

dens

März 2013

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Agenda Mundgesundheit

Versorgungsziele und Konzepte der Vertragszahnärzteschaft

Der Landarzt zieht in die Stadt

Existenzgründungsanalyse zeigt alarmierende Entwicklung

Radiografische Befunde bei Kronen

Studie zur Qualität festsitzender prothetischer Versorgungen

Handeln oder getrieben werden?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wie in dieser dens-Ausgabe berichtet wird, hat das Patientenrechtegesetz den Bundesrat passiert. Selbstverständlich werden wir Sie über die konkreten Auswirkungen für die Praxis auf dem Laufenden halten. Trotz anders lautender Darstellungen darf darauf verwiesen werden, dass im Wesentlichen lediglich das bisherige Richterrecht in das Gesetz übernommen wurde. Weder werden durch das Gesetz die bereits bestehenden Beweislastregeln wesentlich verändert, noch wurde eine grundsätzliche Beweislastumkehr, wie von den SPD-geführten Ländern gefordert, eingeführt. Neu ist, dass das Gesetz den Behandlungsvertrag als eine Unterform des Dienstvertrages definiert. Der mit dem Gesetz verbundene erhöhte Bürokratieaufwand durch Informations-, Dokumentations- und Aufklärungspflichten ist von uns deutlich kritisiert worden und muss sich erst als praxistauglich herausstellen. Gerade bei den in der Zahnmedizin häufig anstehenden Fragen zur Kostenbeteiligung des Patienten muss vom Berufsstand sehr sensibel bei der Aufklärung und der Information vorgegangen werden. Andererseits darf aber auch der damit verbundene zeitliche und bürokratische Aufwand insbesondere im Vergleich zum Umfang der Behandlungsmaßnahmen nicht unverhältnismäßig werden. Letztendlich geht es um die Gefahr einer Reduzierung der effektiv für den Patienten zur Verfügung stehenden Behandlungszeit und um erhebliche Belastungen für die Praxisverwaltung sowie Organisation.

Gefordert ist der Berufsstand im Bereich der Risiko- und Fehlervermeidungskultur. An dieser Stelle meine nochmalige Bitte, sich bei der Evaluation möglicher Konzepte aus dem Berufsstand heraus an dem Fehlermanagementsystem der Bundeszahnärztekammer „Jeder Zahn zählt“ (www.jeder-zahn-zaehlt.de) zu beteiligen. Nur wenn wir wissen, wie ein Fehlermanagementsystem im Berufsstand nutzbringend umzusetzen ist, können wir unsere eigenen Strukturen entwickeln und damit Vorwürfen aber auch Vorschlägen von Kostenträgerseiten begegnen. Generell handelt es sich um ein Berichts- und Lernsystem, welches grundsätzlich freiwillig, anonym und nicht justiziabel ist, - also praktisch um einen internetgestützten Quali-



Wir setzen auf die Wirksamkeit und Handlungsfähigkeit unserer Selbstverwaltung, so Professor Dr. Dietmar Oesterreich

tätszirkel. Der in den Praxen übliche Qualitätskreislauf kann hierdurch unterstützt werden.

Unmittelbar im Umfeld zur Debatte um das Patientenrechtegesetz fand und findet aktuell weiter die öffentliche Diskussion um das Thema „Korruption im Gesundheitswesen“ statt. An dieser Stelle klar und deutlich: Das Berufsrecht und das Strafrecht geben bereits aktuell klare Vorgaben für das Handeln eines jeden Zahnarztes. Zu diesen Vorgaben stehen wir ohne wenn und aber. Die derzeitige Debatte ist jedoch immer wieder geprägt durch allgemeine Vorwürfe und Pauschalisierungen, derzeit (noch) gegenüber unseren ärztlichen Kollegen. Bei konkreten Vorwürfen werden wir sofort handeln. Pauschalierten Vorwürfen ist allerdings schwer zu begegnen. Wir setzen auf die Wirksamkeit und Handlungsfähigkeit unserer Selbstverwaltung. Trotzdem wird in unseren Gremien die Frage diskutiert werden müssen, ob die per Heilberufsgesetz zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten ausreichen. Der Handlungsdruck seitens der Gesundheitspolitik aus allen Parteien hat sich in dieser Frage deutlich erhöht. Keinesfalls sollten wir auf die nächste gesetzliche Initiative warten, sondern diese Thematik aus uns selber heraus beantworten. Nicht nur in unseren Praxen stehen unsere Patienten im Mittelpunkt, sondern auch in unserer Selbstverwaltung. Wir dürfen nur nicht zu Getriebenen einer Berichterstattung der Medien und anschließender Reaktionen aus der Politik werden, sondern müssen selbst handeln.

Ihr Dietmar Oesterreich

Aus dem Inhalt

M-V / Deutschland

Neujahrsempfang der Zahnärzte.....	4
Gesundheitsfonds schrumpft	5
DKMS: Praxismaterial bestellen.....	6-7
Agenda Mundgesundheit	8
Krebs von Mundhöhle oder Rachen.....	8
BZÄK und Partner auf der IDS.....	10-11
Kammervorstände gewählt	11
Beschäftigung im Gesundheitswesen.....	12
KZBV: Kein Jojo-Effekt	12
vdek-Basisdaten erschienen	12-13
Patientenrechtegesetz in Kraft getreten.....	13
Wieder mehr Krankenversicherte.....	20, 30-31
Bücher vorgestellt	32
Glückwünsche / Anzeigen	

Zahnärztekammer

GOZ-Kommentar überarbeitet	9
Leserbrief an dens – Beitragserlass.....	16-17
Fortbildung im April und Mai	31
Ankündigung: 22. Zahnärzтетag	

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Wahlnotizen 2013	7
Ankündigung Vertreterversammlung.....	10
Service der KZV	17
Fortbildungsangebote der KZV.....	21

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Existenzgründungsanalyse	14
SHIP: Gute und schlechte Nachrichten	15
DH-Kurs mit Gästen aus den USA	18
55. Sylter Woche vom 13. bis 17. Mai	18
ZMK: 18. Greifswalder Fachsymposium	19
Studiengang Kinderzahnheilkunde	22
Radiografische Befunde bei Kronen.....	23-28
Konkurrenzschutz durch Vermieter	28-29
Kündigung von Arbeitsverhältnissen.....	29-30

Impressum	3
-----------------	---

Herstellerinformationen	33
-------------------------------	----

dens

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

22. Jahrgang
8. März 2013

Herausgeber:

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

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

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz: Kassenzahnärztliche Vereinigung

Redaktionshinweise: Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Produktinformationen werden ohne Gewähr veröffentlicht. Nachdruck und fotomechanische Wiedergabe bedürfen der vorherigen Genehmigung der Redaktion. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor.

Redaktionsschluss: 15. des Vormonats
Erscheinungsweise: Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

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

Titelbild: Friederike Abeln

Neujahrsempfang der Zahnärzte

Mehr als 500 Gäste aus Politik, Medien und Zahnärzteschaft

Anlässlich des Neujahrsempfangs von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) am 29. Januar in Berlin warnte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel vor einer Stigmatisierung der Heilberufe. Nach wie vor stünden Heilen und Vorbeugen an der Spitze der Aufgaben - und die Selbstverwaltung nehme ihre Aufgaben bei der Durchsetzung des Berufsrechts sehr ernst. Zahnärzte würden sich als Freier Heilberuf zu ihren ethischen Verpflichtungen bekennen. Auch das im Berufsstand außergewöhnlich ausgeprägte Bemühen um das Allgemeinwohl werde häufig übersehen.

Als weitere wichtige Themen aus der Sicht des Berufsstands nannte Engel die Frage nach der Zukunft des dualen Krankenversicherungssystems, den Entwurf eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetzes sowie die dringend erforderliche Anpassung der zahnärztlichen Approbationsordnung. Beim Präventionsgesetz erwartet der Berufsstand den stärkeren Einbezug der Expertise des Berufsstandes vor dem Hintergrund der nachhaltigen Erfolge in der zahnmedizinischen Prävention.

Auch in den Grußworten der Vertreter der im Bundestag vertretenen Fraktionen von Johannes Singhammer (CDU/CSU), Steffen-Claudio Lemme (SPD), Christine Aschenberg-Dugnus (FDP), Dr. Bettina Bunge (Die Linke) und Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen) spielten die Themen Prävention und die Versorgung von vulnerablen Gruppen ein große Rolle.

Abschließend fasste Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstands der KZBV, zusammen, dass der Zahnarzt der beste Anwalt der Patienten sei. Zukünftig sei die Prävention bei 0- bis 3-Jährigen, bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und bei Älteren

und Menschen mit Behinderungen besonders zu fokussieren. Mehr als 500 Gäste aus (Gesundheits-) Politik, Medien und dem zahnärztlichen Berufsstand nutzten die Plattform in den Räumen der Parlamentarischen Gesellschaft zum gegenseitigen Meinungs- und Informationsaustausch.

BZÄK/KZBV

Foto oben:

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, warnte vor der Stigmatisierung des Berufsstandes.



Foto unten:

Dr. Jürgen Fedderwitz: „Der Zahnarzt ist der beste Anwalt des Patienten.“



Gruppenbild unten

v.l.n.r.: Prof. Dr. Christoph Benz, Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Rolf Koschorrek, Dr. Peter Engel, Dr. Dietmar Oesterreich

Fotos:

BZÄK/axentis.de



Gesundheitsfonds schrumpft

Gesetzliche Krankenversicherung hängt am Tropf des Staates

Nach wochenlanger, ja monatelanger, Diskussion in allen zur Verfügung stehenden Medien hat nun Wolfgang Schäuble seine Drohung wahr gemacht und denkt laut darüber nach, das Zuviel an Geld im Gesundheitssystem abzuschöpfen. Einfache Rechnung: Das Gesundheitssystem weiß vor lauter Geldüberfluss nicht wohin. Gleichzeitig fehlen dem Finanzminister vier Milliarden Euro im Bundeshaushalt. Bis zum 20. März soll das Bundeskabinett die Haushaltseckpunkte verabschieden. Ein Teil von Schäubles Problem scheint aber schon jetzt gelöst. Um zwei Milliarden will er den Zuschuss an den Gesundheitsfonds kürzen.

So weit, so schlecht. Zwar hat der Gesundheitsfonds derzeit mehr als zwölf Milliarden Euro gesammelt. Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds fließt aber nicht willkürlich und nach Kassenlage. Er soll vor allem die versicherungsfremden Leistungen ausgleichen. Experten wie Gesundheitsökonom Jürgen Wasem oder Doris Pfeiffer, Chefin des Krankenkassenspitzenverbands warnen. Die Gesundheitsausgaben steigen nicht analog der Einnahmen. Sie steigen schneller. Bereits ab 2015 prognostiziert Wasem fehlende Finanzen in der GKV. Dann müssten die Versicherten jeden Euro, der dem Gesundheitsfonds, fehlt über Zusatzbeiträge aufbringen.

Eine bedrohliche Entwicklung. Beispielhaft wird hier aufgezeigt, wie gefährlich es ist, wenn die gesetzliche Krankenversicherung und damit das gesamte Gesundheitssystem am Tropf des Staates

hängen. Patienten und Zahn/Ärzte sind auf Gedeih und Verderb der Politik und der Willkür von Haushaltspolitikern ausgesetzt.

Kerstin Abeln

DKMS: Kooperation Praxismaterial bestellen

Mit der frisch geschlossenen Kooperation zwischen der Bundeszahnärztekammer und der DKMS Deutsche Knochenmarkspenderdatei erweitert der zahnmedizinische Berufsstand sein fachliches und soziales Engagement. Für die Zusammenarbeit gibt es eine offensichtliche Schnittstelle: den intraoralen Wangenabstrich. Für beide fängt Gesundheit sozusagen im Mund an. Zahnärzte als Experten für die Mundgesundheit werden deshalb gebeten, in ihren Praxen Informationsmaterial auszulegen und interessierte Patienten über eine Registrierung via Wangenabstrich aufzuklären. Vor der Bekanntgabe gegenüber Patienten und Öffentlichkeit können die Zahnarztpraxen sich vorab mit Informationsmaterial ausstatten. Dieses ist über die DKMS kostenlos erhältlich: www.dkms.de/bzaek.



BZÄK

ANZEIGE

Agenda Mundgesundheit

Versorgungsziele und Konzepte der Vertragszahnärzteschaft

In der „Agenda Mundgesundheit“ bündeln KZBV und Kassenzahnärztliche Vereinigungen ihre politischen Forderungen im Vorfeld der Bundestagswahl 2013 und legen die Versorgungsziele der Vertragszahnärzteschaft für die kommenden Jahre fest.

Darin wird als langfristiges Hauptziel formuliert, dass die Menschen in Deutschland auch bei steigender Lebenserwartung und erhöhtem individuellem Erkrankungsrisiko ihre natürlichen Zähne bis ans Lebensende gesund erhalten können. Damit diese Vision Wirklichkeit werden kann, soll die Präventionsstrategie, die bei Kindern und Jugendlichen so erfolgreich war, auf alle Lebensphasen ausgedehnt werden. Dabei soll der Patient mit seinem Betreuungsbedarf im Zentrum allen zahnärztlichen Handelns stehen.

Die Vertragszahnärzteschaft will verbliebene Versorgungslücken frühzeitig erkennen und schließen. Deswegen soll die zahnmedizinische Betreuung bereits bei den jüngsten Patienten intensiviert werden. Bereits die Hälfte aller Kariesfälle, die bei der Einschulung festgestellt werden, entsteht schon in den ersten drei Lebensjahren. Deshalb soll bis zum nächsten Jahr ein Konzept zur systematischen zahnärztlichen Betreuung vom ersten Milchzahn an entwickelt werden.

Das Papier skizziert zugleich auch Lösungen zum Umgang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels und den vor allem bei älteren Patienten auftretenden zahnmedizinischen Problemen. Eine präventiv ausgerichtete Betreuung soll die Früherkennung der weit verbreiteten Parodontalerkrankungen verbessern und eine risikoorientierte Nachsorge sichern.

Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung

- Der Patient steht im Zentrum unseres Versorgungsgeschehens. Wir wollen die Mundgesundheit und die Zufriedenheit unserer Patienten weiter verbessern, den Patienten in seiner Mündigkeit fördern und unterstützen, ihm als Partner in der zahnmedizinischen Versorgung zur Seite stehen und uns für seine Belange einsetzen.
- Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut. Sie ist Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen und das partnerschaftliche Verhältnis zwischen Patient und Zahnarzt.
- Als überzeugte Freiberufler stehen wir Zahnärzte in Deutschland zu unserer ethischen und sozialen Verantwortung.

