkiefer und im Ober-



Abb. 1 – Kiefernekrose in Regio 27 nach Zahnextraktion trotz plastischer Deckung und Antibiotikatherapie bei vorangegangener intravenöser Bisphosphonatgabe

kiefer die Wurzelamputation einer oder beider bukkaler Wurzeln ein (Abb. 3). Die Langzeitstudien zu diesen Verfahren zeigen ebenso wie die Studien zur Tunnelierung sehr unterschiedliche Ergebnisse. Bei unserem Patienten zeigte sich die Hemisektion im Unterkiefer als prognostisch ungünstig, da sich zum einen die exakte Definition einer Präparationsgrenze als problematisch erwies und zum anderen häufig Frakturen der verbliebenen, meist distalen Wurzel auftraten. Die Amputation einer oder beider bukkaler Wurzeln bei Oberkiefermolaren erwies sich dagegen als sehr erfolgreiche Behandlungsmaßnahme, darüber hinaus ist die prothetische Versorgung der verbliebenen Zahnwurzeln gut möglich. Bei Unterkiefermolaren bleibt als Alternative zur Tunnelierung bei nicht beherrschbarer Entzündung nur die Extraktion.

Die im parodontal vorgeschädigten Gebiss nach erfolgter Initialtherapie häufig mangelhafte Frontzahnästhetik kann in vielen Fällen durch Korrekturen



Abb. 2 – Zahn 12 a) und b) Ausgangssituation c) und d): gekürzter und mit Kompositan den Nachbarzähnen geschichteter Zahn 12 mit röntgenologisch sichtbarer Knochenregeneration nach Initial- und einjähriger Erhaltungs-therapie



Abb. 3 – a) Zahn 27 nach Amputation beider bukkaler Wurzeln, Zahn 26 nach Amputation der distobukkalen Wurzeln nach Präparation; b) eingegliederte Kronen; c) OPT nach Abschluss der Behandlung



Abb. 4 – Kieferorthopädische Behandlung bei Zahnfehlstellung durch Parodontitis (nach Initialtherapie); beachtenswert ist Zahn 21 a) und b) Ausgangssituation; c) eingegliederte kieferorthop. Apparatur; d) nach Abschluss der Behandlung (s. auch OPT Abb. 5)

mittels Adhäsivtechnik entscheidend verbessert werden. Das Schließen von schwarzen Dreiecken oder das Überschichten von Zahnwurzeln verbessert das ästhetische Erscheinungsbild meist deutlich. Bei Zahnfehlstellungen sollte auch im parodontal vorgeschädigten Gebiss die Möglichkeit einer kieferorthopädischen Regulierung bedacht werden (Abb. 4).

Meistens werden mit diesen Mitteln bessere ästhetische Ergebnisse erreicht als mit der Extraktion der Zähne und anschließender implantologischer und prothetischer Versorgung.

In einem parodontal vorgeschädigten Lückengebiss, bei dem ein definitiver Zahnersatz notwendig ist, gilt zunächst ebenfalls die Direktive, so viele Zähne wie möglich zu erhalten. Limitierender

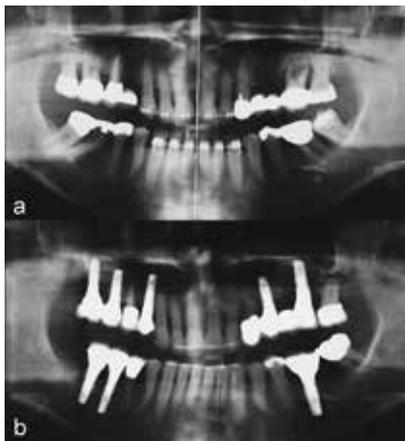


Abb. 5 – Schwere chronische Parodontitis in einem prothetisch versorgungsbedürftigen Lückengebiss –Orthopantomogramme: a) vor Beginn (beachte: infauste Zähne sind zur Verankerung während der KFO-Behandlung belassen worden); b) zum Abschluss der Behandlung (gleiche Patientin wie in Abb. 4)



Abb. 6 – Revisionsbehandlungen eines Unterkiefermolaren mit chronischer apikaler Parodontitis

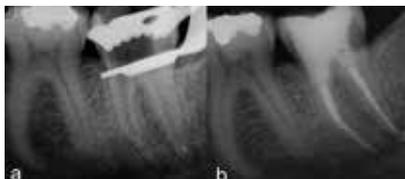


Abb. 7 – Endodontische Behandlung eines Zahnes mit chronischer apikaler Parodontitis und zwei frakturierten Instrumenten, die beide bei der Aufbereitung des Kanalsystems umgangen werden konnten; a) Ausgangssituation; b) nach Wurzelfüllung



Abb. 8 – Nichterhaltungswürdiger Zahn 46 mit Stiftversorgung und chronischer apikaler Parodontitis

Faktor ist auch in diesen Fällen die Beherrschbarkeit der Entzündung. Darüber hinaus müssen aber an die Zähne bezüglich ihrer Erhaltungswürdigkeit strengere Anforderungen gestellt werden, sollen sie doch in der Lage sein, einen Zahnersatz aufzunehmen.

Bei Molaren mit Furkationsbefall Grad I und II wird eine Odonto- oder Osseoplastik durchgeführt, um die Hygienefähigkeit gerade für die häusliche Reinigung herzustellen oder zu verbessern. Bei Furkationsbefall Grad III bleibt im Unterkiefer nur die Extraktion und bei Molaren des Oberkiefers kommt neben der Extraktion die Wurzelamputation einer oder beider bukkalen Wurzeln infrage (Abb. 3). Strategisch wichtige Pfeiler, die zum Beispiel zur Verankerung von Rekonstruktionen benötigt werden, müssen besonders kritisch beurteilt werden. Die Extraktion dieser Zähne mit anschließender Implantation ist in solchen Fällen oftmals die bessere Alternative (Abb. 5).