- Wir setzen auf den weiteren Ausbau der erfolgreichen Präventionsstrategie in der Zahnmedizin. Sie ist beispielgebend für das gesamte Gesundheitswesen.
- Wir wollen Versorgungsdefizite frühzeitig erkennen und die Betreuung von Risikogruppen intensivieren. Wir machen Vorschläge für eine bessere Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, die Prävention von Parodontalerkrankungen sowie den Ausbau der Vorsorge bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko und Kleinkindern.
- Wir stehen zum Anspruch einer qualitativ hochwertigen und transparenten Patientenversorgung und sehen die Sicherung und Förderung von Qualität als Aufgabe des Berufsstandes an.
- Wir stellen uns dem Zielkonflikt zwischen der bestmöglichen Patientenversorgung und der dauerhaften Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir haben deshalb eine sozial abgedeckte Grundversorgung definiert, die auf der Basis eines gesellschaftlichen Konsens zwischen solidarisch finanzierter „need dentistry“ und individueller „want dentistry“ unterscheidet.
- Wir wollen ein Gesundheitswesen, in dem es Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung gibt. Dazu braucht es Angebotsvielfalt auf Seiten der Leistungsträger und der Kostenträger. Ein duales Versicherungssystem mit unterschiedlichen Anbietern und eine moderne private Gebührenordnung sind dafür die Voraussetzung. Eine Einheitsversicherung lehnen wir ab.
- Wir unterstützen praxistaugliche Telematikanwendungen im Gesundheitswesen, die die Versorgung der Patienten verbessern und ihre Daten schützen.
- Eine von Regulierung, Reglementierung und Bürokratisierung geprägte Krankenversicherung entmündigt den Patienten und schadet einem freiberuflich und wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem.
- Für eine qualitätsgesicherte und patientenorientierte Versorgung ist ein gewisser Verwaltungsaufwand notwendig. Wir fordern aber, die bürokratische Überbelastung der Praxen abzubauen, umso mehr Zeit für die Patientenversorgung zu bekommen.
- Wir sprechen uns für den Erhalt kollektiver Vertragsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine zahnmedizinische Grundversorgung aus.
- Wir fordern zugleich, dass die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung in der Gesetzgebung und den Strukturen der Selbstverwaltung stärker Berücksichtigung finden.



- Wir setzen weiterhin auf eine föderale Organisationsstruktur der vertragszahnärztlichen Versorgung im Zusammenspiel von KZBV und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVs). Eine Zentralisierung im Gesundheitswesen lehnen wir ab.

Anfang Januar hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Ihr Grundsatzpapier an einen breiten Verteiler von politischen Entscheidern auf Landes- und Bundesebene, an Verbände und Organisationen, Stiftungen und wissenschaftliche Institute versandt. Sie wird gehört. Florian Wahl, Mitglied des Landtags von Baden-Württemberg und gesundheitspolitischer Sprecher hat bereits angekündigt, dass die Anregungen und Zielsetzungen aus der Agenda Mundgesundheits als ein wichtiger Beitrag für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems gesehen werden und diese selbstverständlich in den politischen Entscheidungsgremien berücksichtigt werden. Hoffentlich.

KZBV/KZV

Kurze Wahlnotizen 2013

Ende September ist Bundestagswahl in Deutschland

Der Termin für die Bundestagswahlen in diesem Jahr steht fest. Es ist der 22. September. So langsam kommt auch der dazu gehörige Wahlkampf in Fahrt. Neben Gerangel um Personen gehts zusehends um Programmatisches.

SPD

Kanzlerkandidat Peer Steinbrück kündigte an, dass die SPD „die Bundestagswahl zu einer Auseinandersetzung über die Gesellschaftspolitik mit der CDU/CSU machen wolle“. Es sei die SPD gewesen, die „im kaiserlichen Obrigkeitsstaat ... zentrale, soziale Errungenschaften, teilweise aus der Illegalität, durchgesetzt“ habe. „Wir haben Reichskanzler Bismarck die Krankenversicherung abgerungen.“ „Heute wollen wir das Zwei-Klassen- oder sogar Drei-Klassen-System im deutschen Gesundheitswesen abschaffen“, gab er als Ziel an. Die Realität ist: Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt. Und doch ist das kein Grund, sich darauf auszuruhen. Denn zur Realität gehört auch ein anachronistisches Zwei-Klassen-System. Einige sagen mir, inzwischen gibt es sogar ein Drei-Klassen-System durch die sogenannten IGEL-Leistungen. Lasst euch das mit den IGEL-Leistungen mal erklären! Das läuft darauf hinaus, dass Kassenpatienten Cash auf den Tisch legen müssen, wenn sie eine zusätzliche Untersuchung oder Leistung in Anspruch nehmen. Wir Sozialdemokraten wollen aber keine Zwei-Klassen-Behandlung mehr zulassen.

FDP

Die erste Arbeitsfassung eines FDP-Wahlprogramms liegt vor. Jeder, der will, kann per Internet mitdiskutieren. Ein „elektronisches Beteiligungsinstrument“ macht es möglich. FDP-Generalsekretär Patrick Döring verspricht, dass jeder registrierte Bürger konkret im Text Änderungsvorschläge erarbeiten könne und andere Vorschläge bewerten könne. Alle Vorschläge würden der Programmkommission zur Beratung vorgelegt und können ins per Parteitag im Mai zu beschließende Wahlprogramm einfließen.

Bisherige Vorstellungen der Partei:

Die FDP schlägt nach bisheriger Lesart ein „freiheitliches Gesundheitssystem“ vor, das Solidarität und Eigenverantwortung verbindet und nicht als Gegensatz versteht. Man spricht sich gegen eine „zentral gelenkte Staatsmedizin“ aus, die nur zur Bevormundung, Mangelverwaltung und Wartelisten führe und den Patienten schlussendlich zum Bittsteller mache. Zitat: „Die Einführung einer Einheitsversicherung lehnen wir entschieden ab.“ Nach Aussage der liberalen Vordenker bleibt die „Wahlfreiheit für den Bürger“ die oberste Maxime. Dazu gehört eine starke private Krankenversicherung, die Abschaffung der Budgetmedizin und die Einführung des Kostenerstattungsprinzips.

KZV/änd

Krebs von Mundhöhle oder Rachen

Fünfhäufigste Krebsneuerkrankung bei Männern

Mundhöhlenkrebs ist eine lebensgefährliche Erkrankung – statistisch gesehen vor allem für Männer, darauf verweist die Bundeszahnärztekammer. Bei Männern stellte Krebs der Mundhöhle und des Rachens 2012 die fünfhäufigste und bei Frauen die 15-häufigste Krebsneuerkrankung dar.

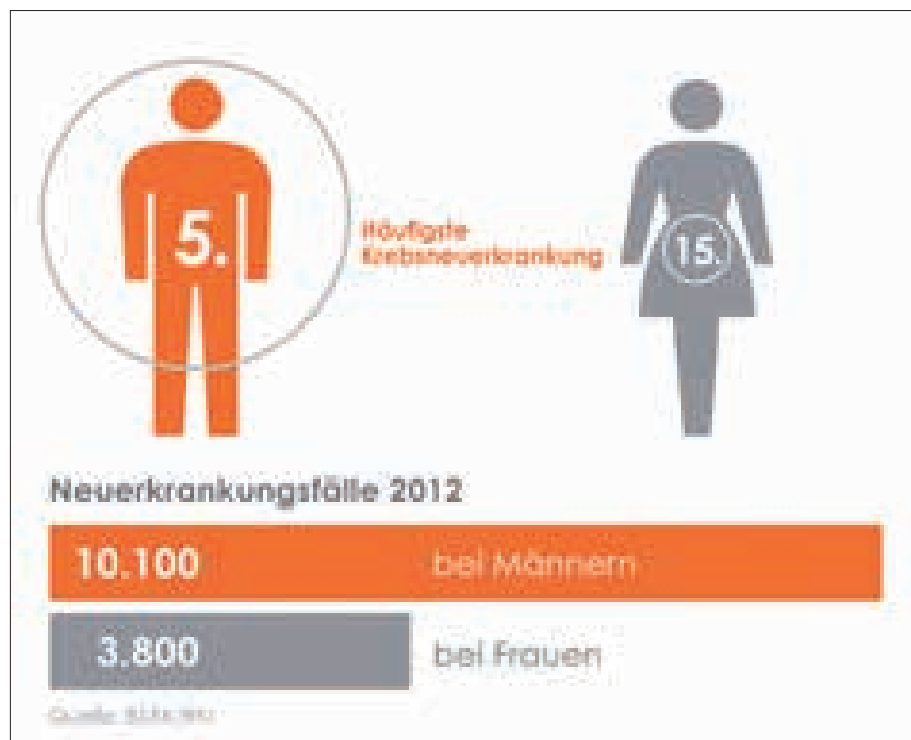
Die Häufigkeit bösartiger Neubildungen ist bei Männern und Frauen unterschiedlich: 10 100 Neuerkrankungsfälle bei Männern und 3 800 bei Frauen wurden für 2012 prognostiziert. Die Fünfjahres-Überlebensrate liegt bei Männern zwischen 43 und 50 Prozent, bei Frauen zwischen 56 und 65 Prozent. Früherkennung und rechtzeitige Behandlung sind deshalb entscheidend.

„Bei einer zahnärztlichen Routineuntersuchung können Mundhöhlenkrebs oder dessen Vorstufen rechtzeitig entdeckt werden. Regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt sind somit gleichzeitig Krebsvorsorge“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. „Bei der Prävention und Aufklärung zu lebensbedrohenden Krebserkrankungen arbeitet die Zahnärzteschaft zudem eng mit dem Deutschen Krebs-

forschungszentrum (DKFZ) und der Fachwissenschaft zusammen.“

Die Bundeszahnärztekammer hat in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft eine Patienteninformation zur Früherkennung des Mundhöhlenkrebses herausgegeben: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/pati/bzaek-dgzmk/2_04_mundhoehlenkrebs_farbe.pdf

BZÄK



BZÄK und Partner auf der IDS

Vom 12. März (Fachhändlerstag) bis 16. März findet die IDS in Köln statt. Die Bundeszahnärztekammer und ihre Partner sind am Gemeinschaftsstand in Halle 11.2, Gang O/P, Stand 50/59, vor Ort.

Auf dem Stand vertreten sind neben der BZÄK auch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Zudem werden das Institut Deutscher Zahnärzte/Zentrum Zahnärztliche Qualität (IDZ/ZZQ), die Zahnärztlichen Mitteilungen

(zm), die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ), der Verein für Zahnhygiene, der Dentista Club, die Aktion zahnfreundlich sowie der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM) und der Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) vertreten sein. Alle Daten und Fakten zu Stand und Programm finden Sie hier: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/ids/programmflyer_ids_2013.pdf

BZÄK

GOZ-Kommentar überarbeitet

Seit über einem Jahr steht auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer der GOZ-Kommentar der BZÄK zum Download zur Verfügung – ein kostenloser Service für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, aber auch für alle anderen mit der GOZ befassten Stellen und Institutionen. Im Kommentar der Bundeszahnärztekammer finden Sie Erläuterungen, Hinweise und Berechnungsempfehlungen zur besseren Verständlichkeit und Anwendbarkeit.

Eine neue Überarbeitung des GOZ-Kommentars (Stand 9. Februar 2013) ist nunmehr auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer (www.bzaek.de)

abrufbar. Zudem sind auf der Internetseite u. a. die tabellarische Übersicht der vorgenommenen Aktualisierungen und die Liste der analog zu berechnenden Leistungen (Analogliste) verfügbar.

GOZ-Referat



Leser schreiben an dens Beitragserlass für das zweite Quartal 2013

Etwas verwundert ist man schon, wenn man so eine Mitteilung liest, sind doch die Beiträge seit Bestehen der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wiederholt erhöht worden. Die letzte Anpassung erfolgte im Jahre 2009.

Natürlich sind seit ihrer Gründung im Jahre 1991 die Aufgaben der Zahnärztekammer nicht weniger geworden. Und sicher erfordern politische Strömungen unterschiedliche standespolitische Aktivitäten. Aber nach mehr als zwanzig Jahren des Bestehens müssten genügend Erfahrungen in der Haushaltsführung gesammelt worden sein, um dieses Novum nicht erforderlich werden zu lassen.

Oder wäre die letzte Beitragserhöhung gar nicht so zwingend erforderlich gewesen?

Auch stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob es wirklich notwendig war, die eingeführte Beitragspflicht für Zahnärzte im Ruhestand ab dem 1. Januar 2010 (Stichtagsregelung), trotz vielen Unverständnisses bei den meisten Kollegen, durchzudrücken.

Auch oder eben weil es sich nur um 5 Euro im Monat handelt, die aber lebenslang, auch im Altersheim, gezahlt werden müssen. Es sei denn,

ein aufmerksamer Engel gibt die Approbation zur Beendigung der Mitgliedschaft in der Körperschaft des öffentlichen Rechts – Zahnärztekammer M-V – rechtzeitig zurück. Der Rechnungsprüfungsausschuss hat „die sparsame und wirtschaftliche Geschäftsführung“ für 2011 hervorgehoben. Das hatte er auch in den vorangegangenen Jahren getan Fragen bleiben offen.

Dr. Christel Schott, Schwerin - Dr. Günter Stiewe, Papendorf

Dr. Christa Liesberg-Walther Schwerin

Prof. Dr. Sabine Fröhlich, Rostock

Dr. Hans-Jürgen Koch, Burg Stargard

Anmerkung der Redaktion zum Leserbrief dens 3/13: Die Redaktion dens bedankt sich für den Leserbrief und möchte anmerken, dass die Einführung eines Beitrages für dauerhaft nicht mehr berufstätige Kammermitglieder und der Erlass eines Quartalsbeitrages von der Kammerversammlung beschlossen wurden. Vertreter des Haushalts- und Rechnungsprüfungsausschusses sowie des Vorstandes der Zahnärztekammer werden die Verfasser zu einem Gespräch einladen.

Dipl.-Stom. Gerald Flemming

Ankündigung Vertreterversammlung

Die diesjährige Informationsveranstaltung der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und die ordentliche Frühjahrs-Vertreterversammlung finden am 12. und 13. April im Hotel

Speicher Barth, Am Osthafen 2, 18356 Barth, statt. Beginn der Vertreterversammlung am 13. April, 9 Uhr. Die Sitzung ist öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befasst. **KZV**

Vorläufige Tagesordnung der Vertreterversammlung

1. Begrüßung und Feststellung der satzungsmäßigen Einberufung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Bestellung des Protokollführers, des Führers der Rednerliste und von mindestens zwei Teilnehmern zur Stimmzählung
4. Bekanntgabe der endgültigen Tagesordnung und der gestellten Anträge
5. Feststellung der Öffentlichkeit der Vertreterversammlung
6. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
7. Bericht des Vorstandes mit anschließender Aussprache
 - Tätigkeitsbericht Geschäftsbereich I
 - Tätigkeitsbericht Geschäftsbereich II
8. Fragestunde
9. Beschlussfassung über eingereichte Anträge
10. Verschiedenes

Kontinuität in Aufgaben und Ämtern

Vorstand der Zahnärztekammer Berlin wiedergewählt

Im Rahmen der konstituierenden Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin am 31. Januar wurde der bisherige Vorstand - bis auf eine Position - nicht nur in den Personen, sondern auch in den Ämtern wiedergewählt. Dr. Wolfgang Schmiedel

(Verband der Zahnärzte von Berlin) wird auch in der neuen Legislaturperiode als Präsident die Interessen der Berliner Zahnärzte vertreten.

„Wir bedanken uns bei allen Kolleginnen und Kollegen für das motivierende Votum, das uns er-



Die Zahnärztekammer Berlin hat einen neuen Vorstand, der am 31. Januar fast vollständig wiedergewählt wurde. Von links: Dr. Michael Dreyer (Vizepräsident), Dr. Dietmar Kuhn, ZÄ Juliane Gnoth, Dr. Helmut Kesler, Dr. Wolfgang Schmiedel (Präsident), Dr. Detlef Förster, Dr. Karsten Heegewaldt
Foto: ZÄK Berlin

möglichst, die in den letzten Jahren aufgebauten hervorragenden Kontakte zu Behörden, Politikern und vielfältigen Organisationen weiter auszubauen und zu vertiefen“, sagte Dr. Wolfgang Schmiedel nach der Wahl. Die Mitglieder des Kammervorstandes hatten sich in der letzten Legislaturperiode in vielen Bereichen institutionell und auch politisch engmaschig vernetzt in Themenfeldern von Kinderschutz über Drogenabhängigen-Behandlung bis zu Hygierichtlinien.

„Für unsere Arbeit erhalten wir viel explizite Anerkennung“, so Dr. Schmiedel, „und mehr damit das Ansehen unseres Berufsstands bei den Multiplikatoren. Wir freuen und sehr, dass wir diese vielen guten, meist auch persönlichen Kontakte nun weiter pflegen und ausbauen können und freuen uns auf die Fortsetzung unserer erfolgreichen Standespolitik.“

ZÄK Berlin

Dr. Michael Frank als Präsident der hessischen Zahnärzte wiedergewählt

Die konstituierende Delegiertenversammlung der Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH) hat Dr. Michael Frank am 18. Januar in Frankfurt a. M. mit großer Mehrheit in seinem Amt bestätigt. Zum Vizepräsidenten wurde Dr. Wolfgang Klenner, als Nachfolger von Dr. Giesbert Schulz-Freywald, gewählt.

Dr. Udo Lenke bleibt Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg

Mit großer Mehrheit bestätigte die konstituierende Vertreterversammlung Dr. Udo Lenke am 26. Januar in seinem Amt als Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW). Dr. Bernhard Jäger wurde als stellvertretender Präsident ebenfalls wiedergewählt.

Arbeitsplätze heiß begehrt

Beschäftigung im Gesundheitswesen um 1,8 Prozent gestiegen

Zum 31. Dezember 2011 waren rund 4,9 Millionen Menschen in Deutschland und damit etwa jeder neunte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, gab es 2011 rund 87 000 mehr Arbeitsplätze im Gesundheitswesen als 2010. Das entspricht einem Beschäftigungswachstum von 1,8 Prozent.

Der positive Beschäftigungstrend der letzten fünf Jahre setzte sich damit auch 2011 weiter fort. Zwischen 2006 und 2011 wuchs die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um insgesamt 457 000 Personen oder 10,2 Prozent. Zusätzliche Arbeitsplätze gab es im Jahr 2011 wie in den Vorjahren vor allem in Gesundheitsdienstberufen (+45 000): Hier stieg beispielsweise die Zahl der Ärztinnen/Ärzte und der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger um jeweils 8 000. In den sozialen Berufen gab es 23 000 zusätzliche Stellen, die fast alle auf die Altenpflege entfielen. In den anderen Berufen des Gesundheitswesens (beispielsweise Verwaltungsfachleute und Reinigungskräfte) gab es 17 000 Arbeitsplätze mehr als im Vorjahr.

Im Jahr 2011 arbeiteten rund 2,2 Millionen Beschäftigte in der ambulanten und rund 2 Millionen

Beschäftigte in der (teil-)stationären Gesundheitsversorgung. Weitere 700 000 Beschäftigte arbeiteten beispielsweise in der Verwaltung oder dem Gesundheitsschutz. In den ambulanten Einrichtungen erhöhte sich die Beschäftigtenzahl gegenüber 2010 um 37 000: Mehr Beschäftigte gab es insbesondere in Praxen sonstiger medizinischer Berufe – hier arbeiten beispielsweise Physio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten (+17 000) – und in der ambulanten Pflege (+9 000). In den (teil-)stationären Einrichtungen stieg die Zahl der Beschäftigten insgesamt um 41 000. Hier gab es Zuwächse vor allem in der (teil-)stationären Pflege (+25 000) und in den Krankenhäusern (+16 000). Rückläufig waren die Beschäftigten in der Verwaltung. Hier gab es 3 000 Arbeitsplätze weniger als im Vorjahr.

Von den 4,9 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen waren 43,9 Prozent teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten, die so genannten Vollkräfte, lag im Jahr 2011 bei rund 3,7 Millionen. Sie erhöhte sich gegenüber 2010 um 59 000, das entspricht – wie bereits im Vorjahr – einem Anstieg von 1,6 Prozent.

destatis

Kein Jojo-Effekt Fonds verlässlich finanzieren

Laut aktuellen Presseberichten plant Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble, den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds drastisch zu kürzen. Dazu erklärte Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung:

„Wir brauchen Verlässlichkeit bei der Finanzierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu zählt auch, dass die Höhe des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds langfristig klar ist. Nur so lässt sich Verlässlichkeit in der Versorgung gewährleisten. Wird der Zuschuss kurzfristig gekürzt, um den Bundeshaushalt zu konsolidieren, ist diese Verlässlichkeit dahin.“

Der Gesundheitsfonds ist kein Säckel, in das man einfach greifen kann. Ohne eine kontinuierlich stabile Finanzbasis kann man keine dauerhafte, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung planen und garantieren. Erratische Änderungen an der Finanzbasis führen nur zu Jojo-Effekten – sowohl beim Beitragssatz als auch bei den Leistungen.“

KZBV

Wertvolle Daten vdek-Basisdaten erschienen

Wie haben sich die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich in den letzten fünf Jahren entwickelt? Welche Zuzahlungsregelungen gibt es 2013? Diese und viele weitere gesundheitspolitische Daten und Fakten sind der aktuellen Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2012/2013“, herausgegeben vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), zu entnehmen.

In insgesamt fünf Kapiteln werden neben Finanz- und Versichertendaten auch die jeweiligen Leistungserbringerbereiche mit ausführlichen Strukturdaten beleuchtet. Ergänzt werden sie durch Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie durch weitere volkswirtschaftliche Daten. Mit Hilfe eines QR-Codes können zudem alle Darstellungen direkt auf mobile Endgeräte von der vdek-Website abgerufen werden. Alle Abbildungen befinden sich auf der vdek-Website und können im pdf-Format unter www.vdek.com/presse/daten/index.htm als Download abgerufen werden. Zudem kann die Broschüre unter basisdaten@vdek.com oder Fax: 030/2 69 31 - 29 15 bestellt werden.

vdek

Rechte von Patienten verbessert Neues Patientenrechtegesetz passiert den Bundesrat

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) hat planmäßig am 1. Februar den Bundesrat passiert und wird damit am 26. Februar in Kraft treten.

Das Patientenrechtegesetz bündelt erstmals die Rechte von Patientinnen und Patienten und entwickelt sie in wesentlichen Punkten weiter, heißt es in einer gemeinsamen Pressemitteilung des Bundesjustizministeriums, des Bundesgesundheitsministeriums sowie des Patientenbeauftragten der Regierung.

Das Gesetz umfasst folgende Regelungsbereiche:

- Der Behandlungsvertrag wird ausdrücklich im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert. Hier wird die Vertragsbeziehung zwischen Patienten und Ärzten, aber auch zu anderen Heilberufen, wie Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- oder Physiotherapeuten, zentral geregelt.
- Patientinnen und Patienten müssen verständlich

und umfassend informiert werden, etwa über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien. Diese Informationspflicht besteht auch für die mit der Behandlung verbundenen Kostenfolgen: Werden Behandlungskosten nicht von der Krankenkasse übernommen und weiß dies der Behandelnde, dann muss er den Patienten vor dem Beginn der Behandlung entsprechend informieren. Auch muss der Behandelnde den Patienten unter bestimmten Voraussetzungen über einen Behandlungsfehler informieren.

- Die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärung erfordert, dass grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten umfassend über eine bevorstehende konkrete Behandlungsmaßnahme und über die sich daraus ergebenden Risiken aufgeklärt werden müssen. Damit sich der Patient seine Entscheidung gut überlegen kann, muss rechtzeitig vorher ein persönliches Gespräch geführt werden. Eine schriftliche Aufklärung reicht alleine nicht aus. Auch Patientin-

nen und Patienten, die aufgrund ihres Alters oder ihrer geistigen Verfassung nicht in der Lage sind, allein über die Behandlungsmaßnahme zu entscheiden, werden künftig verstärkt mit in den Behandlungsprozess eingebunden, indem das Gesetz festlegt, dass auch ihnen die wesentlichen Umstände der bevorstehenden Behandlung zu erläutern sind.

- Ferner werden auch die Dokumentationspflichten bei der Behandlung im Gesetz niedergeschrieben. Patientenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist. Behandelnde sind künftig auch verpflichtet, zum Schutz von elektronischen Dokumenten eine manipulationssichere Software einzusetzen.
- Patientinnen und Patienten wird ein gesetzliches Recht zur Einsichtnahme in ihre Patientenakte eingeräumt, das nur unter strengen Voraussetzungen und künftig nur mit einer Begründung abgelehnt werden darf.
- Schließlich wird es in Haftungsfällen mehr Transparenz geben. Die wichtigen Beweiserleichterungen berücksichtigen die Rechtsprechung und werden klar geregelt. Damit wird künftig jeder im Gesetz nachlesen können, wer im Prozess was beweisen muss.

Auch die Versichertenrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung werden gestärkt:

- Ein wichtiges Anliegen im Interesse von Patientinnen und Patienten ist die Förderung einer Fehlervermeidungskultur in der medizinischen Versorgung. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber

den Leistungserbringern. Künftig sind die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z. B. medizinischen Gutachten, geschehen.

- Zudem wird dafür gesorgt, dass Versicherte ihre Leistungen schneller erhalten. Krankenkassen müssen spätestens binnen drei, bei Einschaltung des medizinischen Dienstes binnen fünf Wochen über einen Leistungsantrag entscheiden. Bei vertragsärztlichen Anträgen hat die Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für eine Fristüberschreitung, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.
- Die Patientenbeteiligung wird weiter ausgebaut. Patientenorganisationen werden insbesondere bei der Bedarfsplanung stärker einbezogen und ihre Rechte im Gemeinsamen Bundesausschuss werden gestärkt.
- Um insgesamt mehr Transparenz über geltende Rechte von Patientinnen und Patienten herzustellen, erstellt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung künftig eine umfassende Übersicht der Patientenrechte und hält sie zur Information der Bevölkerung bereit.

Weitere Informationen unter www.bmj.de/patientenrechte und <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenrechtegesetz> oder www.patientenbeauftragter.de

BMG

Wieder mehr Krankenversicherte

Im Jahr 2011 ist die Zahl der Personen ohne Krankenversicherung gegenüber 2007 um 35 Prozent auf 137 000 Personen gesunken.

Seit April 2007 besteht eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), seitdem haben nach Aussage der Bundesregierung bis Ende 2012 rund 189 000 zuvor unversicherte Personen wieder Versicherungsschutz erlangt.

Bundesregierung

ANZEIGE

Der Landarzt zieht in die Stadt

Existenzgründungsanalyse zeigt alarmierende Entwicklung

Der Hausärztemangel wird sich weiter verstärken. Gleichzeitig sind über alle Fachgruppen hinweg nur wenige Ärzte bereit, sich in ländlichen Regionen niederzulassen – viele drängt es in die Großstadt. Das belegt die gemeinsam von der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank) und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) durchgeführte Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2011.

Zu wenige Hausärzte gehen in Selbständigkeit

Unter den Ärzten nimmt die Bereitschaft ab, sich in einer hausärztlichen Praxis niederzulassen. Obwohl deutlich mehr als 40 Prozent der Vertragsärzte als Hausärzte tätig sind (West: 44,9 Prozent; Ost: 46,4 Prozent), sind es unter den Existenzgründern nur 27,7 bzw. 30,3 Prozent. Das belegt die gemeinsame Existenzgründungsanalyse für Ärzte von apoBank und ZI. Georg Heßbrügge, Bereichsleiter Gesundheitsmärkte und -politik bei der apoBank, zeigt sich aufgrund der Ergebnisse alarmiert: „Es rücken nicht genügend Hausärzte nach. Die Schere geht immer weiter auseinander – besonders im Osten. Darin sehen wir eine Gefahr für die wohnortnahe Versorgung.“

Moderate Investitionsvolumina für Hausärzte

Gleichzeitig verharren die Investitionsvolumina für eine hausärztliche Praxis auf moderatem Niveau: So mussten Hausärzte in den alten Bundesländern für die Überführung einer Einzelpraxis in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) im Schnitt 116 000 Euro (inkl. Betriebsmittelkredit) investieren. Der Beitritt in eine BAG als zusätzlicher Partner schlug mit 131 000 Euro zu Buche; der Einstieg in eine BAG (Austausch von Praxisinhabern) mit 139 000 Euro. Wer mit mehreren Hausärzten gemeinsam eine BAG übernehmen wollte, musste pro Arzt 148 000 Euro einkalkulieren. Die teuerste Form der Existenzgründung war in den alten Bundesländern mit 161 000 Euro die Übernahme einer Einzelpraxis. In den neuen Bundesländern lag das Investitionsvolumen für eine Einzelpraxisübernahme bei 121 000 Euro. „Die Zahlen zeigen, dass das vermeintliche finanzielle Risiko einer Existenzgründung überschaubar ist. Der Grund, warum sich immer weniger Hausärzte niederlassen, ist also nicht hier zu suchen, sondern in den generellen Rahmenbedingungen“, so Heßbrügge.

Über alle Fachgruppen hinweg: Kooperationen erfahren Zuspruch

Aus der Existenzgründungsanalyse geht weiter hervor, dass immer mehr Ärzte in die Kooperation

gehen. Bundesweit entschied sich über alle Fachgruppen hinweg fast jeder Zweite für die kooperative Berufsausübung (49,4 Prozent). Im Westen lag der Anteil bei 53,2 Prozent; im Osten bei 30 Prozent. „Im Westen sind Kooperationen stärker verwurzelt. Aber der Osten holt auf. Innerhalb von nur einem Jahr ist der Anteil von 25 auf 30 Prozent gestiegen“, so Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des ZI.