### Endodontologische Aspekte

Die endodontische Behandlung eines Zahnes ist grundsätzlich immer möglich. Zwei Techniken stehen dazu zur Verfügung. Die orthograde Wurzelkanalbehandlung und die Wurzelspitzenresektion als retrograde Wurzelkanalbehandlung können unterschieden werden. Die Entscheidung „Zahnerhalt oder Extraktion“ wird natürlich von der Erfolgsprognose der endodontischen Behandlung des Zahnes beeinflusst. Der Begriff Erfolgsprognose ist allerdings sehr schwer zu definieren. Zum einen wird eine Beschwerdefreiheit und ein Verbleiben des Zahnes in Funktion als ausreichend angesehen („function-

nal tooth“), zum anderen werden die strengeren Anforderungen der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie (ESE) gestellt. Nach diesen Forderungen müssen neben der Beschwerdefreiheit auch radiologisch nachweisbare intakte periradikuläre Verhältnisse vorliegen.

Unabhängig von dieser Diskussion sind die Erfolgsaussichten einer Wurzelkanalbehandlung bei Molaren naturgemäß geringer als bei ein- oder zweiwurzeligen Zähnen. Sie bewegen sich bei einer Vitalextripation an Molaren unter Anwendung der strengen ESE-Kriterien im Allgemeinen bei über 90 Prozent. In Fällen von Zähnen mit infizierter Pulpa sinkt die Prognose auf 73 bis 90 Prozent.

Betrachtet man die schwächeren Kriterien des „functional tooth“, liegen die Prognosen circa zehn Prozent höher im Bereich von 88 bis 97 Prozent. Bei Revisionen macht es einen großen Unterschied, ob eine Wurzelfüllung nur aus technischen Gründen erneuert wird (z. B. zu kurze Wurzelfüllung [Erfolgsprognose 86 bis 98 Prozent]), oder ob ein endodontisch behandelter Zahn mit apikaler Parodontitis behandelt werden muss (Erfolgsprognose 36 bis 77 Prozent).

Auch frakturierte Wurzelkanalinstrumente stellen keine Kontraindikation für die endodontische Behandlung dar, da sie in vielen Fällen umgangen oder sogar entfernt werden können (Abb. 7). Bei bereits endodontisch behandelten Zähnen mit apikaler Beherdung ist der erste Schritt, wenn immer möglich, die orthograde Revision der Wurzelkanalbehandlung (Abb. 6). Zum einen wird laut Leitlinie der DGZMK ein rein apikalchirurgischer Eingriff nur dann als

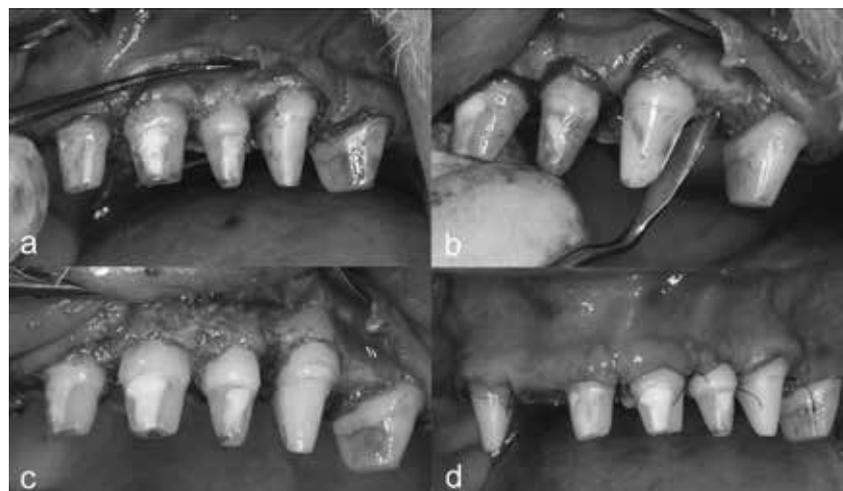


Abb. 9 – Ferruleherstellung durch chirurgische Kronenverlängerung; a) Ausgangssituation nach Aufklappung; b) und c) nach Verlängerung mit zirkulärem Abstand von 3 mm der Präparationsgrenzen zum Knochen; d) Ansicht nach Nahtverschluss

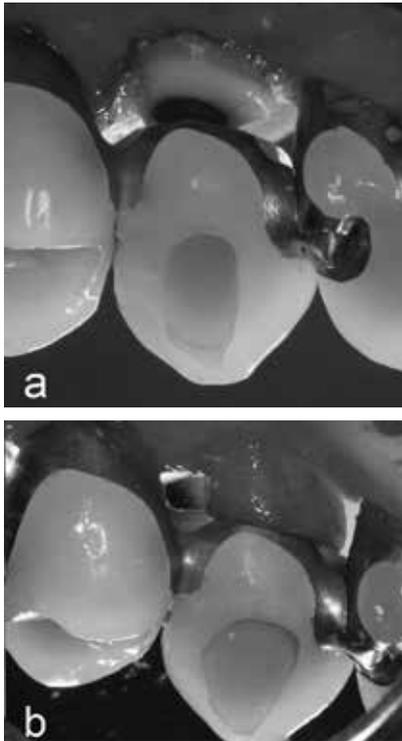


Abb. 10 – Forcierte Eruption mit Magnet; a) eingesetztes Provisorium, Ansicht von palatinal; b) extrudierter Zahn vier Wochen später

sinnvoll erachtet, wenn auf orthogradem Weg kein ausreichender Zugang in das endodontische System oder auf orthogradem Weg keine Verbesserung des Zustandes möglich oder wahrscheinlich ist. Darüber hinaus verbessert eine vorherige Revision die Erfolgsraten der Wurzelspitzenresektion generell. Gerade im Molarenbereich kommt es durch die Resektion oft zu einem operativ bedingten erheblichen Knochenverlust, die Sicht ins Operationsgebiet ist meist sehr eingeschränkt und ein suffizienter retrograder Verschluss ist häufig nicht möglich. Im Unterkiefer ist darüber hinaus das Risiko einer Verletzung des N. alveolaris inferior zu beachten.