Kooperationen im Fokus: Ein Stadtmodell für junge Ärzte

Kooperationen liegen insbesondere bei jungen Ärzten im Trend. So haben sich im Westen 56,9 Prozent der Ärzte bis einschließlich 40 Jahre in einer Kooperation niedergelassen; das sind 12,8 Prozentpunkte mehr als bei der Gruppe 45+. Ähnlich, aber weniger stark ausgeprägt, verhält es sich im Osten: Hier entschieden sich 31,7 Prozent der Ärzte bis 40 Jahre für die Kooperation; bei den älteren Kollegen waren es 25,7 Prozent.

Gleichzeitig sind Kooperationen vor allem in städtischen Gebieten beliebt: Während im Westen 54,8 Prozent der Großstadt-Ärzte in eine Kooperation gingen, waren es auf dem Land nur 41,3 Prozent. Im Osten war die Einzelpraxis in der Stadt und auf dem Land die vorherrschende Existenzgründungsform. Dennoch kamen Kooperationen auch hier eher in Großstädten zum Tragen (38,8 Prozent) als in kleinstädtischen/ländlichen Gebieten (20,6 Prozent).

„Die Kooperation steht für Flexibilität, fachlichen Austausch und Synergien – genau das suchen viele junge Ärzte. Derzeit scheinen sie die besten Voraussetzungen hierfür in städtischen Gebieten zu finden“, unterstreicht Dr. Graf von Stillfried.

Niederlassungsbereitschaft: Großstadt zieht Ärzte an

Insgesamt hat sich im Betrachtungszeitraum mehr als jeder zweite Arzt in den alten Bundesländern in einer Großstadt selbstständig gemacht (51,2 Prozent). Auf dem Land war es etwa jeder Fünfundzwanzigste (2,3 Prozent). Auch in den neuen Bundesländern lag die Großstadt in der Gunst der Ärzte vorne (38,8 Prozent). Für eine Praxis auf dem Land entschieden sich hingegen nur drei Prozent.

Unterschiede zeigen sich zwischen Fachärzten und Hausärzten. Da Fachärzte die notwendige Patientenzahl vor allem in Großstädten vorfinden, ließen sie sich hier am häufigsten nieder (West: 55,7

Prozent; Ost: 42,1 Prozent). Bei den Hausärzten war die Präferenz für die Großstadt weniger stark (West: 39,5 Prozent; Ost: 34,1 Prozent).

Trend zur Feminisierung:

Work-Life-Balance geht alle an

Die Analyse dokumentiert zudem, dass Frauen der Selbstständigkeit offen gegenüber stehen. Im Westen stellten sie 45 Prozent der Existenzgründer; im Osten 61,7 Prozent. Die Tendenz ist steigend. „Die große Herausforderung liegt darin, die ambulante wohnortnahe Versorgung in Zukunft sicherzustellen. Aber es ist vermessen, diese aufkommenden Strukturprobleme in der Versorgung allein darauf zu schieben, dass sich der Berufsstand feminisiert. Ärztinnen nehmen die Herausforderung Selbstständigkeit genauso an wie ihre männlichen Kollegen“,

stellt Heßbrügge klar und betont: „Die jungen Ärzte müssen wieder Lust bekommen, sich selbstständig zu machen. Dazu müssen insbesondere Strukturen her, mit denen sie Familie und Beruf in Einklang bringen können. Mit anderen Worten: Die Niederlassung an sich muss wieder attraktiver werden – und zwar für Männer und Frauen gleichermaßen.“

Methodik:

Die Datenbasis der Existenzgründungsanalyse 2011 bilden die von der apoBank durchgeführten und auswertbaren Finanzierungen ärztlicher Existenzgründungen in den Jahren 2010/2011. Diese werden seit 1984 erfasst und anonymisiert ausgewertet. Die statistische Auswertung wurde gemeinsam von der apoBank und dem ZI durchgeführt.

apoBank

SHIP: Gute und schlechte Nachrichten

Mehr Sport, weniger Alkohol und Raucher, aber Übergewicht

In Vorpommern lebt die weltweit am besten untersuchte Bevölkerung. Die aktuelle Untersuchungswelle der Langzeitgesundheitsstudie SHIP (Study of Health in Pomerania), eine der größten Gesundheitsstudien zur Erforschung von Volkskrankheiten, liefert deutliche Ergebnisse. Die Zahl der Raucher geht zurück. Der Alkoholkonsum ist rückläufig, ältere Menschen treiben mehr Sport und Menschen mit Herz-Kreislaufkrankungen werden besser medizinisch behandelt. Daneben rückt das Problem der stark Übergewichtigen mit allen Folgeproblemen auf die Gesellschaft zu.

Die erste Datenerhebung von 1997 bis 2001 an 4308 Erwachsenen zeigte eine vergleichsweise große Risikofaktorenlast in der vorpommerschen Bevölkerung. Die nordostdeutsche Bevölkerung wies häufiger als andere Übergewicht, Diabetes mellitus und Bluthochdruck auf. Jüngere Erwachsene rauchten häufiger als anderswo. Die zweite Untersuchungswelle fand im Zeitraum von 2002 bis 2006 mit 3300 Teilnehmern statt, die dritte Phase mit 2333 bereits untersuchten Probanden. Davon unabhängig wurde zwischen 2008 und 2012 eine neue Gruppe von 4420 Männern und Frauen untersucht. Der Altersbereich lag wiederum zwischen 20 bis 79 Jahren.

Zentrale Ergebnisse der Untersuchungsgruppe (SHIP-0) Bezugsbasis: 2002

1. Fettleibigkeit: Waren damals 24 Prozent der Männer

adipös, so sind es heute 32 Prozent. Bei den Frauen ist die Häufigkeit von Adipositas von 26 Prozent auf 30 Prozent angestiegen.

2. Diabetes mellitus: Waren vor zehn Jahren noch 10 Prozent der Männer betroffen, so sind es heute 13 Prozent. Bei Frauen waren es 8 Prozent, heute sind es 11 Prozent.

3. Tabakwaren: Der Anteil rauchender Männer ist von 39 Prozent auf 32 Prozent gefallen, der Anteil rauchender Frauen von 28 Prozent auf 24 Prozent.

4. Alkoholkonsum: Bei Männern und Frauen liegt die durchschnittliche Menge konsumierten Alkohols bei weniger als 50 Prozent des Ausgangsniveaus.

5. Körperliche Betätigung: Insbesondere Menschen über 50 Jahre bewegen sich in der Freizeit deutlich häufiger als noch vor zehn Jahren.

6. Der mittlere Blutdruck ist in allen Altersgruppen gesunken: bei Männern von 140/86 mmHg auf 133/80 mmHg und bei Frauen von 129/81 mmHg auf 122/75 mmHg.

Weitere Hintergrundinformationen zu SHIP

Etwa 50 Forschungseinrichtungen weltweit nutzen in Kooperation mit der Greifswalder Universität die anonymisierten Datensätze für ihre Arbeit.

Universität Greifswald,
Institut für Community Medicine
Study of Health in Pomerania (SHIP)

Fortbildung im April und Mai

5./6. April *Seminar Nr. 38*

Update – Intensivseminar für ZMPs und Fortgebildete ZAH/ZFA im Bereich Prophylaxe
DH Christine Deckert,
DH Sabrina Bone-Winkel
5. April 14–18 Uhr,
6. April 9–16 Uhr
Zahnarztpraxis Mario Schreen
Mühlenstr. 38; 19205 Gadebusch
Seminargebühr: 565 €

10. April *Seminar Nr. 18*

Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz
Prof. Dr. Uwe Rother,
Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek
14.30–20.30 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Str. 103; 18055 Rostock
Seminargebühr: 90 €
9 Punkte

10. April *Seminar Nr. 19*

Nie wieder Schappe – vorhersehba-
re Ereignisse in der Totalprothetik
Dr. Thomas Perkuhn,
ZTM Thomas Holtz
14–18 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald
Seminargebühr: 190 €
5 Punkte

13. April *Seminar Nr. 20*

PA-Behandlung/scaling and root
planing
Prof. Dr. Dr. h.c. Holger Jentsch
9–15 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Str. 103; 18055 Rostock
Seminargebühr: 185 €
8 Punkte

13. April *Seminar Nr. 21*

Implantate im zahnlosen Kiefer
Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt
9–17 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald
Seminargebühr: 180 €
9 Punkte

13. April *Seminar Nr. 22*

Interdisziplinäre Zusammenarbeit
von Kieferorthopäden und Zahn-
ärzten im Rahmen oraler Rehabili-
tation erwachsener Patienten aus
Sicht des Praktikers
Dr. med. dent. Trutz von Koß, MSc
9–13 Uhr
Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminargebühr: 165 €
5 Punkte

13. April *Seminar Nr. 39*

Willkommen in der Prophylaxepaxis
DH Livia Kluge-Jahnke,
DH Brit Schneegaß
9–15 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Str. 103; 18055 Rostock
Seminargebühr: 235 €

19. April *Seminar Nr. 40*

„Der Mundöffner“
Smalltalk in der Zahnarztpraxis
Dipl.-Germ. Karin Namianowski
14–18 Uhr
Intercity-Hotel
Grunthalplatz 5–7
19053 Schwerin
Seminargebühr: 190 €

20. April *Seminar Nr. 41*

Ein unschätzbare Talent
Die Mitarbeiterin als Beratungs-
fachkraft
Dipl.-Germ. Karin Namianowski
9–16 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Str. 103; 18055 Rostock
Seminargebühr: 235 €

20. April *Seminar Nr. 24*

Chirurgische Parodontistherapie
in der Niederlassung
Praktischer Kurs
Prof. Dr. Dr. h.c. Holger Jentsch
9–16 Uhr
Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminargebühr: 235 €
9 Punkte

26. April *Seminar Nr. 25*

„Alltägliche“ ethische Fragestel-
lungen in der Zahnmedizin/Kiefer-
orthopädie
Dr. Hartmut Bettin,
Alexander Spassow
14–17 Uhr
Zahnärztekammer
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Seminargebühr: 140 €
4 Punkte

26. April *Seminar Nr. 26*

Differenzialdiagnostik der Panora-
maschichtaufnahme
Priv.-Doz. Dr. Dirk Schulze
14–18 Uhr
Radisson Blue Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminargebühr: 165 €
5 Punkte

26./27. April *Seminar Nr. 7*

Curriculum Zahnärztliche Hypnose
Z 1 – Einführung in die Zahnärztli-
che Hypnose
Dr. Horst Freigang
26. April 14–20 Uhr,
27. April 9–18 Uhr
IBIS Hotel, Warnowufer 42/43,
18057 Rostock
Seminargebühr: 1600 € für
Z 1 bis Z 6
19 Punkte

27. April *Seminar Nr. 27*

Entscheidungsfindung in der Paro-
dontherapie
Prof. Dr. Thomas Kocher
9–16 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald
Seminargebühr: 200 €
9 Punkte

24./25. Mai *Seminar Nr. 3*

Curriculum Prothetik: Modul 6
Freiendsituation und stark redu-
ziertes Restgebiss
Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt
24. Mai 14–19 Uhr,

25. Mai 9–16 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald
Seminargebühr: 520 €
19 Punkte

24./25. Mai *Seminar Nr. 8*
Curriculum Zahnärztliche Hypnose
Z 2 – Grundlagen der zahnärztlichen Hypnose

Dr. Gerhard Schütz
24. Mai 14–20 Uhr,
25. Mai 9–18 Uhr
IBIS Hotel, Warnowufer 42/43
18057 Rostock
Seminargebühr: 1600 € für Z 1–Z 6
19 Punkte

25. Mai *Seminar Nr. 28*
Praxis intraoraler Scanner Systeme für CAD / CAM

Prof. Dr. Bernd Kordaß,
Dr. Silvia Söhnel,
Dipl.-Ing. Alexandra Quooß,
Dipl.-Math. Sebastian Ruge
9–16 Uhr
Zentrum für ZMK
W.-Rathenau-Straße 42a
17475 Greifswald
Seminargebühr: 210 €
9 Punkte

25. Mai *Seminar Nr. 42*
Küretten, Scaler & Co – die besten Freunde einer professionellen Zahnreinigung
DH Livia Kluve-Jahnke,
DH Brit Schneegaß
9–17 Uhr
Zahnarztpraxis Marion Schreen
Mühlenstraße 38
19205 Gadebusch
Seminargebühr: 440 €

29. Mai *Seminar Nr. 29*
Zahnärztinnen im Vormarsch – angestellt bleiben oder selbstständig machen?
Rechtsanwältin Monika Maxerath
14–18 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Str. 103; 18055 Rostock
Seminargebühr: 255 €
5 Punkte

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

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

Service der KZV

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V werden folgende Börsen geführt und können angefordert werden: Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung; Praxis sucht Vorbereitungsassistent/Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt; Praxisabgabe; Praxisübernahme; Übernahme von Praxisvertretung

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am **10. April** (*Annahmestopp von Anträgen: 20. März*) und am **19. Juni** (*Annahmestopp von Anträgen: 29. Mai*) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. *mindestens* drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der KZV M-V, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 19055 Schwerin, Wismarsche Straße 304, einzureichen sind. Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können. Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, 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: Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung, Ruhen der Zulassung, Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes, Verlegung des Vertragszahnarztesitzes (auch innerhalb des Ortes), Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang), Verzicht auf die Zulassung.

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. Hartmut und Kerstin Beitz, niedergelassen in 17424 Heringsdorf, Friedensstraße 4, beschäftigt ab dem 15. März Susanne Radke als ganztags angestellte Zahnärztin.

Berufsausübungsgemeinschaft

Die Berufsausübungsgemeinschaft zwischen den Zahnärzten Thoralf und Susanne Hahn endet am 31. März. Die Praxis wird von Susanne Hahn als Einzelpraxis weitergeführt. Thoralf Hahn wurde die Zulassung für den Vertragszahnarztesitz in 17036 Neubrandenburg, Helmut-Just-Straße 6, zum 1. April erteilt.

KZV

Kurs mit Gästen aus den USA

Dentalhygienikerinnen im Zentrum ZMK der Uni Greifswald

Von der School of Dental Hygiene an der Universität Minneapolis/Minnesota führt Professor Dr. Kathleen Newell gemeinsam mit der langjährigen Lehr-DH, Kim Johnson, zum 20. Mal einen praktischen Arbeitskurs an der Universitäts-Zahnklinik in Greifswald durch. **Thema:** „Prophylaxekonzepte, Ergonomie, Diagnostik, Hand- versus Ultraschallinstrumentierung, neue Forschungsergebnisse“; **Termin:** 8. Juli bis 12. Juli; **Teilnehmerzahl:** maximal 20; **Kursgebühr:** 950 Euro (inkl. Kursverpflegung, Skripten u.a.).

Zum Ablauf: Kurssprache englisch mit Übersetzung; intensive, umfangreiche, praktische Übungen in unserer neuen Zahnklinik; zwischendurch Kurzvorträge zum ak-

tuellen Stand der Wissenschaft durch den Greifswalder Lehrkörper; fast jeden Abend gemeinsames, kurzweiliges Rahmenprogramm;

Teilnahmevoraussetzung: Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), fortgebildete Assistentin Prophylaxe / Prophylaxe-assistentin, Zahnmedizinische Fachassistentin, Zahnärztin/Zahnarzt

Detailliertes Programm, Anfragen und Anmeldungen: Ina Fahrenkrug/OÄ Dr. Jutta Fanghänel, Abteilung Parodontologie, Zentrum für ZMK-Heilkunde, Walther-Rathenau-Straße 42a, 17475 Greifswald; Tel.: 0 38 34/86 71 27, Fax: 0 38 34/86 19648, E-Mail: ina.fahrenkrug@uni-greifswald.de

Uni Greifswald

55. Sylter Woche vom 13. bis 17. Mai

Fortbildungskongress der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Der traditionelle Fortbildungskongress der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein jährt sich in diesem Jahr zum 55. Mal, er findet in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie vom 13. bis 17. Mai in Sylt/Westerland statt. Auch in diesem Jahr steht ein zweitägiger spezifischer Vortrags- und Seminarteil für Zahnmedizinische Fachangestellte auf dem Programm. Zum Tagungsthema „Behandlungskonzepte bei Parodontitis und Periimplantitis“ sind 19 namhafte Referentinnen und Referenten eingeladen, in Vorträgen und Seminaren ihre Konzepte zu präsentieren.

Das Programm für Zahnmedizinische Fachangestellte und Mitarbeiterinnen bietet Themen wie „Niemand kommt mit einer tiefen Tasche auf die Welt! Paro-Prophylaxe patienten- und praxisnah“, „Maschinelle Ober-

flächenbearbeitung am Zahn und Implantat“, „Materialverwaltung mit System“, „Die spannende Aufgabe der Praxismanagerin“ und „Parodontal-/Periimplantitisprophylaxe – und bei der GOZ-Rechnung keine Leistung vergessen!“. Begleitend finden Seminare für Zahnärztinnen und Zahnärzte statt mit beispielsweise diesen Themen: „Die Zahnfleischtasche in der Nachsorge“, „Systematische Parodontalbehandlung: Schritt für Schritt“, „Furkationsbeteiligte Zähne! Was ist das Problem und wie lässt es sich lösen?“, „Pille oder Stahl? Antibiotika in der Parodontologie“, „Behandlungsplanung im parodontal erkrankten Gebiss“.

Als Festredner konnte Professor Dr. med. Manfred J. Müller, Kiel gewonnen werden. Der Direktor des Instituts für Humanernährung und Lebensmittelkunde der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel referiert zum Thema: „Was ist ein gesunder Lebensstil und warum ist es so schwer, gesund zu leben?“.

Zum Abschluss der Tagung am Freitag wird erneut der „Dental Golf Cup“, ein Charity-Golfturnier zugunsten der Organisation „Familien in Not e.V.“, durchgeführt.

Information und Anmeldung unter www.sylterwoche.de. Die Online-Buchung ist ab 1. Februar möglich.

ZÄK-SH



Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.



Einladung

zum 18. Greifswalder Fachsymposium

der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

am 22.06.2013 von 9.00 bis 16.00 Uhr
im Vortragssaal des Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg Greifswald

mit Parallelseminar für ZFA - Praxismitarbeiterinnen

Thema:

„Aktuelle Trends in der zahnärztlichen Chirurgie und Oralmedizin“

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Sünzig

9.00 Uhr	Prof. Dr. Dr. Hans-Robert Metelmann (Greifswald) Eröffnung und Begrüßung
9.15 Uhr	Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald) Voraussetzungen für zahnärztlich-chirurgische Eingriffe: Hygiene- und Praxis- einrichtung
10.00 Uhr	Prof. Dr. Gerhard Wahl (Bonn) Zahnärztliche Chirurgie bei Risikopatienten
11.30 Uhr	Prof. Dr. Andrea-Maria Schmidt-Westhausen (Berlin) Mundschleimhauterkrankungen: Hamiles – unklar – bösartig
12.15 Uhr	Priv.-Doz. Dr. Yango Pohl (Bonn) Chirurgische Zahnerhaltung: immer noch indiziert?
12.45 Uhr	Priv.-Doz. Dr. Frank-Peter Strietzel (Berlin) Schonende Extraktionen und „socket preservation“
14.00 Uhr	Priv.-Doz. Dr. Stefan Högewald (Berlin) Anspruchsvolle Parodontalchirurgie in der täglichen Praxis
14.30 Uhr	OA Dr. Christian Lucas (Greifswald) Aktuelle Verfahren zur Blidgebung in der zahnärztlichen Chirurgie
15.00 Uhr	OA Dr. Dr. Stefan Kindler (Greifswald) Die operative Weisheitszahnentfernung – Aktuelles zur Indikation, Durchführung und zu Komplikationen
15.30 Uhr	Abschlussdiskussion

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, bitten wir um eine kurze Anmeldung per Fax oder Email
an Prof. Dr. Wolfgang Sünzig, Poliklinik für MKG-Chirurgie, Rotgerbenstr. 8, 17475
Greifswald, Tel.: 03834- 867168, Fax: 03834 - 867302, Email: w.suenzig@uni-greifswald.de.
Anmelde- und Überweisungsschluss: 12.05.2013!

Tagungsgebühr: Mitglieder der Gesellschaft: 70,00 €, Nichtmitglieder: 90,00 €, ZFA-
Praxismitarbeiterinnen 45,00 €

Zahlung an: Klinikum EMAU Greifswald, Sparkasse Vorpommern, BLZ: 150 505 00, Konto-Nr.:
230005454, Verwendungszweck: DS 10109000-Fachsymposium. **Die Anmeldung wird erst
nach Überweisung der Tagungsgebühr wirksam!**

Entfernung von Weisheitszähnen

Aktualisierung der Leitlinie

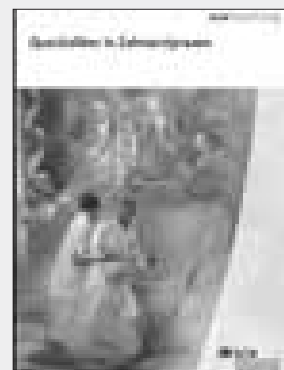
Die Leitlinie Operative Entfernung von Weisheitszähnen soll Zahnärzte und Zahnärzte für Oralchirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und Patienten in der differentialtherapeutischen Entscheidung zwischen dem Belassen und dem Entfernen von Weisheitszähnen unterstützen und diejenigen Patienten identifizieren helfen, die von einer Entfernung bzw. dem Belassen der Zähne wahrscheinlich einen Vorteil haben. Die Aktualisierung der Leitlinie wurde im Auftrag der DGZMK und des Zentrums Zahnärztliche Qualität (ZZQ) von Professor Dr. Dr. Martin Kunkel (Ruhr-Universität Bochum) durchgeführt und in strukturierten Konsensusverfahren mit Fachgesellschaften und Verbänden abgestimmt. Es stehen eine Kurz- und eine Langversion für Zahnärzte und eine Version für Patienten zur Verfügung. Download unter: www.zzq-berlin.de/leit.htm

zzq



Quecksilber in Praxen

Im zahnärztlichen Bereich kann es durch das Bearbeiten von Amalgamfüllungen zur Freisetzung von Quecksilber kommen. Die Broschüre „Quecksilber in Zahnarztpraxen“ (GP4) erläutert



mögliche Gefährdungen sowie sinnvolle Schutzmaßnahmen und enthält auch eine Betriebsanweisung für Tätigkeiten mit vordosierten Amalgamkapseln und Amalgamfüllungen. Sie wurde jetzt an aktuelle gesetzliche Bestimmungen angepasst.

Die neue Auflage kann unter www.bgw-online.de, Suche: GP4 heruntergeladen werden.

BGW

Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen

Punkte: 3

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
 Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.
Gebühr: 60 Euro für Zahnärzte, 30 Euro für Vorbereitungsassistenten und Mitarbeiter des Praxisteam.

Microsoft Outlook 2003

Inhalt: Basiswissen; Nachrichtenaustausch; Adressverwaltung; Termin- und Aufgabenverwaltung; Verwaltung und Organisation
Wann: 13. März, 16–19 Uhr, Schwerin

Zahnarztpraxis online

Inhalt: Grundlagen der Netzwerktechnik/Internet; Sicherheitsfragen bzw. -strategien; gängige Internetdienste sowie von KZV angebotene Dienste vorstellen (speziell Onlineabrechnung und BKV Download); alle notwendigen Schritte für die Onlineabrechnung; Vorstellung der Inhalte und mögliche Funktionen unter www.kzvmv.de
Wann: 10. April, 15–18 Uhr, Schwerin
Bei diesem Seminar wird den Teilnehmern kein PC zur Verfügung stehen.

E-Mail einfach online versenden

Inhalt: Elektronische Post – Was ist das?; E-Mail-Programme kennen lernen; Outlook Express benutzen (E-Mail-Konto einrichten – Meine erste Mail); Outlook Express anpassen (Ordner anlegen, Regeln für E-Mails aufstellen); Virenschutz Outlook Express
Wann: 15. Mai, 16–19 Uhr, Schwerin

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: 5. Juni, 16–19 Uhr, Schwerin

Tabellenkalkulation

Inhalt: Daten eingeben und bearbeiten; Formeln und Funktionen einfügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten mit Diagrammen
Wann: 12. Juni, 16–19 Uhr, Schwerin

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

ZE-Festzuschüssen

Punkte: 4

Referenten: Andrea Mauritz, Abt.-Itr. Kons./Chir. KZV M-V; Heidrun Göcks, Abt.-Itr. Prothetik KZV M-V; Susann Prochnow, Abteilung Kons./Chir. KZV M-V
Inhalt: Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH- und ZE-Leistungen
 gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; endodontische Behandlungsmaßnahmen – Wann bezahlt die Krankenkasse; Mehrkostenregelung in der Füllungstherapie; Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung; Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe; Besonderheiten bei Kassen- und Behandlerwechsel des Patienten; ZE-Festzuschüsse
Wann: 13. März, 15–19 Uhr, Schwerin;
 20. März, 15–19 Uhr, Neubrandenburg
Gebühr: 150 € für Zahnärzte, 75 € für Praxismitarbeiter und Vorbereitungsassistenten

KZV 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:

- Microsoft Outlook 2003 am 13. März, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Schulung am 13. März, 15 bis 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Schulung am 20. März, 15 bis 19 Uhr, Neubrandenburg
- Zahnarztpraxis online am 10. April, 15 bis 18 Uhr, Schwerin
- E-Mail einfach online versenden am 15. Mai, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Einrichtung einer Praxishomepage am 5. Juni, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation am 12. Juni, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Studiengang Kinderzahnheilkunde

Universität Greifswald eröffnet fünften Masterstudiengang

Die Universität Greifswald eröffnete in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) einen Masterstudiengang „Kinderzahnheilkunde“. Der berufsbegleitende Studiengang soll Zahnärzte künftig dazu befähigen, Kinder strukturierter und wissenschaftsbezogener zu behandeln, denn nur die Hälfte der kariösen Milchzähne in Deutschland ist gefüllt und damit gut versorgt. Professor Dr. Christian Splieth, Leiter der Präventiven Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde in Greifswald und damit auch des Studienganges, begrüßte am 18. Januar die ersten 14 postgradualen Masterstudierenden. Neben niedergelassenen Zahnärzten und Universitätsmitarbeitern aus ganz Deutschland sind auch sechs Kandidaten aus Jordanien, Aserbaidschan, Syrien, den Vereinigten Arabischen Emiraten und Griechenland darunter.

Über einen Zeitraum von zwei Jahren finden fast monatlich Wochenendseminare zu allen Fragen der Kinderzahnheilkunde statt. Themen wie Wachstum und Entwicklung, allgemeinmedizinische Erkrankungen, Kindesvernachlässigung, Verhaltensführung, Prävention und Therapie werden ausführlich behandelt. Die Studenten müssen dazu jeweils „Hausarbeitspakete“ vorbereiten.

„Es ist uns gelungen, mit über 25 deutschen und internationalen Referenten an 13 Standorten in ganz Deutschland ein ausgesprochen attraktives und modernes Programm zusammen zu stellen“, so Professor Dr. Ulrich Schiffner, Fortbildungsreferent der DGK. Abgeschlossen wird mit einer Masterarbeit. Der jährlich angebotene Studiengang erfreut sich großer Nachfrage, da schon jetzt ausreichend Bewerbungen für 2014 vorliegen. So wird wohl nicht nur die kinderzahnärztliche Versorgung in Deutschland, sondern auch international weiter verbessert werden können.

Weitere Informationen:

www.dental.uni-greifswald.de/master_kinder/

Ansprechpartner an der Universität Greifswald
Prof. Dr. Christian H. Splieth
splieth@uni-greifswald.de

Erster Jahrgang des Masterstudienganges Kinderzahnheilkunde der Uni Greifswald mit Prof. Christian Splieth und Kooperationspartnern der DGK (Präsident Prof. Christian Hirsch, Fortbildungsreferent Prof. Dr. Ulrich Schiffner)

Foto: ZZMK, Uni Greifswald



Radiografische Befunde bei Kronen

Studie zur Qualität festsitzender prothetischer Versorgungen

Ziel dieser Pilotstudie war es, die Qualität festsitzenden Zahnersatzes sowie den Zustand der dazugehörigen Pfeilerzähne in einer zufälligen Stichprobe digitaler Panoramaschichtaufnahmen zu bewerten. Radiografische Auffälligkeiten wurden bei 35,9 Prozent der 502 untersuchten festsitzenden Versorgungen und Pfeilerzähne festgestellt. Die häufigste radiografische Auffälligkeit war die marginale Diskrepanz. Wesentlich weniger häufig waren der Verdacht auf Karies und apikale Aufhellungen. Insbesondere festsitzende Versorgungen im Unterkiefer wiesen anhand der Röntgenaufnahme vermutete Mängel auf. Festsitzende Versorgungen im Molarenbereich waren signifikant häufiger mangelbehaftet als Zahnersatz in der Frontzahn- und Prämolarenregion.

1. Einleitung

Zahnhartsubstanzdefekte, die der Füllungstherapie Grenzen setzen, sowie Zahnverluste werden bei Erwachsenen überwiegend mit festsitzendem Zahnersatz therapiert. Bei den Senioren dominiert immer noch der herausnehmbare Zahnersatz, auch wenn ein Trend zu festsitzenden Therapiealternativen festzustellen ist. Die therapeutische Palette zum Ausgleich von Zahnverlusten wird durch implantatprothetische Versorgungen erweitert. Dieses Therapiekonzept hat allerdings auf der Populationsebene noch geringe Bedeutung (Micheelis & Schiffner, 2006; Walter et al., 1998). Festsitzender Zahnersatz gilt als prognostisch günstiges Therapiemittel (Creugers et al., 1994; Schnaidt et al., 2011; Scurria et al., 1998). Die häufigsten Ursachen, welche zum irreversiblen Funktionsverlust von festsitzendem Zahnersatz führen, sind Sekundärkaries und Retentionsverlust (De Backer et al., 2006; Libby et al., 1997). Komplikationen, welche nicht zwangsläufig zum irreversiblen Funktionsverlust festsitzenden Zahnersatzes führen, sind Vitalitätsverlust und Parodontitis apicalis (Randow et al., 1986; Libby et al., 1997). Die Ergebnisqualität festsitzender Restaurationen im deutschen Versorgungsalltag ist weitgehend unbekannt. Der Zugang zu nicht selektierten Patientenstichproben stellt das größte Problem bei der Erhebung der Daten dar. Ziel dieser Pilotstudie war die explorative Evaluation der Ergebnisqualität festsitzenden Zahnersatzes anhand digitaler Panoramaschichtaufnahmen.