Unseres Erachtens sollte die Endochirurgie im Molarenbereich eher die Ausnahme darstellen, weil bei den häufig zu erwartenden Misserfolgen das Knochenlager für eine spätere Implantation stark kompromittiert ist. Bei Zähnen mit Stiftversorgung ist die Wurzel stark geschwächt. Bei der Revision mit Entfernung eines Stiftes besteht – mit zunehmender Insertionstiefe und Durchmesser des Stiftes – ein sehr hohes Frakturrisiko für die Zahnwurzel. Im Frontzahn- und Prämolarenbereich ist in diesen Fällen die Wurzelspitzenresektion (WSR) eine Therapiealternative. Im Molarenbereich ist die Prognose der WSR, wie oben bereits erwähnt, deutlich schlechter. Bei diesen Zähnen

ist dann die Extraktion und anschließende Implantation indiziert (Abb. 8).

Hinsichtlich der Endodontie finden sich limitierende Faktoren darüber hinaus häufig im Bereich der Zahnkrone, da die beste endodontische Behandlung ohne dauerhaft dichten koronalen Verschluss keine gute Prognose hat. Bei nicht ausreichender Restzahnsubstanz, das heißt, wenn kein Ferrule von mindestens zwei Millimetern vorhanden ist, ist im Allgemeinen die Extraktion des Zahnes zu empfehlen. Zudem sollte bei mehrwurzeligen Zähnen der Zahn entfernt werden, wenn der Defekt bis in die Furkation reicht, da dann der Defekt vom Kronenrand nicht mehr gefasst werden kann. Ein ausreichender Ferrule kann gegebenenfalls geschaffen werden: Zum einen durch eine chirurgische Kronenverlängerung – diese sollte bei mehrwurzeligen Zähnen allerdings nicht zur Freilegung der Furkation führen –, zum anderen durch eine forcierte Eruption eines Zahnes mittels Magneten (Abb. 9 und 10).

### Schlussbemerkung

Trotz der großen Fortschritte in der Implantologie sollte dem Zahnerhalt immer oberste Priorität beigemessen werden. Sowohl in der Parodontologie als auch in der Endodontologie stehen uns viele

Möglichkeiten zur Verfügung, auch stark kompromittierte Zähne längerfristig zu erhalten. Diese gilt es auszuschöpfen. Auch wenn uns die Implantologie in die Lage versetzt, verloren gegangene Zähne zu ersetzen, so birgt sie langfristig gesehen doch auch Risiken. Denn im Vergleich mit den Möglichkeiten der Therapie vorgeschädigter Zähne sind wir von der Lösung des Problems der Periimplantitis noch weit entfernt. Daher sollte keine vorschnelle Entscheidung gegen den Zahn und für das Implantat getroffen werden.

Dr. Stefan Mörchen-Trinkle

Tätigkeitsschwerpunkte: Endodontie (DGZ); Zahnerhaltung – funktionell und ästhetisch (EDA); Rekonstruktive Zahnmedizin (Zahnärztlicher Arbeitskreis Kempten)

Dr. Alfons Biggel

Oralchirurg; Spezialist für Parodontologie (DGP/EDA); Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (BDIZ)

Gemeinschaftspraxis Dres. Keller, Biggel, Mörchen Schwäbisch-Hall  
www.zahnarztpraxis-sha.de

Literatur auf Anfrage

Mit freundlicher Genehmigung, Erstveröffentlichung: Oralchirurgie Journal 02/2010, S. 6-13, Oemus Media AG Leipzig

### Zusammenfassung parodontologischer Aspekte

#### Geschlossene Zahnreihe

- Zähne grundsätzlich erhalten
  - Unabhängig von Taschentiefen
  - Unabhängig von Furkationsbefall (auch Furk III)
- Limitierender Faktor
  - **Beherrschbarkeit der Entzündung**, ggf.:
    - OK: Furkationsbefall → Wurzelamputation
    - UK: Furkationsbefall → Tunnelierung/Extraktion (keine Hemisektion)

#### Lückengebiss, ZE notwendig

- Zähne grundsätzlich erhalten
- Limitierender Faktor
  - **Beherrschbarkeit der Entzündung**
    - Furkationsbefall I u. II → Odont- und Osseoplastik
    - Furkationsbefall Grad III:
      - UK → Extraktion
      - OK → Wurzelamputation (palat. √ belassen)/Extraktion
- Kritische Prüfung insbesondere strategisch wichtiger Pfeiler
- Implantation

### Zusammenfassung endodontologischer Aspekte

#### Endodontologische Behandlung ist immer grundsätzlich möglich

- Zähne mit WF und apikaler Beherrschung
  - Revision meist Erfolg versprechender als WSR

#### Grenzen

- Zu geringe Restzahnsubstanz, dadurch keine Überkronung mehr möglich
  - Defekt bis in Furkation reichend
  - Kein Ferrule von zwei Millimeter möglich
- Zähne (v.a. Molaren) mit Stift und apikaler Beherrschung
  - WSR wenig Erfolg versprechend, operativ bedingt oft großer Knochendefekt – Voraussetzungen für spätere Implantation deutlich schlechter

#### Ferrule herstellen

- Kronenverlängerung
  - Cave: Ästhetik
  - Nicht bei Molaren mit dann freiliegender Furkation
- Extrusion

# Arbeitszeit

## Bis zu 60 Stunden Beschäftigung in der Woche möglich

Die von der Mitarbeiterin/den Mitarbeitern (im Folgenden Arbeitnehmer genannt) konkret zu leistende Arbeitszeit ist gesetzlich nicht geregelt. Die Dauer der wöchentlich oder monatlich zu leistenden Arbeit ergibt sich regelmäßig aus dem Arbeitsvertrag. Die Lage der Arbeitszeit, d. h. täglicher Beginn und Ende, ist dagegen nur ausnahmsweise im Arbeitsvertrag geregelt. Zumeist werden die Arbeitnehmer im Einzelnen angewiesen, wann sie arbeiten sollen.

Allerdings sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei der Gestaltung der Arbeitszeit nicht völlig frei, sondern haben die gesetzlichen Arbeitnehmerschutzvorschriften zu beachten.