2. Material und Methode

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden genehmigt (EK 270112008).

Auf digitalen Panoramaschichtaufnahmen dargestellte Einzelkronen und Brückenanker wurden radiografisch auf marginale Diskrepanzen, den Verdacht auf Karies am Kronenrand sowie apikale Aufhellungen hin überprüft. Die Panoramaschichtaufnahmen waren in der Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kiefer-

heilkunde am Universitätsklinikum Dresden mit dem ORTHOPHOS XG 5 (Sirona Dental Systems GmbH, Bensheim) aufgenommen und in der elektronischen Datenbank der Poliklinik gespeichert worden. Die Auswahl der Patienten für die Untersuchung erfolgte mittels Zufallsstichprobe. Als Einschlusskriterium war das Vorhandensein mindestens einer festsitzenden Versorgung auf der Panoramaschichtaufnahme definiert. Das Vorgehen bei der Datenerhebung ist zur Übersicht grafisch in Abbildung 1 dargestellt. Da jede prothetische Restauration, welche auf der Panoramaschichtaufnahme abgebildet war, bewertet werden sollte, wurden Aufnahmen, bei denen dies nicht möglich war, von der Datenerhebung ausgeschlossen. Die Fallzahlplanung erfolgte empirisch auf der Basis eines Prätests, da aufgrund des explorativen Charakters der Studie die Berechnung eines optimalen Stichprobenumfangs a priori nicht möglich war. Für die Untersuchungen wurde ein Mindeststichprobenumfang von $n = 500$ Versorgungen festgelegt. Eine Einsicht in die schriftliche Behandlungsdokumentation der Patienten erfolgte nicht. Die erhobenen Daten wurden mit der Software SPSS 18.0 für Windows (IBM SPSS Statistics, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) statistisch ausgewertet. Häufigkeitsunterschiede wurden mit dem χ^2 -Test analysiert, die Stärke von Zusammenhängen zwischen zwei Gruppen wurde mit dem Koeffizienten Cramérs V quantifiziert. Für alle statistischen Tests war die Irrtumswahrscheinlichkeit auf $\alpha = 0,05$ festgelegt worden.

3. Ergebnisse

381 Panoramaschichtaufnahmen wurden auf das Vorhandensein festsitzender Versorgungen hin überprüft, bis mindestens 500 Versorgungen für die Untersuchung zur Verfügung standen. Sechs Panoramaschichtaufnahmen waren nicht für eine Datenaufnahme geeignet, da bei mindestens einer prothetischen Restauration wegen ungünstiger Projektion und Überlagerung die Beurteilung des Kronenrandes oder des Alveolarknochens nicht möglich war. Die Stichprobe bestand schließlich aus $n_{FZE} = 502$ festsit-

zenden Versorgungen, welche auf insgesamt $n_{PSA} = 109$ Panoramaschichtaufnahmen abgebildet waren. Die Anzahl untersuchter festsitzender Versorgungen entsprach der Anzahl der prothetisch versorgten Zähne. Im Oberkiefer fanden sich 301 Versorgungen, im Unterkiefer 201 Versorgungen (60,0 Prozent bzw. 40,0 Prozent von $n_{FZE} = 502$). Das Untersuchungsgut setzte sich aus 207 Frontzähnen (41,2 Prozent von $n_{FZE} = 502$), 150 Prämolaren (29,9 Prozent von $n_{FZE} = 502$) sowie 145 Molaren (28,9 Prozent von $n_{FZE} = 502$) zusammen. Die Stichprobe umfasste 306 Einzelkronen und 196 Brückenanker (61,0 Prozent bzw. 39,0 % von $n_{FZE} = 502$). 67 „Patienten“ waren Frauen (61,5 Prozent von $n_{PSA} = 109$) und 42 waren Männer (39,5 Prozent von $n_{PSA} = 109$). Von $n_{FZE} = 502$ untersuchten Versorgungen entfielen 325 auf Frauen (64,7 Prozent von $n_{FZE} = 502$) und 177 auf Männer (35,3 Prozent von $n_{FZE} = 502$). Die Patienten waren zwischen 26 und 91 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 59 Jahre.

3.1. Auffällige und unauffällige Befunde

64,1 Prozent der Versorgungen und Pfeilerzähne wurden als radiografisch unauffällig, 35,9 Prozent als radiografisch auffällig eingestuft. Die häufigste Auffälligkeit war die marginale Diskrepanz. Weniger häufig waren der Verdacht auf Karies und apikale Aufhellungen. Abbildung 2 stellt die Verteilung der relativen Häufigkeiten der radiografischen Befunde dar. Insbesondere die festsitzenden Versorgungen im Unterkiefer wiesen radiografisch vermutete Mängel auf (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,24$). Festsitzende Versorgungen im Molarenbereich waren signifikant häufiger mangelbehaftet als Zahnersatz in der Frontzahn- oder Prämolarenregion (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,20$). Es war kein statistischer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit auffälliger Befunde und dem Geschlecht (χ^2 -Test, $p > 0,05$; Cramérs $V = 0,03$) sowie der Versorgungsart (χ^2 -Test, $p > 0,05$; Cramérs $V = 0,00$) nachzuweisen.

3.2. Marginale Diskrepanz

Bei 23,1 Prozent der Versorgungen wurden radiografisch vermutete Inkongruenzen zwischen Kronenrand und Präparationsgrenze erfasst (s. Abb. 3). Marginale Diskrepanzen wurden signifikant häufiger im Unterkiefer als im Oberkiefer festgestellt (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,18$). Im Vergleich zu Frontzähnen und Prämolaren wurden Molaren mit dem häufigeren Auftreten marginaler Diskrepanzen in Verbindung gebracht (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,24$). Die beobachteten Häufigkeitsunterschiede zwischen mesialen und distalen Zahnflächen sowie zwischen Einzelkronen und Brückenankern waren äußerst gering (χ^2 -Test, $p > 0,05$; Cramérs $V = 0,01$).

3.3. Verdacht auf Karies am Kronenrand

Bei 10,4 Prozent der Pfeilerzähne wurde Karies am Kronenrand anhand der Panoramaschichtaufnahme vermutet (s. Abb. 4). Bei Pfeilerzähnen des Unterkiefers lag der Verdacht auf Karies signifikant häufiger als im Oberkiefer vor (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,16$). Insbesondere bei festsitzenden Versorgungen, deren Kronenrand radiografisch als mangelbehaftet eingestuft wurde, waren auch an den Kronenrand angrenzende Aufhellungen am präparierten Zahn zu finden (χ^2 -Test; $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,29$). Tendenziell lag der Verdacht auf Karies bei prothetisch versorgten Molaren und Prämolaren häufiger als bei Frontzähnen vor. Dies erwies sich allerdings nicht als statistisch signifikant (χ^2 -Test, $p > 0,05$; Cramérs $V = 0,07$).

3.4. Apikale Aufhellungen

5,4 Prozent der Pfeilerzähne zeigten apikale Aufhellungen (s. Abb. 5). Zum Zeitpunkt der Untersuchung wiesen 18,9 Prozent der untersuchten Pfeilerzähne eine radiografisch erkennbare Wurzelfüllung auf. Apikale Aufhellungen fanden sich signifikant häufiger bei Zähnen mit erkennbarer Wurzelkanalfüllung (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,22$). Eine apikale Aufhellung wurde auffallend häufig bei Pfeilerzähnen des Unterkiefers erfasst (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,15$). Molaren waren in größerem Ausmaß als Prämolaren oder Frontzähne betroffen (χ^2 -Test, $p < 0,05$; Cramérs $V = 0,13$).

4. Diskussion

Die Ergebnisqualität festsitzender prothetischer Versorgungen wird sowohl wegen der diagnostischen Einschränkungen als auch wegen der vermeidbaren Strahlenbelastung selten radiografisch beurteilt. Die Beurteilung festsitzenden Zahnersatzes anhand bereits vorhandener Röntgenaufnahmen bietet jedoch die Möglichkeit, große Patientenstichproben mit geringem logistischen und finanziellen Aufwand zu analysieren. Zahnfilme werden aufgrund der hohen Auflösung gezielt zur radiografischen Darstellung bereits verdächtiger Strukturen angewandt (Molander et al., 1995; Valachovic et al., 1986). Um eine Selektion zugunsten auffälliger Befunde zu vermeiden, wurde die Panoramaschichtaufnahme, welche vor allem als Übersichtsaufnahme angefertigt wird (Düker, 2000; Rushton & Horner, 1996), als alleiniges Untersuchungsmaterial gewählt. Die Anzahl auffälliger Befunde ist daher vermutlich eher unter- als überschätzt worden.

Die Passgenauigkeit festsitzender prothetischer Versorgungen wird vornehmlich visuell-taktil beurteilt. Dennoch kann die radiografische Darstellung des klinisch oft schwer beurteilbaren Approximalbereiches weitere diagnostische Informationen liefern (Brunsvold & Lane, 1990; Erpenstein et al., 1992;

Fischer, 1949). Die Sensitivität des Verfahrens steigt mit zunehmender marginaler Diskrepanz (Weyns & De Boever, 1984). Ausgedehnte kariöse Läsionen im Approximalbereich werden auf der PSA dargestellt (Ahlqwist et al. 1986; Hurlburt & Wuehrmann, 1972; Murray & White, 2002; Rushton & Horner, 1996). Die Genauigkeit der Panoramachichtaufnahme ist jedoch zum Auffinden initial kariöser Läsionen unzureichend (Balis, 1981; Molander et al., 1995). Die Sensitivität des Verfahrens hängt von der Lokalisation der Zähne ab. Am größten ist der Anteil der richtig-positiv beurteilten kariösen Läsionen in der Molarenregion (Douglass et al., 1986; Hurlburt & Wuehrmann, 1972; Valachovic et al., 1986). Man kann davon ausgehen, dass ausgedehnte kariöse Läsionen auch bei prothetisch versorgten Zähnen als radiografische Transluzenzen zu erkennen sind (Teiser, 2009). Die Panoramachichtaufnahme ist eingeschränkt zur Diagnose apikaler Aufhellungen geeignet (Ahlqwist et al., 1986; Balis, 1981; Rohlin et al., 1989; Weiland & Eckelt, 2002). Ein erweiterter Parodontalspalt ist auf der Panoramachichtaufnahme weniger deutlich als auf dem Zahnfilm zu erkennen (Rohlin et al., 1991; Huuononen, 2008). Bezüglich periapikaler Läsionen liegen die diagnostischen Schwächen der Panoramachichtaufnahme in der Frontzahnregion (Molander et al., 1995; Rushton & Horner, 1996).

Zusammenfassend kann nach den Erkenntnissen dieser Studie die Panoramachichtaufnahme zur Beurteilung der Qualität von feststehendem Zahnersatz im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung als geeignet angesehen werden.

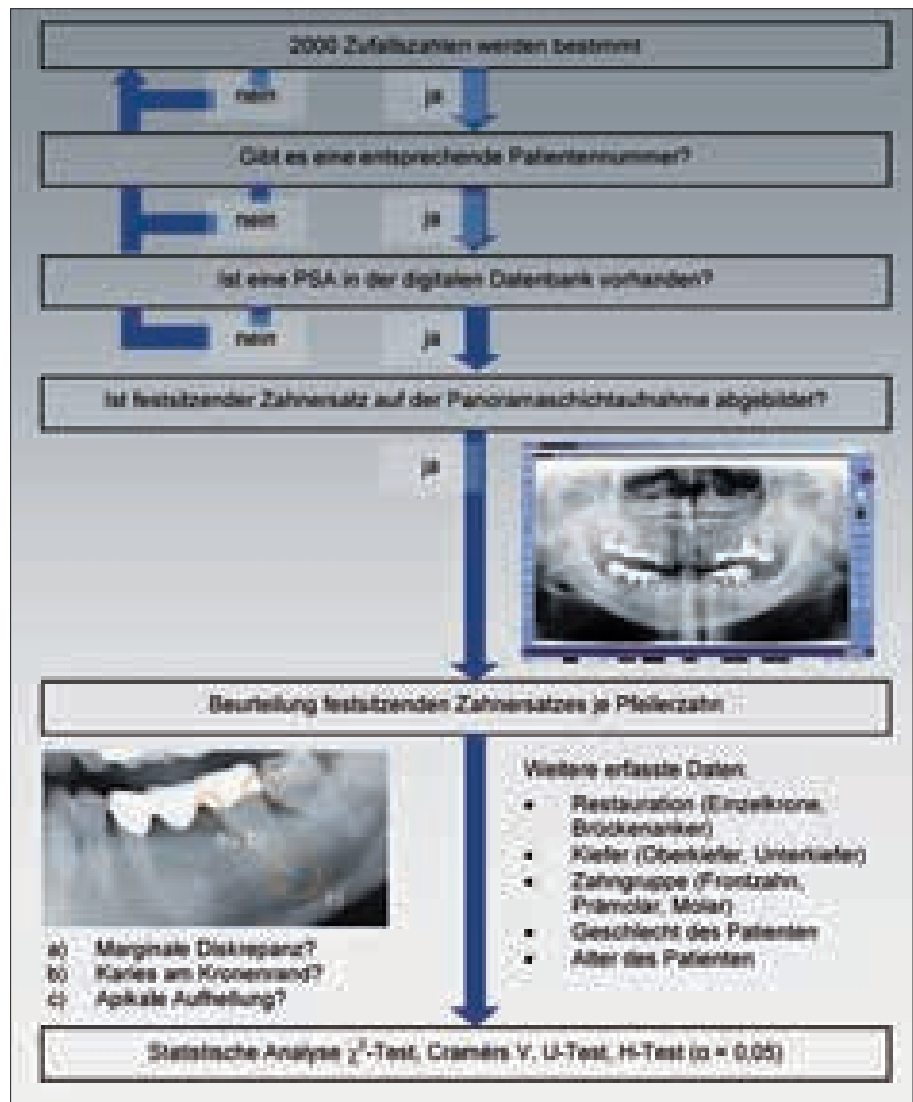


Abb. 1 – Ablauf der Datenerhebung und Datenverarbeitung

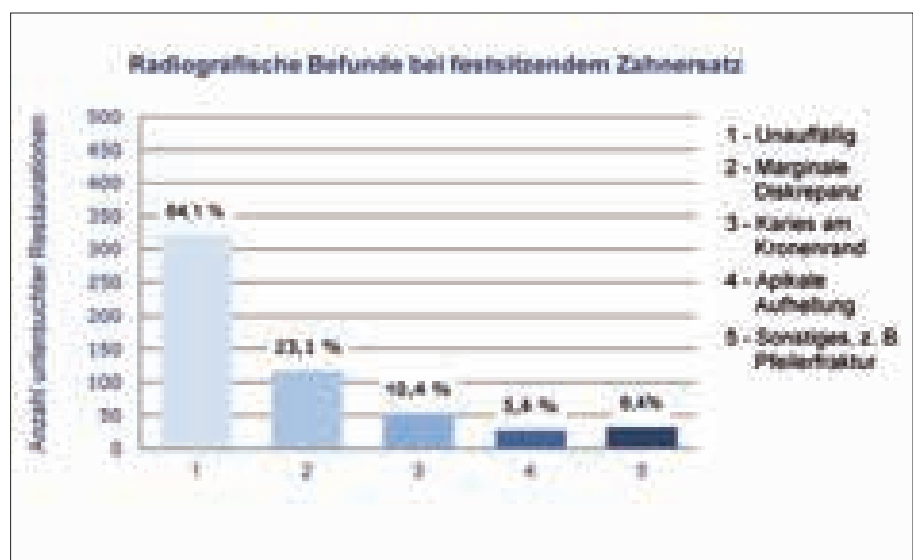


Abb. 2: Relative Häufigkeiten der radiografischen Befunde bei Einzelkronen und Brückenankern ($n_{FZE} = 502$) anhand digitaler Panoramachichtaufnahmen ($n_{PSA} = 109$); Mehrfachnennungen sind möglich.

4.1. Auffällige und unauffällige Befunde

Die relative Häufigkeit auffälliger Befunde war ungleich zwischen Ober- und Unterkiefer verteilt. Die sachliche Begründung dieses Befundes ist schwer möglich. Einige Autoren weisen jedoch auf ein möglicherweise erhöhtes Verlustrisiko im Unterkiefer eingegliederteter Versorgung hin (Kerschbaum et al., 1991; Palmqvist & Söderfeldt, 1994). Bemerkenswert war das gehäufte Auftreten radiografisch auffälliger Befunde im Seitenzahnbereich. Sicher haben die diagnostischen Schwächen der Panoramaschichtaufnahme bezüglich der Frontzahnregion beider Kiefer (Douglass et al., 1986; Valachovic et al., 1986) die Ergebnisse zugunsten der Frontzähne beeinflusst. Es war kein statistischer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit auffälliger Befunde und dem Geschlecht nachweisbar. Die Autoren einer retrospektiven Untersuchung von feststehendem Zahnersatz wiesen ebenfalls darauf hin, dass das Geschlecht der Patienten keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das Auftreten irreversibler Komplikationen zu haben scheint (De Backer et al., 2007). Ebenso wurde keine Assoziation zwischen der Häufigkeit auffälliger Befunde und einer bestimmten Versorgungsart nachgewiesen. Es finden sich wenige Studien, die Hinweise auf die klinische Bewährung von Einzelkronen im Vergleich zu Brückenankern liefern. In einer der wenigen Veröffentlichungen dieser Art fielen die Ergebnisse entgegen den Erwartungen der Autoren zugunsten der Brückenanker aus. Man vermutete, dass dies in einer erhöhten Risikobereitschaft bei der Planung von Einzelkronen gegenüber Brücken begründet sei (De Backer et al., 2007).

4.2. Marginale Diskrepanz

Das Verhältnis zwischen Präparationsgrenze und Kronenrand stellte sich bei 76,9 Prozent der Versorgung als radiografisch unauffällig dar. GUSTAVSEN und SILNESS konstatierten 1982/83 bei der radiografischen Beurteilung der Passgenauigkeit festsitzender Versorgung bei 59 Prozent der untersuchten Einzelkronen und bei 63 Prozent der Brückenanker akzeptable Verhältnisse im Bereich der Kronenränder (Gustavsen & Silness, 1985). KATSAMAKIS et al. bewerteten die Randschlussgenauigkeit post-endodontischer Versorgung anhand intraoraler Zahnfilme. 5 Prozent der mesialen und 10 Prozent der distalen Kronenränder wiesen Passungenauigkeiten von mehr als 0,5 mm auf (Katsamakidis et al., 2009). Werden marginale Diskrepanzen mittels Dünnschliffpräparaten untersucht, ist der relative Anteil ungenügend adaptierter Kronenränder um ein Vielfaches größer (Donath & Roth, 1987; Müller & Pröschel, 1994). Marginale Diskrepanzen wurden im Molarenbereich wesentlich häufiger erfasst als bei Frontzähnen oder Prämolaren.

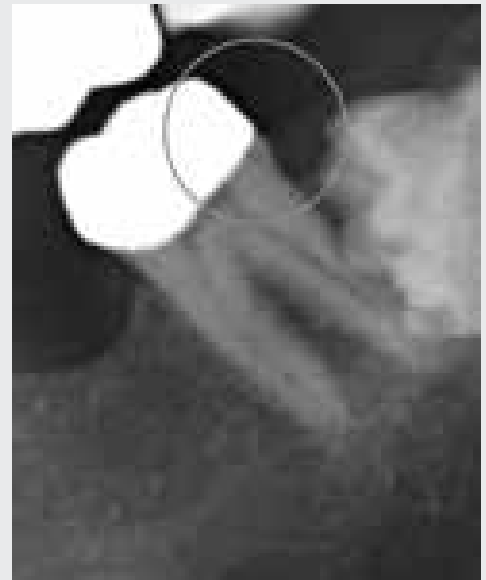


Abb. 3 – Mögliche Inkongruenz zwischen Präparationsgrenze und Kronenrand distal an 37 (Marginale Diskrepanz)



Abb. 4 – Verdacht auf Karies am Kronenrand distal an 46

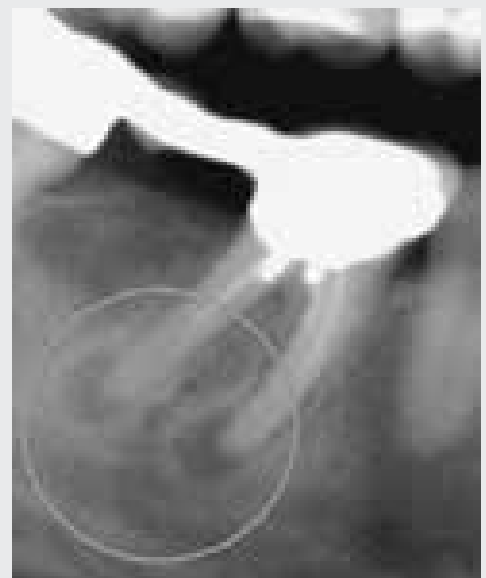


Abb. 5 – Apikale Aufhellungen an Zahn 36 mesial und distal

Womöglich sind die diffizilen Bedingungen bei Präparation und Abformung im Seitenzahnbereich eine Ursache für die signifikant schlechteren Resultate der Molaren (Gouentenoudis, 2002). Des Weiteren sind Frontzähne in der Panoramaschichtaufnahme häufig schlechter als Seitenzähne dargestellt und weniger sicher zu beurteilen (Douglass et al., 1986; Valachovic et al., 1986).

4.3. Verdacht auf Karies am Kronenrand

Bei 10,4 Prozent der untersuchten Pfeilerzähne wurde Karies am Kronenrand anhand der Panoramaschichtaufnahme vermutet. Die (Sekundär-)Karieshäufigkeit bei festsitzendem Zahnersatz wurde in einer Vielzahl klinischer Langzeitstudien ermittelt. Fünf Jahre nach der Eingliederung wurde in 1,8 Prozent bis 5,0 Prozent der Fälle klinisch und radiografisch die Diagnose Sekundärkaries gestellt (Kerschbaum & Voß 1977; Sailer et al., 2007). Nach 9 Jahren diagnostizierte man bei 6,9 Prozent der Pfeilerzähne sekundärkariöse Läsionen (Schlösser et al., 1993), nach 10 Jahren bei 8 Prozent bis 10 Prozent (Valderhaug, 1980; Valderhaug et al., 1993; Walton, 1999) und nach 15 Jahren bei 12,0 Prozent der Zähne (Valderhaug et al., 1993). Diese Zahlen sind mit den eigenen Ergebnissen vergleichbar. TEISER erfasste in seiner retrospektiven Studie die Häufigkeit von Sekundärkaries bei prothetisch versorgten Zähnen anhand konventioneller Panoramaschichtaufnahmen. Übereinstimmend mit den eigenen Ergebnissen bemerkt TEISER, dass Molaren und Prämolaren deutlich häufiger als Frontzähne betroffen waren. Allerdings diagnostizierte er Sekundärkaries häufiger bei Zähnen des Oberkiefers (Teiser, 2009). Klinische Erfahrungen und die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen weisen auf bestimmte Zahngruppen und Prädilektionsstellen hin, welche bevorzugt von Karies befallen werden (Sheiham & Sabbah, 2010). Allerdings ist dieses Wissen nicht ohne Weiteres auf prothetisch versorgte Zähne übertragbar, da die regelrecht ausgeführte Krone die typischen Prädilektionsstellen schützt.

Das häufigere Auftreten kariöser Läsionen im Bereich ungenügend adaptierter Kronenränder wurde vielfach theoretisch begründet (Block, 1987; Buchmann et al., 1992; Geurtsen, 1990; Rehberg, 1971). Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein marginaler Diskrepanzen und dem Auftreten radiografischer Aufhellungen im Kronenrandbereich erkennen. Obwohl eine Beziehung zwischen unzureichender marginaler Adaptation und sekundärkariösen Läsionen besteht (Karlsson, 1986; Zoellner et al., 2002), ist ein absteigender Kronenrand nicht zwangsläufig mit der Entwicklung von Sekundärkaries verbunden.

4.4. Apikale Aufhellungen

In dieser Untersuchung wurden apikale Aufhellungen bei 5,4 Prozent der untersuchten Zahnstümpfe anhand der Panoramaschichtaufnahme vermutet. Diese Zahl ist vergleichbar mit den Ergebnissen klinischer Studien, in denen radiografisch bei 2,5 Prozent der überkronten Zähne 5 Jahre nach Zementierung der Restauration apikale Aufhellungen festgestellt wurden, nach 10 Jahren bei 4,0 Prozent der präparierten Zähne (Kerschbaum & Voß, 1981) und nach 25 Jahren bei 4,3 Prozent (Valderhaug et al., 1997). KARLSSON konstatierte bei der klinischen Nachuntersuchung von 944 festsitzenden Versorgungen nach 10-jähriger Tragedauer bei 13 Prozent der beschliffenen Zähne unbehandelte apikale Läsionen (Karlsson, 1986). Diese apikalen Aufhellungen waren doppelt so häufig bei endodontisch bereits behandelten Zähnen zu finden. Dies wurde ebenfalls in epidemiologischen Untersuchungen beschrieben (Eriksen et al., 2002). Apikale Läsionen sind auch nach erfolgreicher Wurzelkanalbehandlung radiografisch noch mindestens 2 Monate und gelegentlich noch 4 bis 5 Jahre nachweisbar (Byström et al., 1987; European Society of Endodontology, 2006; Ørstavik, 1996). Dies könnte bei einem Teil der erhobenen Befunde durchaus zutreffen. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass diese Zähne als endodontischer Misserfolg eingestuft werden müssen. Trotz möglicher Erfolgsquoten primärer endodontischer Behandlungen von 73 bis 91 Prozent (Friedman, 2002), sind im klinischen Versorgungsalltag mehr als die Hälfte wurzelkanalbehandelter Zähne mit apikalen Aufhellungen assoziiert (Hülsmann et al., 1991; Kirkevang et al., 2001; Weiger et al., 1997).

Am häufigsten waren apikale Aufhellungen bei endodontisch behandelten Molaren zu finden. Die Erfolgsaussichten endodontischer Behandlungen scheinen bei mehrwurzligen Zähnen geringer als bei einwurzligen Zähnen zu sein (Cheung, 2002; Marquis et al., 2006; Ng et al., 2010). VALDERHAUG et al. beschreiben diesen Zusammenhang zwischen der Pfeilertopografie und dem Auftreten apikaler Aufhellungen ebenfalls (Valderhaug et al., 1997). Bedenkt man den erhöhten Schwierigkeitsgrad und finanziellen Aufwand (erneuter) endodontischer Behandlungen bei prothetisch bereits versorgten Zähnen (Tulus, 2004) sowie die Tatsache, dass von vielen Patienten bereits der klinisch asymptotische Zahn als erfolgreiche Therapie betrachtet und eine weitere Behandlung abgelehnt wird (Friedman, 2002; Friedman & Mor, 2004), ist der Anteil radiografisch vermuteter apikaler Aufhellungen als überraschend gering einzustufen.

5. Schlussfolgerungen

Die gewählten Parameter zur Beurteilung der Ergebnisqualität feststehenden Zahnersatzes erwiesen sich als geeignet, um den Zustand der untersuchten Versorgungen zu beschreiben. Die Datenerhebung anhand digitaler Panoramaschichtaufnahmen stellt ein Novum dar und ist deshalb nur eingeschränkt mit bisherigen Untersuchungen vergleichbar. Der Anteil bemängelter Restaurationen scheint zunächst hoch. Methodenimmanent waren jedoch weder das Alter der untersuchten Versorgungen, noch die aus dem klinischen Befund resultierende Therapie bekannt. Ein einfaches Übertragen in die Klinik und ein Vergleich mit klinisch erhobenen Daten sind allein aufgrund des methodischen Unterschiedes nicht ohne Weiteres zulässig. Ob eine klinische Untersuchung in der gleichen Population die Ergebnisse bestätigt hätte, bleibt Spekulation. Statistisch ermittelte Zusammenhänge zwischen bestimmten Parametern (z. B. Zahngruppen) und dem Auftreten radiografisch auffälliger Befunde wurden nicht als Risikofaktoren bestätigt, da das gewählte Studiendesign nicht geeignet war, kausale Zusammenhänge aufzudecken. Allerdings sollten sie als wertvoller Ausgangspunkt für weitere

wissenschaftliche Aktivitäten interpretiert werden. Die ermittelte Zahl an Auffälligkeiten in einer zufällig gewählten Stichprobe von Panoramaschichtaufnahmen zeigt eindrucksvoll, dass gute und gründliche bildgebende Diagnostik eine wertvolle Unterstützung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist.