Die höchstzulässige Arbeitszeit, also die Dauer der Arbeitszeit, bis zu der ein Arbeitnehmer beschäftigt werden kann, ergibt sich aus dem Arbeitszeitgesetz und anderen Gesetzen mit Ar-

beitszeitvorschriften, wie z. B. dem Jugendarbeitsschutzgesetz oder dem Mutterschutzgesetz.

Als Arbeitszeit gilt die Zeit vom Beginn bis zum Ende der Arbeit ohne die Ruhepausen. Sie darf gemäß § 3 Satz 1 Arbeitszeitgesetz werktäglich acht Stunden grundsätzlich nicht überschreiten. Nach § 3 Satz 2 Arbeitszeitgesetz ist es jedoch möglich, die werktägliche Arbeitszeit auf bis zu zehn Stunden zu verlängern, wenn innerhalb von sechs Monaten oder 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden. Da auch die Samstage als Werktage rechnen, ist nach dem Arbeitszeitgesetz also eine maximale Arbeitszeit von 60 Stunden in der Woche möglich, sofern innerhalb von sechs Monaten eine durchschnittliche Arbeitszeit von 48 Stunden in der Woche nicht überschritten wird.

Die vergütungspflichtige Arbeitszeit

beginnt regelmäßig zu dem Zeitpunkt, in dem der Arbeitgeber die Arbeitskraft des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz einsetzen kann. Fraglich ist, ob das Umkleiden am Arbeitsplatz dazu gehört. Die Rechtsprechung stellt dabei auf die Verhältnisse im Einzelfall ab. Ist das Umkleiden am Arbeitsplatz zwingend erforderlich, wird es eher der vergütungspflichtigen Arbeitszeit zuzurechnen sein. Erforderliche Vor- und Nacharbeiten, wie z. B. Materialausgabe oder das Säubern des Arbeitsplatzes, sind stets von der gesetzlichen Arbeitszeit erfasst. Die Wegezeit, also die Zeit von der Wohnung der Mitarbeiterin bis zum Betrieb, zählt dagegen nicht als Arbeitszeit.

Aus der Treupflicht des Arbeitnehmers ergibt sich bei Vorliegen besonderer Gründe die Verpflichtung, auch einmal länger als vereinbart zu arbeiten. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die maximale Grenze von zehn Stunden je Werktag nicht überschritten werden darf.

Zur vergütungspflichtigen Arbeitszeit gehören auch die Zeiten, in denen sich der Arbeitnehmer arbeitsbereit hält, d. h. am Arbeitsplatz zur Ableistung der Arbeit zur Verfügung steht (Arbeitsbereitschaft). Dazu gehören auch Anwesenheitszeiten in der Praxis im Rahmen des zahnärztlichen Notdienstes, selbst wenn aktuell kein Patient behandelt wird. Ist der Arbeitnehmer dagegen nur verpflichtet, sich zu Hause oder an einem freigestellten Ort bereitzuhalten, damit er die Arbeit falls erforderlich alsbald aufnehmen kann (sog. Rufbereitschaft), gehört diese Zeit nicht zur vergütungspflichtigen Arbeitszeit.

Zu beachten ist, dass dem Arbeitnehmer bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis zu neun Stunden eine 30-minütige Ruhepause zu gewähren ist. Auch der Teilzeitkraft, die nur sieben Stunden am Tag arbeitet, steht daher eine halbstündige Pause zu. An Sonn- und Feiertagen dürfen die Arbeitnehmer grundsätzlich nicht beschäftigt werden. Eine Ausnahme gilt z. B. für den zahnärztlichen Notdienst, zu dem die Mitarbeiter auch an Sonn- und Feiertagen hinzugezogen werden dürfen. Werden die Arbeitnehmer im Rahmen des zahnärztlichen Notdienstes an einem Sonntag beschäftigt, ist ihnen innerhalb von zwei Wochen ein Ersatzruhetag an einem Werktag zu gewähren.

**Rechtsanwalt Peter Ihle**

Anzeigen

# Implantatreinigung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse

Aktuelle Entscheidung des BSG vom 21. Juni 2011 (AZ: B 1 KR 17/10 R)

In einem aktuellen Fall, der vom Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 21. Juni 2011 entschieden wurde, stritt eine Patientin mit ihrer gesetzlichen Krankenkasse um die Gewährung einer professionellen Reinigung der Zahnimplantate, die ihr nach einem Verkehrsunfall im Jahr 2003 aufgrund schwerster Gesichtsverletzungen zu Lasten der Krankenkasse im Ober- und Unterkiefer gesetzt wurden.

Im Leitsatz stellte das Gericht fest:

1. „Versicherte haben gegen ihre Krankenkasse jedenfalls dann Anspruch auf Reinigung ihrer Implantate, wenn die Implantatversorgung zu Lasten der Krankenkasse erfolgte.
2. Der gesetzliche Anspruch Versicherter auf Implantatreinigung zu Lasten der Krankenkasse ist auf die Entfernung harter Beläge vom im Mund verbleibenden Zahnimplantaten beschränkt.“

Anders als die Vorinstanzen (Sozialgericht Koblenz und Landessozialgericht Rheinland-Pfalz), die der Krankenkasse insgesamt die Kostenlast auferlegten, entschied das BSG, dass die klagende Patientin nur Anspruch auf eine Implantatreinigung unter Entfernung harter, verkalkter Beläge als Naturalleistung hat. Die Krankenkasse muss hingegen nicht die Kosten für die geltend gemachte Entfernung weicher Beläge einschließlich der Abtrennung und Wiedereingliederungsleistungen sowie für die geplante Schichtaufnahme tragen.

Die Kostenübernahme für die Entfernung harter Beläge ergibt sich hier, da es sich bei der Implantatversorgung mit den darauf aufbauenden Suprakonstruktionen um eine Ausnahmeindikation in besonders schweren Fällen (§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V) handelte, aus der Nr. 107 Bema-Z.

Ob mit der gegenwärtigen Bewertungszahl die Leistung adäquat bewertet ist, ist unerheblich, so das BSG, denn die Leistungspflicht hängt letztendlich nicht davon ab, dass bzw. in welchem Umfang medizinisch notwendige Leistungen liquidierbar sind.

Einen darüber hinausgehenden Anspruch hat die Patientin nicht, da es insoweit an einer notwendigen Rechtsgrundlage fehlt. Es gilt zu berücksichtigen, dass nicht alles, was medizinisch notwendig ist, der Leistungspflicht der GKV unterliegt. Für eine grundrechtsorientierte Leistungsausweitung bestünde nur Raum, wenn es sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche oder wertungsmäßig hiermit vergleichbare Erkrankung handeln würde. Was hier aber bei der Implantatreinigung nicht der Fall ist.

Assessorin Katja Millies

## Deckungslücke bei Lebensversicherungen

Nötige Tilgungssumme bei Darlehen oft nicht mehr erreicht

Immobilien – seien es nun die Praxisräumlichkeiten oder doch das Privathaus – müssen häufig über Darlehen finanziert werden. Und dies erfolgt meist in Kombination mit Lebensversicherungen. Denn die Lebensversicherung gewährleistet, dass bei Ableben des Versicherungsnehmers während der Laufzeit die Auszahlung der Darlehensvaluta gesichert ist. Dabei entscheiden sich Freiberufler, zu denen auch Ärzte zählen, nicht selten für eine Tilgungsaussetzungsversicherung. Doch was sich verlockend anhört, kann beim falschen Vertrag für böse Überraschungen zum Laufzeitende sorgen.

### Kombination von Darlehen mit Tilgungsaussetzungsversicherung

Dazu muss man zunächst allerdings die Vorteile dieser Finanzierungsvariante kennen: Bei der Kombination von Darlehen mit Tilgungsaussetzungsversicherung werden während der Laufzeit des Darlehens zwar Zinsen für das Darlehen gezahlt, die Tilgung wird aber ausgesetzt und dafür Geld in eine Lebensversicherung eingezahlt.

Mit Fälligkeit der Lebensversicherung wird dann das Darlehen in einer Summe abgelöst. Dies hat den Vorteil, dass bei entsprechender steuerlicher Voraussetzung die volle Darlehenshöhe während der gesamten Laufzeit steuerlich abgesetzt werden kann.

Dabei haben die Versicherungsunternehmen in der Vergangenheit bei Abschluss der Darlehensverträge auch keinen Zweifel aufkommen lassen, dass dieses Modell funktioniert; das heißt, dass bei Abschluss der Lebensversicherung die Summe bei kontinuierlicher Einzahlung deckungsgleich mit der Höhe des Darlehens ist.

### Endauszahlungssummen konnten nicht mehr eingehalten werden

Durch die eher ungünstige Entwicklung an den Kapitalmärkten in den letzten Jahren hat sich dies jedoch geändert: Fast alle Lebensversicherer mussten in der näheren Vergangenheit ihre Überschussanteilsätze teilweise deutlich reduzieren.

Mit der Folge, dass die vorab versprochenen Endauszahlungssummen der abgeschlossenen Lebensversiche-

rungen nicht mehr hundertprozentig eingehalten werden können.

Ganz konkret bedeutet dies: Der Sparanteil, der vom Versicherten eingezahlt wird, um den Gegenwert des Darlehens zu bilden, konnte an den Geldmärkten nicht mehr zu solchen Zinsen und Renditen angelegt werden, dass zum Auszahlungszeitpunkt auch die tatsächliche Deckungssumme des Darlehens herauskommt. Somit kommt es zur Deckungslücke.

### Banken versuchen Deckungslücke auf Darlehensnehmer abzudrücken

Nun versuchen Banken natürlich, diese Deckungslücke auf den Darlehensnehmer abzudrücken. Für Ärzte würde das mitunter bedeuten, dass sie bei Fälligkeit des Darlehens und der Lebensversicherung auf einmal einige tausend – wenn nicht sogar mehr – Euro zusätzlich auf den Tisch legen sollen, obwohl sie ihre Sparraten in die abgeschlossene Lebensversicherung regelmäßig eingezahlt und darauf vertraut haben, dass diese den kompletten Tilgungsbetrag abdeckt.

Dieses Problem ist zwischenzeitlich aber zum Glück auch bei der Rechtsprechung und bei keiner geringeren Instanz als dem Bundesgerichtshof (BGH) angekommen.

Wie der BGH in seinen Entscheidungen der letzten Jahre deutlich machte, kann eine Bank die verbleibende Differenz zum Darlehensvertrag nur dann von ihrem Kunden verlangen, wenn sich dies eindeutig aus den Regelungen des Darlehensvertrages ergibt.

Ansonsten gelte ein Darlehen, das durch eine Lebensversicherung getilgt wird, auch dann als zurückgezahlt, wenn der Darlehensbetrag hinter der Auszahlungssumme der Lebensversicherung zurückbleibe.

**„Die Tilgung erfolgt durch eine Lebensversicherung bei der Bank“**

In einem der Rechtsstreite gewährte die beklagte Bank dem Kläger ein Darlehen über damals 663 000 D-Mark für eine Baufinanzierung. Unter der Rubrik „Rückzahlung des Darlehens“ war in dem von der Bank formulierten Darlehensvertrag vereinbart: „Die Tilgung erfolgt durch eine Lebensversicherung bei der Bank, Ablauf 31. Mai 2000“.

Die Lebensversicherung war mit einer Summe von 650 000 DM für den Todesfall und von 520 000 DM für den Erlebnisfall mit Ablauf zum 1. Mai 2000 abgeschlossen worden. Die aufgrund der Abtretung nach dem 1. Mai 2000 von der Lebensversicherung an

die Beklagte gezahlte Summe deckte den Differenzbetrag einschließlich der Überschussanteile nicht ab.

Die beklagte Bank forderte die Zahlung der Differenz. Dies sah der Versicherungsnehmer nicht ein und bekam Recht: Die Bank musste hinnehmen, dass mit der Auszahlung der Lebensversicherung das Darlehen in voller Höhe getilgt sei.

**Heike Jablonsky**  
**Fachanwältin für**  
**Arbeitsrecht & Medizinrecht**  
**Hannoversche Str. 50**  
**29221 Celle**  
**Tel.: (05141) 21 40 04**  
**info@ra-jablonsky.de**

*Mit freundlicher Genehmigung aus Ärzte-Zeitung*

## Patientenrechte am Ende des Lebens

### Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Selbstbestimmtes Sterben

Heute können Patienten selbst bei schwersten unheilbaren Körper- und Gehirnschäden fast „unendlich“ lang am Leben gehalten werden. Nicht selten muss dann das „Sterbenlassen“ des Patienten juristisch erkämpft werden. Die Autoren zeigen anhand praxisnaher Fälle, wie man sinnvoll für eine solche Situation vorsorgt und

notfalls das Recht auf den eigenen Tod erstreitet.

Behandelt sind u. a. folgende Themen und Fragen:

- Selbstbestimmung und Vorsorge bei Krankheit und Tod, Durchsetzung Ihrer Rechte
- Recht auf Leben, Recht auf Sterben, Pflicht zu leben?

- Medizinische und rechtliche Grundlagen

Das Interesse an dem Thema wächst schlagartig, seitdem das neue „Patientenverfügungsgesetz“ vom 1. September 2009 und das Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs zur passiven Sterbehilfe vom 25. Juni 2010 die Aufmerksamkeit in der Bevölkerung geschärft haben. Explosionsartig nimmt die Zahl der Patientenverfügungen zu. Der Ratgeber konzentriert sich zum einen auf den Vorsorgeaspekt (Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht), zum anderen nehmen jetzt die Fälle drastisch zu, bei denen es um das Zulassen des Sterbens geht. Mehr denn je wird von Angehörigen auch nach mündlichen Willensäußerungen der oft jahrelang bewusstlosen Patienten geforscht und der Patientenwille sodann gegebenenfalls gegen den Widerstand von Ärzten, Kliniken und Pflegeheimen durchgesetzt. Die Autoren, die diese höchstrichterliche Rechtsprechung maßgeblich mit herbeigeführt haben, gehen hierauf besonders ein.

Beate Steldinger und Wolfgang Putz sind Rechtsanwälte im Medizinrecht in München. Durch ihre Veröffentlichungen und Gerichtsverfahren haben sie höchstrichterliche Grundsatzentscheidungen herbeigeführt und die gegenwärtige Rechtslage zu diesem Thema geprägt.

**Verlagsangaben**



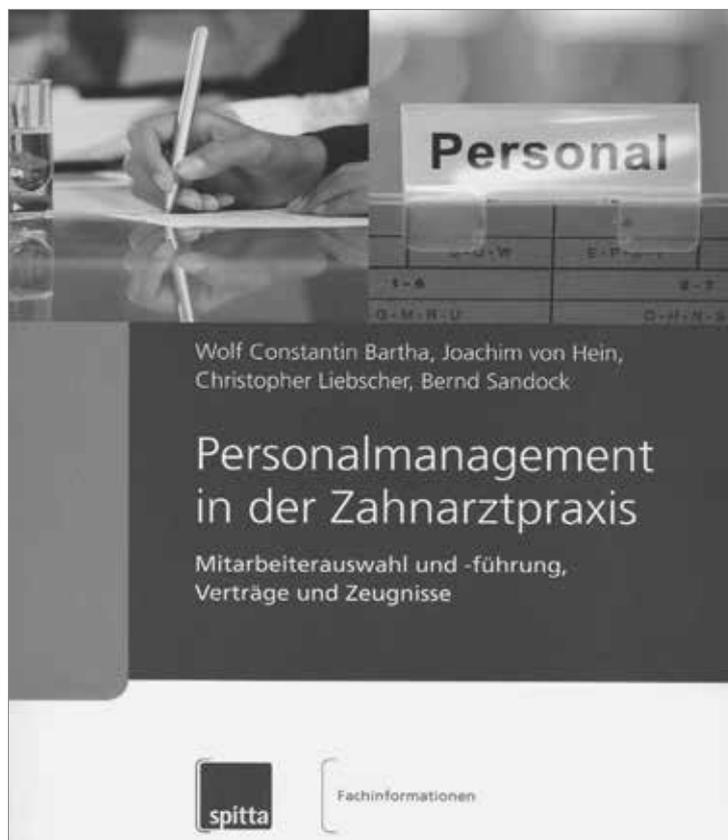
Wolfgang Putz · Beate Steldinger

## Patientenrechte am Ende des Lebens

Wolfgang Putz/Beate Steldinger; 4. Auflage 2012; Buch. XXVII, 290 S. kartoniert; Beck im dtv; ISBN 978-3-406-62611-1; Das Werk ist Teil der Reihe: Beck-Rechtsberater im dtv; 5696; 15,90 Euro

# Personalmanagement in der Zahnarztpraxis

Mitarbeiterauswahl und -führung, Verträge und Zeugnisse



Autoren: Wolf Constantin Bartha, Joachim von Hein, Christopher Liebscher, Bernd Sandock; Spitta Verlag GmbH & Co. KG; 314 Seiten; 2011; Broschur mit CD-ROM mit über 50 Musterformularen, Checklisten und Vertragsformularen; 94,80 Euro; ISBN 978-3-941964-74-7; Best.-Nr. V004012154 00

Mitarbeiter auswählen und anleiten, motivieren und kritisieren oder beurteilen – der Umgang mit seinem Personal stellt an den Zahnarzt besondere Herausforderungen. Mit dem Kombiprodukt „Personalmanagement in der Zahnarztpraxis“, bestehend aus Fachbuch und CD-ROM, können anstehende Personalfragen souverän gelöst werden.

Für die Auswahl und Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen werden im Handbuch Checklisten, Stellenanzeigen, Einstellungstests und Gesprächsleitfäden vorgestellt. Die Vorlagen können Dank mitgelieferter Dateien auf CD-ROM direkt übernommen werden.

Das Handbuch ist zudem Leitfaden für eine aktive Mitarbeiterführung. Vorlagen aus den Bereichen Einarbeitung, Teambesprechung und Beurteilung, Hilfestellung bei Konflikten im Team sowie für das QM-Handbuch geeignete Stellenbeschreibungen sind enthalten.

Die vorgestellten Arbeitsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte, Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin, Azubi und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse wurden von Rechtsanwälten erstellt, sind Paragraph für Paragraph erklärt und mögliche Fallstricke kommentiert. Formulare für arbeitsmedizinische Unterweisungen, Unfallanzeige und Mutterschutz werden zur Verfügung gestellt.

Gestaltet sich das Arbeitsverhältnis schwierig, müssen oft Abmahnungen, Kündigungen und Zeugnisse ausgestellt werden. Auch hier steht der Ratgeber kompetent und mit sofort einsatzbereiten Mustervorlagen zur Seite.

Verlagsangaben

## Prüfungsbuch für Zahnmedizinische Fachangestellte

Die aktualisierte und erweiterte Auflage des Prüfungsbuches wurde komplett umgestellt. Sie ist nun im Wesentlichen entsprechend der Lernfeldeinteilung für Zahnmedizinische Fachangestellte aufgebaut. Das Prüfungsbuch berücksichtigt die Anforderungen des aktuellen Lehrplans und orientiert sich an den tatsächlich prüfungsrelevanten Themen.

Im Bereich Praxisorganisation/Wirtschaftskunde wurden unter anderem die Wirtschaftszahlen aktualisiert und das zunehmend wichtige Thema Qualitätsmanagement neu aufgenommen. Im medizinischen Teil finden sich Fragen zu den neuesten zahnmedizinischen Verfahren. Um zum Schluss den Wissensstand

selbstständig beurteilen zu können, ist eine brandneue Originalabschlussprüfung (2010/2011) mit Lösungen enthalten. Die beigelegte interaktive DVD bietet noch eine zusätzliche Möglichkeit, im Übungs- oder im Testmodus das Prüfungswissen zu vertiefen.

Verlagsangaben

Helmut Nuding, Margit Wagner, Dr. Frank Marahrens  
Verlag Holland + Josenhans GmbH  
Stuttgart  
587 Seiten, zweifarbig, 12 cm x 18 cm, Broschur, 6. Auflage, 2012  
ISBN: 978-3-7782-5860-6  
Bestell-Nr.: H+J 5860  
25,80 Euro zzgl. Versandkosten



# Analyse des Investitionsverhaltens 2010

IDZ-Information 4/2011 von Klingenberg und Schwarte



Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 2010 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die Übernahme einer Einzelpraxis war im Jahr 2010 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 48 Prozent

und in den neuen Bundesländern 68 Prozent der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.

- Im Jahr 2010 wählten 33 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer in den alten Bundesländern die Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis); bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft bei 41 Prozent. In den neuen Bundesländern wurde die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Anteil von 22 Prozent vergleichsweise deutlich seltener präferiert als in den alten Bundesländern. In mittelstädtischen Lagen betrug der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften 47 Prozent, im dörflichen Umfeld hingegen lediglich 22 Prozent.
- Während in den alten Bundeslän-

dern 57 Prozent der Existenzgründungen von Männern und 43 Prozent von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den neuen Bundesländern nahezu spiegelbildlich. Hier wurden 44 Prozent der Existenzgründungen von Männern und 56 Prozent von Frauen vorgenommen.

- Im Jahr 2010 betrug das Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer westdeutschen Einzelpraxis 400 000 Euro und lag somit etwa vier Prozent unter dem Vorjahreswert.
- Das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme in den alten Bundesländern stieg 2010 um sieben Prozent auf 307 000 Euro. Hinter diesem Zuwachs verbergen sich zwei gegenläufige Entwicklungen. Während der ideelle Wert aufgrund ungeklärter steuerrechtlicher Abschreibungsmodalitäten um 37 000 Euro auf 66 000 Euro absackte, stieg der für den Substanzwert aufgewendete Betrag kräftig um 48 000 Euro auf 87 000 Euro an. **IDZ**

## Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Februar und März vollenden

### das 85. Lebensjahr

Dr. Bruno Kmiecik (Wolgast)  
am 12. Februar,  
Dr. Rudi Vedder (Jarmen)  
am 14. Februar,

### das 80. Lebensjahr

Zahnärztin Maria Helm  
(Bergen)  
am 16. Februar,  
Dr. Dietrich Jacobs (Gützkow)  
am 18. Februar,

### das 75. Lebensjahr

Zahnarzt Jürgen Schuardt  
(Wismar)  
am 22. Februar,

### das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Hannelore Kaminski  
(Admannshoffnung)  
am 22. Februar,  
Dr. Jörg Hannemann (Rostock)  
am 26. Februar,  
Zahnärztin Ilmar Eva Klagge  
(Greifswald)  
am 28. Februar,  
Dr. Margret Rada (Waren)  
am 2. März,

### das 65. Lebensjahr

Dr. Ilona Göseke (Rostock)  
am 9. Februar,  
Dr. Edda Krüger (Neubrandenburg)  
am 11. Februar,  
Zahnärztin Roswitha Haedrich  
(Jatznick) am 19. Februar,

### das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Anita Lukas (Schwerin)  
am 6. März,

### das 50. Lebensjahr

Zahnarzt Axel Hartmann  
(Trassenheide)  
am 15. Februar,  
Dr. Heike-Petra Tetz-Bücking  
(Schwerin)  
am 20. Februar,  
Dr. Cornel Böhringer (Ludwigslust)  
am 23. Februar,  
Zahnarzt Frank Zech (Rostock)  
am 6. März und  
Dr. Eugen Tödtmann (Rostock)  
am 7. März

Wir gratulieren herzlich  
und wünschen Gesundheit und  
Schaffenskraft.

Anzeigen

# 14. ZMF-Kongress Hamburg

Zahnärztekammer Hamburg und NFI laden ein

## 14. ZMF-Kongress in Hamburg 20./21. April

**Ort:** Hotel „Empire Riverside“  
Bernhard-Nocht-Str. 97,  
20359 Hamburg

*Für Zahnmedizinische Fachhelferinnen/  
Fachassistentinnen (ZMF), ZMP, DH  
und Absolventinnen des Hamburger  
IP-Kurses. Mit einem zusätzlichen  
Programm für Zahnmedizinische Ver-  
waltungsassistentinnen (ZMV). Ver-  
anstalter sind die Zahnärztekammer  
Hamburg und das Norddeutsche Fort-  
bildungsinstitut für Zahnmedizinische  
Assistenzberufe GmbH (NFI).*

### Tagungs- und Diskussionsleitung:

Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow, Ham-  
burg, und ZA Mario Schreen, Gade-  
busch

### Programm für ZMF/ZMP/DH

*Freitag, 20. April*  
ab 12 Uhr

Eröffnung der Fachausstellung und  
Ausgabe der Kongressunterlagen

13 bis 13.45 Uhr

Begrüßung der Teilnehmer durch: Prof.  
Dr. Wolfgang Sprekels, Präsident der  
Zahnärztekammer Hamburg, Dr. Tho-  
mas Einfeldt, Mitglied des Beirates des  
NFI und Daniela Schulze, Dentalhygi-  
enikerin

13.45 bis 14.45 Uhr

Prof. Thomas Kocher: Parodontaler-  
krankungen im Zusammenhang mit  
Allgemeinerkrankungen

14.45 bis 15.15 Uhr

Pause mit Dentalausstellung

15.15 bis 16.15 Uhr

Dr. Greven: PA-Chirurgie – State of Art

16.15 bis 17 Uhr

Susanne Graack: Zahnhartsubstanz-  
defekte – Gut geputzt ist halt nur halb  
gewonnen!

### Programm für ZMV

*Sonnabend, 21. April*

9 bis 9.45 Uhr

Betül Hanisch: Erscheinungsbild und  
moderne Umgangsformen in der Praxis

9.45 bis 10.30 Uhr

Stephanie Schampel: Beihilfe - Brau-  
chen Sie Hilfe?

10.30 bis 11 Uhr

Pause mit Dentalausstellung

11.00 bis 11.45 Uhr

Jessica Greif: Damit aus dem Azubi  
kein Azombi wird

11.45 bis 12.30 Uhr

Prof. Ingrid Sanne: Sand im Getriebe

12.30 bis 13.30 Uhr

Mittagspause mit Dentalausstellung

13.30 bis 15.30 Uhr

Silvia Wuttig: Aktuelles zu den Hono-  
rierungssystemen Vergütung, Kleiner  
Workshop Teil I

15.30 bis 16 Uhr

Pause mit Dentalausstellung

16 bis 17 Uhr

Silvia Wuttig: Aktuelles zu den Hono-  
rierungssystemen Vergütung, Kleiner  
Workshop Teil II

Diskussion

### Programm für ZMF/ZMP/DH

*Sonnabend, 21. April*

9 bis 9.45 Uhr

Dr. Rainer Seemann: Diagnose und  
Therapie von Mundgeruch in der Zahn-  
arztpraxis

9.45 bis 10.30 Uhr

Jutta Daus: Prophylaxe rund um's Im-  
plantat

10.30 bis 11 Uhr

Pause mit Dentalausstellung

11 bis 11.45 Uhr

Alma Ott, Hamburg: Abrechnungsmö-  
glichkeiten bei Periimplantitis- und  
Halitostherapie

11.45 bis 12.30 Uhr

Helga Sanne: Der anstrengende PZR-  
Patient

12.30 bis 14 Uhr

Mittagspause mit Dentalausstellung

14 bis 15 Uhr

Dr. Dr. Jochem Körholz: Unauffällige  
Auffälligkeiten in der Mundhöhle

15 bis 15.30 Uhr

Pause mit Dentalausstellung



15.30 bis 17 Uhr

Michael Bessel: Wen habe ich vor mir?

Diskussion

### Get-together-Abend

*Freitag, 20. April um 19.30 Uhr*

Maritimes Get-Together auf dem Mu-  
seumsschiff „Rickmer-Rickmers“  
Bei den St. Pauli Landungsbrücken 1,  
20359 Hamburg

**Begrüßung:** Dr. Veronika Sprekels,  
Vorsitzende des Mitarbeiterinnenaus-  
schusses der Zahnärztekammer Ham-  
burg

### Anmeldung:

Ihre Anmeldung nehmen Sie bitte  
schriftlich bei der Zahnärztekammer  
Hamburg, Möllner Landstr. 31, 22111  
Hamburg, Fax: (040) 73 34 05 75 vor.

Anmeldungen können nur berück-  
sichtigt werden bei Angabe der vollstän-  
digen Privatanschrift unter Beifügung  
einer Kopie Ihres Prophylaxekurs-  
Zertifikats/ZMP-, ZMF-, ZMV-, DH-  
Abschlusszeugnisses. Ein Rücktritt  
muss schriftlich bis vier Wochen vor  
Kongressbeginn erfolgen. Ist diese Zeit  
überschritten, muss die Gebühr in voller  
Höhe entrichtet werden oder Sie nen-  
nen einen Vertreter, der den Platz und  
die Zahlung übernimmt. Bei Absagen  
bis vier Wochen vor Kongressbeginn  
wird eine Bearbeitungsgebühr von 30  
Euro erhoben. Für reservierte, jedoch  
nicht eingenommene Kongressplätze  
ist die Teilnehmergebühr in voller Höhe  
fällig.

Anmeldeformular und aktuelle In-  
formationen zum Kongress im Inter-  
net unter [http://www.zahnaerzte-hh.de/  
zahnarzt-team/fortbildung/zfa-kurse/  
zmf-kongress-2012.html](http://www.zahnaerzte-hh.de/zahnarzt-team/fortbildung/zfa-kurse/zmf-kongress-2012.html)