Dr. med. dent. Annemarie Michel
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde,
Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. med. dent. Michael Rädcl
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Prof. Dr. med. dent. Michael Walter
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden

*Mit freundlicher Genehmigung aus
Zahnärzteblatt Sachsen*

Literaturliste liegt in Red. vor

Konkurrenzschutz durch Vermieter

Schutzklausel ausdrücklich in den Mietvertrag

Es liegt auf der Hand, dass ein Zahnarzt ein Interesse daran hat, dass sich im gleichen Haus sowie in unmittelbarer Nähe kein anderer Zahnarzt niederlässt und ihm dann Konkurrenz macht. Sofern die Praxisräume gemietet sind, sollte der Zahnarzt deshalb vom Vermieter verlangen, dass in anderen

Räumen des Hauses sowie auf unmittelbar angrenzenden Grundstücken des Vermieters kein anderer Zahnarzt zugelassen wird.

Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes (BGH) gibt es sogar einen vertragsimmanenten Konkurrenzschutz, d. h. der Vermieter soll auch ohne eine ausdrückliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet sein, eine solche Konkurrenz zu verhindern. Allerdings sollte sicherheitshalber eine präzise gefasste Konkurrenzschutzklausel ausdrücklich in den Mietvertrag aufgenommen werden, um dem Vermieter jede Argumentationsmöglichkeit abzuschneiden (z. B. es sei mündlich etwas anderes vereinbart worden oder der Konkurrenzschutz beziehe sich nicht auf alle nahe gelegenen Gebäude des Vermieters).

Lange Zeit war nicht eindeutig, welche Folgen ein Verstoß des Vermieters gegen eine Konkurrenzschutzklausel hat. Jetzt hat der BGH insofern Klarheit geschaffen (Urteil vom 10. Oktober 2012, Az. XII ZR 117/10). Ein solcher Verstoß stellt einen Mangel der Mietsache dar, der eine Mietminderung begründen

kann, wenn durch den Mangel der vertragsgemäße Gebrauch der Mietsache mehr als nur unerheblich beeinträchtigt wird.

Es bleiben zwei Probleme: Zunächst muss der mietende Zahnarzt begründen, dass eine solche Gebrauchsbeeinträchtigung vorliegt und er muss den ihm entstehenden Schaden beziffern. Dies ist meist nicht einfach, deshalb sollte eine Vertragsstrafe für den Fall eines Verstoßes gegen die Konkurrenzschutzklausel vereinbart werden. Zum anderen muss der Zahnarzt bei der Vornahme der Mietminderung aufpassen: Wenn er einfach die Mietzahlung kürzt, muss er eine fristlose Kündigung des Vermieters befürchten, sobald die einbehaltene Summe zwei Monatsmieten übersteigt (vgl. § 543 (2) Nr. 3b BGB). Stellt sich dann im Gerichtsverfahren heraus,

dass die Mietminderung unberechtigt oder überhöht war, greift die fristlose Kündigung (vgl. BGH-Urteil vom 11. Juli 2012, Az. VIII ZR 138/11). Deshalb sollte eine Mietminderung immer dadurch vorgenommen werden, dass die Miete weiter in vollem Umfang gezahlt wird, jedoch ausdrücklich auf jeder Überweisung vermerkt wird, dass wegen einer Mietminderung ein genau bezifferter Betrag unter Vorbehalt gezahlt wird. Dann verlangt der Zahnarzt die Rückzahlung der unter Vorbehalt geleisteten Zahlungen und erhebt ggf. Klage. Wenn sich in dem Prozess herausstellt, dass seine Mietminderung unberechtigt war, verliert er zwar diesen Prozess, nicht aber seine Praxisräume.

Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

Kündigung von Arbeitsverhältnissen

Mündliche Kündigungserklärungen nicht wirksam

Manchmal ist es unumgänglich, sich von einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter zu trennen. Der eleganteste Weg wäre eine einvernehmliche Regelung, in der sich beide Vertragsparteien bereit erklären, das Arbeitsverhältnis zu einem bestimmten Zeitpunkt zu beenden. Eine einvernehmliche Vertragsbeendigung könnte zu jedem Zeitpunkt erfolgen. Kündigungsfristen gelten in diesen Fällen nicht. Aus nachvollziehbaren Erwägungen, auch um Nachteile beim Bezug von Arbeitslosengeld zu vermeiden, sind Arbeitnehmer jedoch selten bereit, einer einvernehmlichen, gar fristlosen Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses zuzustimmen. Dann kann der Praxisinhaber das Arbeitsverhältnis nur durch eine Kündigung beenden. Anders als ein einvernehmlicher Aufhebungsvertrag ist eine Kündigung eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die nicht der Annahme durch den Gekündigten bedarf. Gemäß § 623 des Bürgerlichen Gesetzbuches bedürfen Kündigungen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Die Kündigung kann sowohl vom Arbeitnehmer als auch vom Arbeitgeber nur dann rechtswirksam erklärt werden, wenn sie schriftlich abgefasst und vom Erklärenden eigenhändig unterzeichnet wurde. Ist die Mitarbeiterin bei mehreren Zahnärzten, z. B. in einer Praxismgemeinschaft oder in einer Gemeinschaftspraxis beschäftigt, empfiehlt sich insbesondere bei unklaren Vertretungsverhältnissen, dass das Kündigungsschreiben von allen Gesellschaftern unterzeichnet wird. Der Ausspruch einer Kündigung per Telefax ist nicht möglich, da das Telefax nur eine Wiedergabe der Unterschrift enthält. Mündliche Kündigungserklärungen führen ebenfalls nicht zu einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses, und zwar unabhängig

davon, ob der Arbeitgeber oder der/die Mitarbeiter/-in die „Kündigung“ erklärt. Selbst die Äußerung einer Mitarbeiterin, sie habe keine Lust mehr, und ihr anschließendes Verlassen des Arbeitsplatzes führen nicht zu einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Liegt es also im Interesse des Arbeitgebers, die Mitarbeiterin aufgrund einer derartigen Arbeitsverweigerung nicht weiter zu beschäftigen, sollte er seinerseits eine schriftliche Kündigung des Arbeitsverhältnisses aussprechen.

Es ist darauf zu achten, dass der Kündigende den Zugang der schriftlichen Kündigungserklärung nachweisen kann. Empfohlen wird daher, sich den Empfang der schriftlichen Kündigungserklärung z. B. auf einer Kopie des Kündigungsschreibens quittieren zu lassen oder das Kündigungsschreiben per Einschreiben/Rückschein zu versenden. Verweigert der Arbeitnehmer allerdings die Annahme des Einschreibens, ist die Kündigung nicht zugegangen.

Die Kündigungsbeschränkungen des Kündigungsschutzgesetzes sind bei Praxen, in denen in der Regel nicht mehr als zehn Mitarbeiter beschäftigt werden, nicht zu beachten. Besonderer Kündigungsschutz besteht aber für Schwerbehinderte und Schwangere. Die schriftliche Kündigung muss auch nicht begründet werden. Nach § 2 Abs. 2 Nr. 3 SGB III sollen Arbeitgeber Arbeitnehmer über ihre Verpflichtung zur Meldung bei der Agentur für Arbeit informieren. Es empfiehlt sich daher, folgende Formulierung in die Kündigung aufzunehmen: „Ich empfehle Ihnen, sich unverzüglich bei der Agentur für Arbeit als arbeitssuchend zu melden, um Nachteile beim Sozialleistungsbezug zu vermeiden“.

Eine außerordentliche Kündigung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist ist nach dem Gesetz nur möglich, wenn es dem Kündigenden aufgrund eines wichtigen Grundes unzumutbar ist, das Arbeitsverhältnis bis zum Ablauf der Kündigungsfrist fortzusetzen. Wird die Kündigung wegen eines vertragswidrigen Verhaltens des Arbeitnehmers ausgesprochen, ist es zur Wirksamkeit der Kündigung in der Regel erforderlich, dass er zuvor bereits wegen eines anderen, gleich gelagerten Vorfalls abgemahnt wurde. Beispiele für gerechtfertigte außerordentliche Kündigungen sind:

- sexuelle Belästigung,
- Tötlichkeiten,
- Mobbing anderer Kollegen,
- Verstoß gegen die Schweigepflicht,
- dauernde unberechtigte Arbeitsverweigerung.

Außerdienstliches Verhalten, das ohne Einfluss auf das Arbeitsverhältnis bleibt, sowie die Schließung der Praxis stellen keine Gründe dar, ein Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist auflösen zu können. Zu beachten ist, dass die außerordentliche Kündigung innerhalb von zwei Wochen ausgesprochen werden muss, nachdem der Arbeitgeber von den die Kündigung rechtfertigenden Umständen Kenntnis erlangt hat.

Ob auch die Gerichte in einem Kündigungsschutzprozess eine außerordentliche Kündigung als gerechtfertigt ansehen, ist oft ungewiss. Es empfiehlt sich daher, zugleich mit der außerordentlichen Kündigung hilfsweise eine fristgemäße ordentliche Kündigung auszusprechen.

Rechtsanwalt Peter Ihle
Hauptgeschäftsführer ZÄK M-V

Wegweiser im Sterbefall

Bestattung, Behördengänge, Vorsorge / Von Dr. Rolf Lichtner

Nach dem Tod eines Menschen stellen sich den Hinterbliebenen eine Fülle von organisatorischen und rechtlichen Fragen, bei deren Beantwortung dieser aktuelle Ratgeber praxisbezogene Hilfestellung leistet.

Die Broschüre erläutert die wichtigen Fragen zur Regelung der Bestattung und informiert über die Vorbereitung des letzten Weges. Darüber hinaus gibt das Werk grundlegende Informationen zum Erbrecht. Die Erläuterungen werden durch Checklisten und Hinweise verdeutlicht und geben einen umfassenden Überblick.

Die Broschüre enthält folgende Schwerpunkte: Überblick über die verschiedenen Bestattungsarten; Ablauf und Kosten der Bestattung; notwendige Dokumente, Formalitäten und Behördengänge für die Bestattung; Bestattungsvorsorge zu Lebzeiten.

Herausgeber der Broschüre ist der Bundesverband Deutscher Bestatter e. V., der rund 80 Prozent der Bestattungsinstitute in Deutschland organisiert. Autor ist Dr. Rolf Lichtner, Generalsekretär des Bundesverbandes Deutscher Bestatter e. V. und Geschäftsführer der angeschlossenen Organisationen Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes GmbH, BEFA Messegesellschaft mbH, Deutsches Institut für Thanatopraxie GmbH, memoriam.de GmbH, Kuratorium Deutsche Bestattungskultur GmbH/e. V. und Deutsche Bestattungsvorsorge Treuhand AG.

Die Broschüre wendet sich an Angehörige und Hinterbliebene bei einem Trauerfall sowie an soziale Beratungsstellen und Einrichtungen. **Verlagsangaben**



Bundesverband Deutscher Bestatter e. V. (Hrsg.); Verlag C.H. Beck; 48 Seiten; geheftet; 4,40 Euro; ISBN 978-3-406-63238-9

Kariesprophylaxe

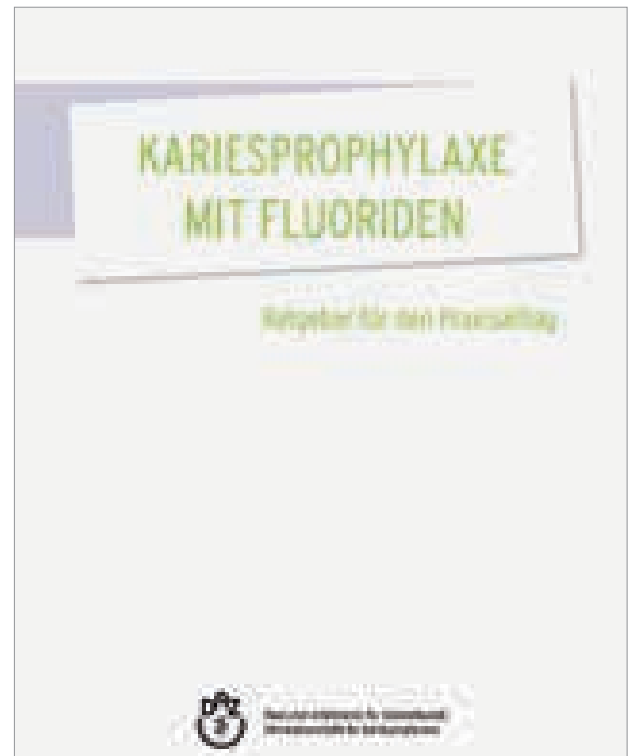
Neuer Ratgeber für Praxisalltag

Eine neue Broschüre „Ratgeber für den Praxisalltag: Kariesprophylaxe mit Fluoriden“ fasst für zahnmedizinische und ernährungswissenschaftliche Fachkreise Informationen zur wirksamen Kariesprophylaxe zusammen.

Die 16-seitige A4-Broschüre der Informationsstelle für Kariesprophylaxe kann telefonisch (069-24 70 68 22) oder per E-Mail (daz@kariesvorbeugung.de) bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe angefordert werden.

Im Internet steht die Broschüre auch unter www.kariesvorbeugung.de zum Download bereit. Die Website präsentiert darüber hinaus weitere Broschüren und Plakate für die Patientenaufklärung in deutscher und türkischer Sprache. Alle Materialien sind in begrenzter Stückzahl kostenlos erhältlich.

IFK



22. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

64. Jahrestagung

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

6. - 7. September 2013 in Warnemünde

21. Fortbildungstagung

für Zahnärztinnen/-innen und Zahnmedizinische Fachangestellte

7. September 2013 in Warnemünde

Themen
1. Ästhetische Zahnmedizin
2. Professionspolitik

Professionspolitische Leitung
Prof. Dr. Dietmar Oestreich

Wissenschaftliche Leitung
OA Dr. Tordis Mundt

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im März und April vollenden

das 75. Lebensjahr

Zahnarzt Peter Köhler (Woldegk)
am 2. Februar,

das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Helga Voglau (Raben Steinfeld)
am 9. März,
Zahnärztin Barbara Gardebrecht (Wolgast)
am 10. März,
Dr. Werner Bansemir (Jarmen)
am 16. März,
Zahnarzt Jürgen Groth (Kaarßen)
am 16. März,
Dr. Winfried Weißenberg (Rerik)
am 22. März,

das 65. Lebensjahr

Dr. Petra Ertel (Saßnitz)
am 11. März,

Dr. Regina Munkelt (Blankensee)
am 22. März,

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Monika Wiesner (Greifswald)
am 16. März,
Zahnärztin Christel Soltner (Mirow)
am 21. März,
Zahnärztin Rosemarie Möller (Hagenow)
am 22. März,

das 50. Lebensjahr

Zahnarzt Mirko Schafrik (Wismar)
am 14. März,
Dr. Katrin Rummel (Damshagen)
am 19. März,
Zahnarzt Ralf-Torsten Scheel (Teterow)
am 2. April und
Dr. Jens-Wolfgang Greve (Wismar) am 7. April

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

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

ANZEIGEN

Wir trauern um

Dr. Joachim Völkel,
Schwerin

geb. 22. Juli 1934
gest. 17. Februar 2013

Wir werden ihm ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern