

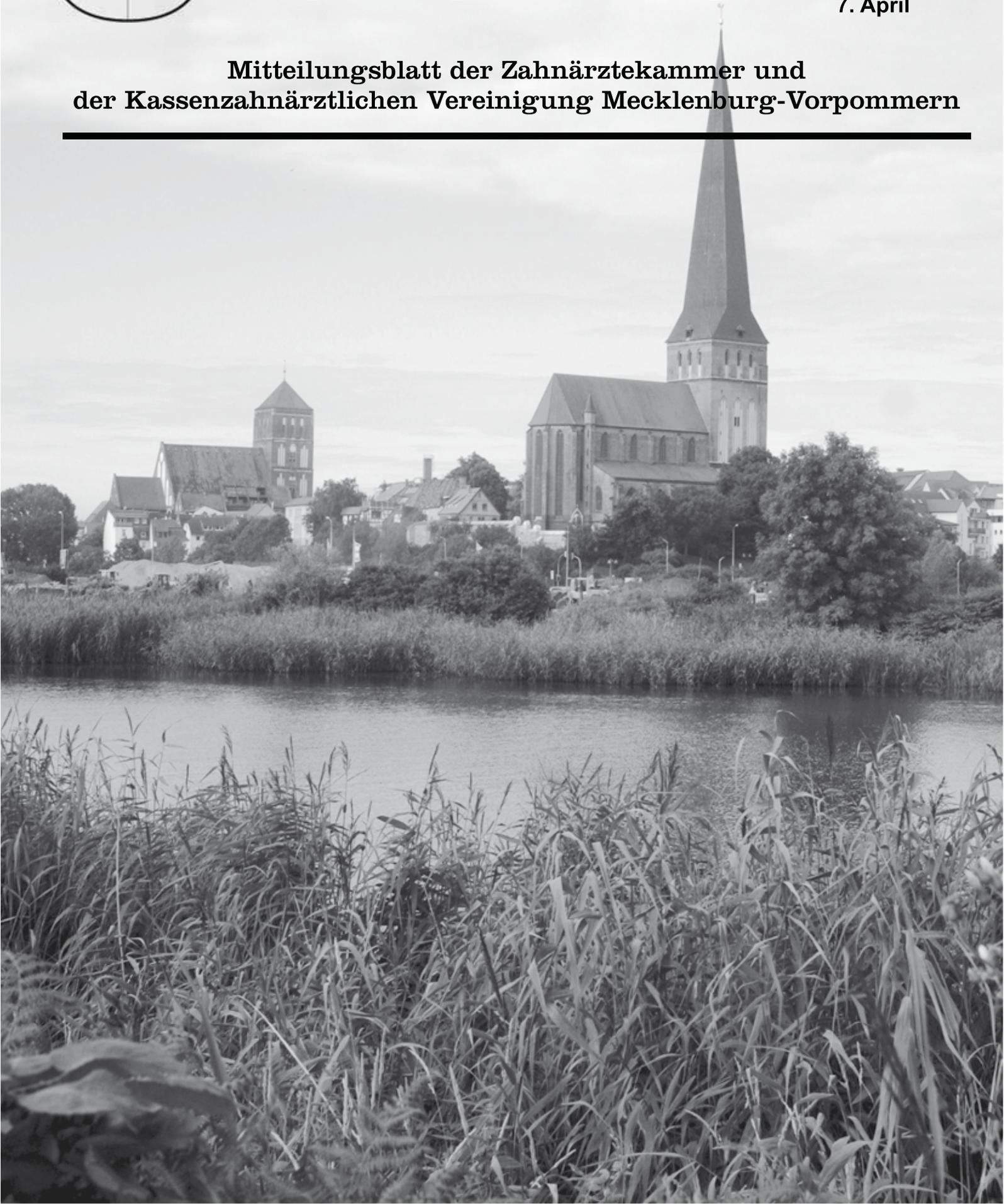


dens

4
2008

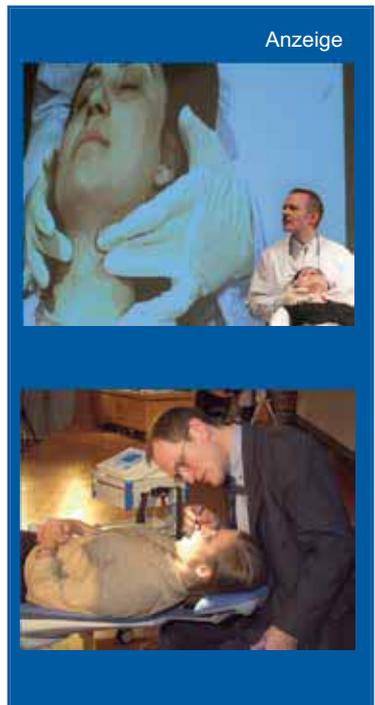
7. April

**Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**



26. Symposium Funktion

Samstag | 28.06.2008 | Rostock-Warnemünde



Anzeige

Strukturierte Funktionsdiagnostik- ein diagnosespezifisches Konzept

**9.00 Uhr Statement und Status
CMD - Screening in der zahnärztlichen
Erstuntersuchung**
_ welcher Patient braucht funktionsanalytische
Leistungen- welcher nicht?

Klinische Funktionsanalyse
_ effektives Vorgehen bei der Anamnese,
Befunderhebung und Dokumentation
_ systematische Auswertung : Therapiespezifische
Initialdiagnosen als Grundlage der Indikation
weiterer Maßnahmen

Instrumentelle Funktionsanalyse
_ Auswahl notwendiger Verfahren in Abhängigkeit
von Initial- und Nebendiagnosen

13.00 Uhr Mittagspause

14.00 Uhr Vorstellung und Demonstration der Verfahren
_ Gesichtsbogen mit verbesserter Technik
_ exzentrische Positionsregistrare
_ Montage OK/UK und Artikulator - Einstellungen
_ Kondylenpositionsanalyse und Auswertung
_ elektronische Bewegungsaufzeichnungen und
Auswertung

Zahnärztliche Initialbehandlung
_ Initialtherapie mit Okklusionsschienen

Koordination mit der Konsiliarbehandlung
_ Orthopädie, physio- und psychotherapeutische
Mitbehandlung
_ Auswertung und Abschluss der Initialtherapie

Restaurative Funktionstherapie
_ Restaurative Umsetzung einer erfolgreichen
Schienenposition mittels okklusaler Repositions-
Veneers und Gold-/Keramik- Restaurationen

17.30 Uhr Zusammenfassung und Diskussion



Referenten



Prof. Dr. Georg Meyer

Jahrgang 1948, akademische und zahnärztliche Heimat Universität Göttingen, Studien an verschiedenen Universitäten in den USA. 1980 Habilitation, Mitentwickler der elektronischen Axiographie an der Uni Göttingen. Seit 1994 Direktor der konservierenden Abteilung der Universität Greifswald. Exzellenter Moderator mit profundem Wissen, das sich mit humorvollem Vortrag mischt. Als Präsident der DGZMK ruft er nachhaltig zur gesamt(zahn)- ärztlichen Verantwortung auf.



Priv. Doz. M. Oliver Ahlers

Jahrgang 1962, Studium der Zahnmedizin in Hamburg, Boston und New York, 1988 Staatsexamen und Approbation 1989 Poliklinik für Zahnerhaltungskunde am Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf, 1992 Promotion sowie Leitung der CMD- Sprechstunde sowie des Arbeitskreises „CMD und Schmerzen“ der ZÄK Hamburg; 1997 Oberarzt und Mitglied der Schriftleitung verschiedener Fachzeitschriften. Autor zahlreicher Bücher, von Software und Publikationen, nationaler und internationaler Patente. Schriftführer der AFDT, 2004 Habilitation an der Univ. Hamburg. 2005 Leitung des CMD 1997 Oberarzt, 1996 und 2001 Tagungsbestpreise der DGFDT der DGZMK; 2004 Habilitation; 2005 zertif. Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie der DGFDT sowie Leitung des CMD-Centrum Hamburg- Eppendorf.



Prof. Dr. Holger Jakstak

Jahrgang 1959 Staatsexamen 1983; Approbation 1984; wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für zahnärztliche Prothetik (Prof. Jude); Vorlesung „Funktionsdiagnostik“ sowie Vorträge und wissenschaftliche Veröffentlichungen seit 1989; 1991 Oberarzt; 1992 Leitung der Dysfunktionsprechstunde des UKE; Habilitation 1996; Tagungsbestpreise der AG für Funktionsdiagnostik in der DGZMK 1996 und 2001; Autor des Buches „Klinische Funktionsanalyse“.

Arbeit in der Selbstverwaltung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bereits die ersten Monate des Jahres 2008 haben gezeigt, dass es für den Kammervorstand im neuen Jahr viel zu tun gibt.

Durch Berichte in dens und in den Gremien unserer Kammer ist Ihnen bekannt, dass das Heilberufsgesetz in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund europarechtlicher Vorgaben novelliert werden musste. Das Landesparlament hat in seiner Sitzung am 5. März 2008 den Entwurf des Sozialausschusses mit zahlreichen Änderungen und Aufgabenstellungen für die Heilberufskammern mehrheitlich angenommen. Die Novellierungen werden nach Verkündung im Gesetzblatt in Kraft treten. Die Heilberufsgesetze der Länder sind die rechtliche Grundlage aller Heilberufskammern. Durch eine konstruktive Diskussion mit der Landespolitik und entsprechender Abstimmung zwischen den Heilberufskammern ist es uns weitestgehend gelungen, unsere Vorstellungen und Anregungen zu platzieren. Schwerpunkte waren dabei die Teilrechtsfähigkeit der Versorgungswerke, die Weiterbildung, die Aus- und Fortbildung der zahnärztlichen Mitarbeiterinnen und das Rügerecht. Durch die Aufnahme unserer Vorstellungen in das novellierte Heilberufsgesetz ergeben sich künftige Aufga-

benstellungen für die Gremien der Kammerversammlung. So muss die Satzung unseres Versorgungswerkes überarbeitet werden. Auch die bestehende Weiterbildungsordnung be-



Dr. Dietmar Oesterreich

„Es gibt viel zu tun für die Zahnärztekammer im neuen Jahr“, sagt Dr. Dietmar Oesterreich. Die Novellierung des Heilberufsgesetzes steht dabei ebenso im Fokus wie die zukünftige Gestaltung der Kreisstellen.

darf einer Erneuerung, die die derzeit bestehenden Umsetzungsprobleme der Weiterbildung berücksichtigt, aber auch Trends, wie das durch die Bundeszahnärztekammer beschlossene modulare System der Fort- und Weiterbildung, aufnimmt. Der Lan-

desgesetzgeber hat der Selbstverwaltung entsprechende Gestaltungsspielräume eröffnet. Ziel ist es, die Weiterbildung als höchste Stufe der postgradualen Qualifizierung auch zukünftig zu etablieren. Da die Weiterbildung eine überregionale Bedeutung besitzt, bedarf es hierzu einer engen Abstimmung mit den Gremien der Bundeszahnärztekammer.

Ein weiterer Schwerpunkt in den Beratungen des Kammervorstandes ist die künftige Gestaltung der basisdemokratischen Strukturen der Zahnärztekammer. Derzeit sind die Kreisstellen durch unsere Satzung an die politischen Kreise unseres Bundeslandes gekoppelt. Auch im Hinblick auf eine zukünftige Kreisgebietsreform bedarf es einer ausführlichen Diskussion, wie die zukünftigen Kreisstellengrenzen aussehen sollen. Deswegen wurden alle Kreisstellen aufgefordert, sich an dieser Diskussion zu beteiligen, um auf breiter Basis in der kommenden Kammerversammlung am 5. Juli 2008 Vorstellungen zur künftigen Verfahrensweise zu entwickeln.

Ich möchte Sie von dieser Stelle auffordern, sich dabei einzubringen, um Selbstverwaltung für uns alle erlebbar zu machen.

Dr. Dietmar Oesterreich

dens

17. Jahrgang

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

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

Redaktion:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Redaktionshinweise:

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

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

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

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

Titelbild:

Angelika Lindenbeck, Schwerin

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

2te-Zahnarztmeinung.de ist wettbewerbswidrig	1
„Freie Berufe“ waren bei CDU	4
Deutsche wissen zu wenig über Parodontitis	9
Ärzte haben hohes Ansehen	9
BFB: Erbschaftssteuer komplett ohne Freibeträger	9
KBV, KZBV und PKV verhandeln über Basistarif	10
Krankenkassen mit trügerischem Überschuss	10
Datenschützer gegen Online-Durchsuchung	10
Wissenswertes zu Infektionen mit Noroviren	11
Beske: Ärzte müssen eine Form von KV akzeptieren	11-12
proDente mit neuem Flyer	12
Europäische Notrufnummer heißt 112	12
Hilfe für kieferorthopädische Jungpraxen	13
Patientenaufklärung vor endodontischen Behandlungen	13
Neue Bücher vorgestellt	30-31
Glückwünsche/Kleinanzeigen	32

Zahnärztekammer

Leserbrief zum Beitrag im Nordkurier	4
Qualitätszirkel in Mecklenburg-Vorpommern	5
Internet als Informationsquelle beliebt	5
Die Not mit dem Notdienst	6-8
Geänderte Formulare für die Berufsausbildung	17
Programm: 17. Zahnärztetag vom 5.-7. September	18-20
Fortbildungsangebote	20-21
Nebeneinanderberechnung der GOZ-Nrn. 218 und 219	21

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Einladung zum Zahnärzteball am 24. Mai	2
Damit der Notdienst nicht zum Notfall wird	7-8
Wurzelbehandlungen sind zahnärztliche Leistungen	14
Änderungen der Festzuschuss-Richtlinien (3)	15-17
Service der KZV – Praxisveränderungen	23
Fortbildungsangebote	24
Schlecker will jetzt auch gesund machen?	31

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis Recht / Versorgung / Steuern

KfW mit SCHUFA-Auskünften	13
Symposium in Rostock: „Kieferorthopädische Behandlung im parodontal geschädigten Gebiss“	14
Kurs mit Dentalhygienikerinnen aus den USA	22
Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer	24-28
Schadensersatzansprüche bei unterlassener Aufklärung (3)	29
Keine Aufrechnungsbefugnis von Altschulden	29-30
Achtung: Drittlaborrechnungen	30

Impressum	3
Herstellerinformationen	33

„Amalgam nicht mehr in aller Munde“

Leserbrief zum Beitrag im Nordkurier vom 18. Februar 2008, Seite 25

Der grundsätzlichen Aussage in der Überschrift des Beitrages ist zuzustimmen. Die Erfolge der Prävention, die frühzeitige Diagnostik von Karies und die Weiterentwicklung von Füllungswerkstoffen, insbesondere der Kunststoffe, haben es möglich gemacht, dass die Notwendigkeit von Füllungen insgesamt deutlich zurückgegangen ist. Insbesondere Kinder und Jugendliche haben über 50 Prozent weniger Karies, als noch vor zehn Jahren. Regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen führen dazu, dass Karies mit modernen Methoden der Diagnostik heute wesentlich früher entdeckt wird und somit kleinere Defekte für die Füllungsversorgung anstehen, für die es Alternativmaterialien gibt. Dabei werden zunehmend Kunststoffe mit speziellen Klebetechniken eingesetzt. All dies führt dazu, dass Amalgam als Füllungswerkstoff an Bedeutung verliert.

Entsprechend der berufsethischen Grundlagen, niedergelegt in den Berufsordnungen der Zahnärztekammern, ist der Zahnarzt verpflichtet, seinen Patienten über den verwendeten Füllungswerkstoff aufzuklären. Vor dem Einsatz ist zu berücksichtigen, inwieweit allgemeinmedizinische Erkrankungen, wie z.B. eine Niereninsuffizienz oder Allergien gegenüber bestimmten Füllungswerkstoffen, vorliegen. Die Möglichkeit einer Allergie besteht nicht nur gegenüber Amalgam, sondern auch gegenüber Kunststoffen, Gold und anderen Metallen sowie gegenüber Klebern beim Einsatz von Keramikfüllungen. Aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes sollen Amalgamfüllungen nicht im Milchgebiss und während der Schwangerschaft eingesetzt werden. Wenn man sich also über das Pro und Kontra von Füllungsmaterialien unterhält, sollte man sich an die wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnisse halten und nicht pauschal seinen Kollegen mangelhafte Aufklärung unterstellen.

Richtig ist, dass Amalgam seit über 100 Jahren als Füllungsmaterial Verwendung findet. In der Zusammensetzung der Amalgame wurden deutliche Verbesserungen erreicht. Kein anderer Füllungswerkstoff



So titelte der Nordkurier auf seiner Ratgeberseite am 18. Februar.

wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien so gründlich untersucht. Nachgewiesen ist, dass Amalgamfüllungen für die zahnärztliche Füllungsversorgung nach wie vor geeignet sind. Verbote in verschiedenen genannten Ländern sind gegen den deutlichen Widerstand der

dortigen zahnärztlichen Berufsorganisationen nicht aus medizinischen Gründen ausgesprochen worden. Unverantwortlich und wissenschaftlich mehr als fragwürdig ist es, bei einer bestimmten Anzahl von Amalgamfüllungen von Vergiftungen zu sprechen. So wurden gerade in jüngster Zeit von zwei wissenschaftlichen Ausschüssen EU-Berichte veröffentlicht, in denen die Sicherheit von Amalgam und seine Wirksamkeit als Füllungsmaterial erneut bestätigt werden.

Der benannte Artikel trägt mit seinen verschiedenen Zitaten nicht zur sachlichen Aufklärung auf wissenschaftlicher Grundlage bei, sondern schafft bei Patienten nur Verwirrung und Unsicherheit.

Wir raten allen Leserinnen und Lesern, die Wahl des Füllungsmaterials mit ihren Hauszahnärzten zu beraten, den von ihnen selbst gewählten Fachleuten in Sachen Zahngesundheit.

Roman Kubetschek, Jens Bülow
Dr. Jürgen Liebich,
alle Neubrandenburg

„Freie Berufe“ waren bei CDU

Landesverband nahm Einladung in Schweriner Landtag an

Ende November statteten der Präsident und der Vizepräsident des LFB M-V auf Einladung des Vorsitzenden der CDU-Fraktion, Dr. Armin Jäger, der fast vollständig versammelten CDU-Fraktion einen Besuch ab.

Dr. Peter Schletter erläuterte anhand eines Power-Point-Vortrages Grundfragen des Selbstverständnisses der Angehörigen der Freien Berufe unter europäischem Blickwinkel sowie Eckpunkte der Aktivitäten des Landesverbandes in Mecklenburg-Vorpommern.

Anliegen des LFB M-V war es, die konstruktive Rolle der Freien Berufe im gesellschaftlichen Kontext durch die Erbringung besonders komplexer und gesellschaftlich wichtiger Leistungen hervorzuheben. Gleichzeitig

ist die hierfür wichtige Aufgabe der beruflichen Selbstverwaltung und deren qualifizierte Umsetzung durch die Kammern der Freien Berufe in den verschiedenen Berufsgruppen erläutert worden.

Im Gespräch berichteten Fraktionsmitglieder über die interessanten Diskussionen anlässlich des Parlamentarischen Dialogs im Schweriner Schloss.

Die Abgeordneten erkundigten sich auch nach der noch offenen Mitgliedschaft weiterer verkommener Berufe sowie der besonderen Funktion des LFB als Dachverband in unserem Bundesland.

Dr. Peter Schletter
Präsident des LFB M-V

Qualitätszirkel in Mecklenburg-Vorpommern

Bericht über eine Erfolgsgeschichte in der zahnärztlichen Selbstverwaltung

Die Qualitätszirkel in Mecklenburg-Vorpommern haben sich zu einem wesentlichen Element in der Fortbildung vieler Kammermitglieder entwickelt. Sie werden geschätzt, da sie eine Reihe von Vorteilen haben, die andere Fortbildungsveranstaltungen nicht bieten können. Die knappe Freizeit wird wenig beansprucht, die Anreisewege sind meist kurz, die finanzielle Belastung ist gering. Weiterhin kennen sich die Mitglieder der Zirkel persönlich und eine Diskussion kommt so schnell und ungezwungen zustande. Auch die Tatsache, dass man seine fachlichen Probleme zeitnah mit Kolleginnen und Kollegen beraten kann, macht die Mitgliedschaft in einem Zirkel attraktiv. Ist man bei den täglichen Entscheidungen in der Praxis oft auf sich allein gestellt, weiß man es zu schätzen, gelegentlich den sprichwörtlichen Blick über den Tellerrand zu bekommen.

Mit einem Rundbrief an die Zirkelleiterinnen und -leiter hat der Verfasser versucht, wesentliche Aspekte der Zirkelarbeit zu erfassen und gleichzeitig Anregungen zu erhalten, wie der Vorstand die Zirkel weiter unterstützen kann. Über die Hälfte der angeschriebenen Kollegen hat geantwortet und damit interessante Einblicke in ihre Arbeit gegeben.

Alle Zirkel, deren Moderatoren geantwortet haben, treffen sich regelmäßig. Die Themenwahl ist überaus vielfältig. Neben den unterschiedlichsten zahnärztlichen Themen gab es auch Diskussionen zum Beispiel zu Steuerfragen, Arbeitsrecht oder Arbeitsmedizin.

Die Anzahl der Mitglieder ist in allen Zirkeln sehr stabil, ein Zeichen für ihre hohe Attraktivität. Von mehreren Zirkelleitern kam die Information, dass Interessenten abgewiesen werden müssen, weil die Mitgliederzahl anderenfalls zu groß werden würde. Dies ist offensichtlich ein Hinweis darauf, dass im Land noch Bedarf für die Gründung weiterer Zirkel besteht.

Finanzielle Sorgen spielten keine wesentliche Rolle. Das resultiert einerseits aus der schon erwähnten

geringen Belastung durch die Zirkelarbeit, die die Mitglieder gemeinsam planen und gestalten. Andererseits kann daraus sicherlich auch abgeleitet werden, dass die notwendigen finanziellen Aufwendungen von den Mitgliedern gern getragen werden, da sie in den Zirkeln eine echte Be-



Dr. Jürgen Liebich: Qualitätszirkel werden immer wichtiger in der zahnärztlichen Fortbildung. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen.

reicherung ihres Berufslebens sehen. Natürlich wird die Kammer im Rahmen ihrer Möglichkeiten weiterhin finanzielle Unterstützung für einzelne Vorhaben leisten.

Es ist geplant, die Zirkelleiter sowie Kolleginnen und Kollegen einzuladen, die Interesse an der Gründung neuer Qualitätszirkel haben. Bei diesem Gespräch soll es die Möglichkeit geben, Erfahrungen auszutauschen und den Interessenten Anregungen für die Gründung eines Zirkels zu geben.

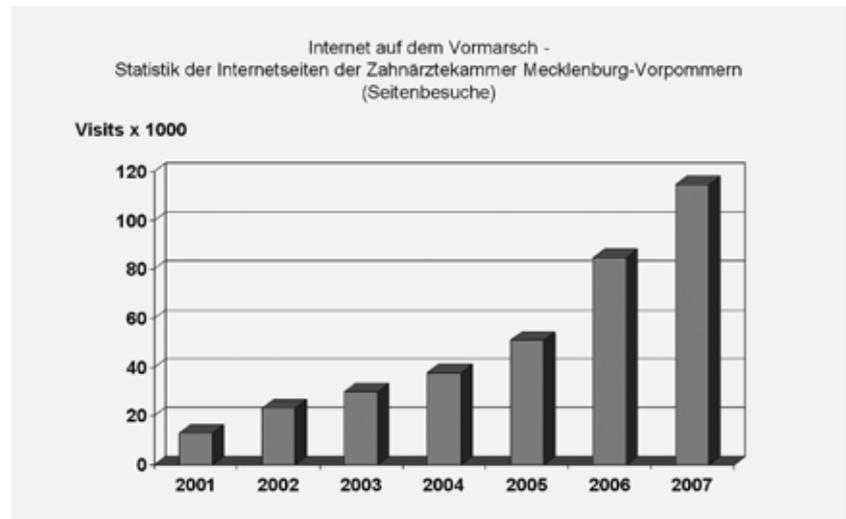
Für die engagierte Arbeit der Zirkelmitglieder und ihrer Moderatoren möchte der Vorstand an dieser Stelle allen Beteiligten herzlich danken.

Dr. Jürgen Liebich
Referent für Fort- und Weiterbildung

Kolleginnen und Kollegen, die an der Gründung eines Qualitätszirkels interessiert sind, melden sich bitte im Referat Fort- und Weiterbildung in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer, Christiane Höhn, Tel. 0385/59108-13.

Die aktuelle Grafik

Internet wird als Informationsquelle immer beliebter



Die Homepage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern (www.zaek-mv.de) wird immer mehr von den Zahnarztpraxen als Informationsquelle genutzt. Die Grafik zeigt den Anstieg der Seitenbesucher.

Die Not mit dem Notdienst

Der Notfalldienst ist in § 4 Abs. 5 Heilberufsgesetz Mecklenburg-Vorpommern verankert. Danach ist es eine der Aufgaben der Zahnärztekammern, „einen . . . zahnärztlichen Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen“. Die in eigener Praxis tätigen Kammermitglieder haben nach § 32 Abs. 4 Heilberufsgesetz die Pflicht, „grundsätzlich am Notfalldienst teilzunehmen und sich dafür fortzubilden“.

Nach § 75 SGB V haben auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) sicherzustellen. Die Gewährleistung einer den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechenden vertragszahnärztlichen Versorgung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist damit nicht auf bestimmte Tages- oder Wochenzeiten begrenzt, sondern muss durchgehend erfolgen.

Sowohl Zahnärztekammer als auch Kassenzahnärztliche Vereinigung sind also verpflichtet, einen zahnärztlichen Notfalldienst einzurichten, der die zahnärztliche Versorgung „rund um die Uhr“ gewährleistet. Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer haben 1996 eine Vereinbarung geschlossen, wonach die Zahnärztekammer den Notfalldienst auch für die Kassenzahnärztliche Vereinigung über ihre Kreisstellen landesweit organisiert.

Zur Präzisierung und Umsetzung der genannten Aufgaben hat die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine Notfalldienstordnung beschlossen, die für Mitglieder der Kammer rechtsverbindlich ist. Ob ein Notfall vorliegt oder nicht, kann sich aus der Sicht des Patienten oder des Zahnarztes unterschiedlich darstellen und muss immer im Einzelfall beurteilt werden. Bei Blutungen, Traumen, akuten pyogenen Infektionen, aber auch bei akuten starken Schmerzen ist der Patient unbestritten berechtigt, den zahnärztlichen Notfalldienst in Anspruch zu nehmen. Stets muss sich der Zahnarzt im Notdienst die Frage stellen, ob sich die vorliegende Erkrankung ohne seine Hilfe verschlimmern könnte, bis der Haus-

zahnarzt wieder aufgesucht werden kann. Dann wäre sein Eingreifen immer zu fordern. Der Zahnarzt hat aber auch das Recht, eine zu Unrecht geforderte Behandlung abzulehnen, zumal im Notfalldienst oft saubere Diagnostik und zielgerichtete Therapie nicht möglich sind.

Die Entscheidung darüber, ob ein behandlungsbedürftiger Notfall vorliegt oder nicht, wird nicht immer einfach zu treffen sein. Das ist aber nur in Kenntnis der Befunde möglich. Dazu muss der Zahnarzt sich immer ein Bild von der vorliegenden Erkrankung machen. Verantwortlich ist in jedem Fall der für den Notdienst eingeteilte Zahnarzt. Besteht der Patient auf einer körperlichen Untersuchung, darf der Zahnarzt diese nicht verweigern – ganz gleich, zu welcher Tages- oder Nachtzeit. Ebenso darf der Zahnarzt im Notdienst die Hilfe nicht ablehnen, wenn der Patient nicht zu seinem Einzugsgebiet gehört, also aus einem anderen Kreis kommt.

Hohe Eigenverantwortung des Zahnarztes

Welche Behandlungsmaßnahmen der Zahnarzt im Notfalldienst durchführt, liegt ebenfalls in dessen ärztlicher Verantwortung. Eine akute Gefahr muss jedenfalls immer abgewendet und einer Verschlechterung des Zustands des Patienten wirksam begegnet werden. Starke Schmerzen sind zu bekämpfen. Welche Maßnahmen dazu angebracht sind, liegt im Ermessen des Zahnarztes. So entscheidet er z. B. auch, ob er nachts eine Zahnextraktion vornimmt oder nicht. Der Wunsch des Patienten ist hierfür nicht entscheidend, sondern der Zahnarzt wird die Vorteile einer

sofortigen Extradition gegenüber den Nachteilen einer unzureichenden Diagnostik (Röntgen!) und möglicher Komplikationen abwägen müssen, denen im Nachtdienst nur ungenügend begegnet werden kann.

Fest steht:

- Die Teilnahme am Notfalldienst ist Pflicht aller niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Steht der zum Notfalldienst eingeteilte Zahnarzt unentschuldig nicht zur Verfügung oder lehnt er eine notwendige Behandlung ab, drohen ihm berufsrechtliche Konsequenzen.
- Jeder Bürger muss sich ohne Probleme informieren können, wo er im Notfall zahnärztliche Hilfe finden kann.
- Die Möglichkeit zur Behandlung von Notfällen ist „rund um die Uhr“ sicherzustellen.
- Eine Untersuchung des Patienten im Notfalldienst darf nie abgelehnt werden.
- Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Notfalldienst sind begrenzt. Der Zahnarzt entscheidet über deren Notwendigkeit und Umfang.
- Das Wohl des Patienten steht auch im Notfalldienst stets im Vordergrund.

Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt
Vorsitzender des Beratungs- und des Schlichtungsausschusses

Rechtsanwalt Peter Ihle
Hauptgeschäftsführer der ZÄK
Mecklenburg-Vorpommern

Anzeige

KERA-DENT
Gesellschaft für Dentaltechnik mbH

Am Mühlenbach 1 · 18233 Neubukow
Tel. 03 82 94/1 37 03 · Fax 03 82 94/1 37 04



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

Internet: www.kera-dent.de · E-Mail: KeradentGmbH@aol.com

Damit der Notdienst nicht zum Notfall wird

Polizei gibt Ratschläge für zahnärztlichen Bereitschaftsdienst

Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: In den vergangenen Jahren hat es keinen einzigen Fall gegeben, dass Mitarbeiter einer Zahnarztpraxis in den Abend- oder Nachtstunden bei der Ausübung des Notdienstes bedroht wurden. Dies betont Kriminalhauptkommissar Volker Werner von der Polizeidirektion Rostock, die für die Hansestadt und die Landkreise Güstrow und Bad Doberan zuständig ist. „Daher können wir die Ängste nehmen“, sagt der Polizist.

Einen hundertprozentigen Schutz vor Angriffen gebe es nicht, räumen die Beamten ein. So haben die Kriminalhauptkommissare Michael Schubbe von der Kriminalpolizeilichen Beratungsstelle im Schweriner Sieben-Seen-Center und Dietmar Hirsch in einem Gespräch mit dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Dr. Manfred Krohn, und Kriminalhauptkommissar Volker Werner von der Polizeidirektion Rostock im Gespräch mit Renate Heusch-Lahl einige Tipps parat.

Man sollte die Praxis so absichern, dass man bereits am Eingang prüfen kann, wer steht da, wer will hinein? „Wenn dort zu viele stehen, sollte man diese nicht hineinlassen“, betont Volker Werner. Günstig wäre eine Wechselsprechanlage oder ein Fenster, um nicht gleich die Türe öffnen zu müssen, empfiehlt der Rostocker. „Nehmen Sie zuerst das Anliegen entgegen und prüfen Sie, wenn möglich, ob wirklich ein Schmerzpatient vor Ihnen steht!“ Ratsam sei es zudem, sich vor Einlass die Chipkarte geben zu lassen. Denn dann sei die Identität klar. „Ich gehe davon aus, dass Zahnärzte, die täglich mit so vielen Patienten zu tun haben, eine gute Menschenkenntnis besitzen. Vertrauen Sie darauf!“, sagt der Polizist.

„Schon mit geringem organisatorischen Aufwand lassen sich in der Praxis kleine Sicherheitsschranken einbauen. Zum Beispiel laden auch eine für Patienten gut einsehbare Garderobe und Behältnisse für sperrige Gegenstände dazu ein, die Sachen nicht mit ins Sprechzimmer zu nehmen und im Wartezimmer abzulegen. Die Möglichkeit der Installation

und Hinweis auf eine Videokamera schaffen eine weitere Hemmschwelle für mögliche Täter“, gibt Michael Schubbe aus seiner Erfahrung weiter. Und: „Vereinbaren Sie, wenn Sie die Notfallsprechstunde abhalten, mit jemandem aus dem privaten Umfeld einen Rückruf nach einer bestimmten Zeit oder sorgen Sie dafür, dass jemand Sie begleitet. Wichtig ist auf jeden Fall, dass Sie das Telefon und die Notfall-Nummer bereit halten und Wertsachen sowie gefährliche Gegenstände sicher verwahren.“ Dietmar Hirsch ergänzt: „Organisieren Sie auch in der täglichen Sprechstunde Ihre Terminvergabe so, dass die Zahl der gleichzeitig wartenden

achten.) Waffen sind jedoch nicht zu empfehlen, sie könnten im ungünstigsten Fall in die falschen Hände geraten und so im wahrsten Sinne des Wortes gegen Sie verwendet werden. Reizgas und Pfefferspray setzen in geschlossenen Räumen nicht nur den Angreifer außer Gefecht, sondern Sie selbst gleich mit.“

Sei der Zahnarzt mit alkoholisierten Patienten konfrontiert, die sich zunächst Mut angetrunken haben und gleich noch einige Kumpels im Schlepptau haben, ist besondere Vorsicht geboten. „Prüfen Sie: Muss der Patient wirklich behandelt werden?“ Ein gesundes Misstrauen sei angera-



Sollte eine brenzlige Situation während des Notdienstes entstehen, gilt es, die Notrufnummer 110 anzurufen. „Diese ist rund um die Uhr besetzt, und es gibt geschulte Polizeibeamte, die schnell die Lage einschätzen“, rät Volker Werner von der Polizeidirektion Rostock.

Foto: Renate Heusch-Lahl

Patienten so gering wie möglich gehalten wird. Machen Sie sich über mögliche Fluchtwege und Barrieren Gedanken.

Es kann auch nicht schaden, mögliche Gefahrensituationen im Team zu üben. Treten Sie dem Patienten sicher und bestimmt gegenüber und lassen Sie sich keinesfalls auf Diskussionen ein, die zu unbegründeten Vorwürfen führen könnten. Denken Sie über Alarmgeräte nach. Zum einen haben sie durch das Auslösen eine abschreckende Wirkung, andererseits erregen sie auch Aufmerksamkeit auf die Notfallsituation. (Kleiner Hinweis: Immer auf intakte Batterien

ten. „Versuchen Sie nicht, den Helden zu spielen!“

Auf jeden Fall sollte man Patient und Begleiter am Eingang trennen und die Besucher nicht alleine im Wartezimmer lassen. „Sagen Sie dem Begleiter, dass der Patient nunmehr in guten Händen ist und fordern Sie ihn auf, für einige Minuten spazieren zu gehen oder etwas frische Luft zu schnappen“, so der Rostocker Volker Werner.

Sollte wirklich eine brenzlige Situation entstehen, gilt es, die Notrufnummer 110 zu wählen. „Diese ist rund um die Uhr besetzt. In jeder

Leitstelle sind geschulte Polizeibeamte, die innerhalb kürzester Zeit die Lage einschätzen und für Hilfe sorgen“, betont Volker Werner. Auch vom Handy könne man die Nummer anrufen. Selbst wenn man zunächst kein Rufzeichen höre, klingelt es dennoch in der Leitstelle. „Bei Gefahr für Leib und Leben ist innerhalb weniger Minuten die Polizei vor Ort“, versichert der Rostocker. „Die Notrufnummer 110 ist noch schneller gewählt, wenn man sie im Praxistelefon auf einem gut positionierten Platz gespeichert hat. Manchmal entscheiden Sekunden.“

Falls es doch einmal ernsthaft bedrohlich wird, lieber den Notruf der Polizei einmal zu viel als zu wenig wählen. Vielleicht möchte der eine oder andere mehr zu diesem Thema erfahren. In diesem Fall organisiert die Polizei gern Informationsveranstaltungen im Haus der Heilberufe oder in den Beratungsstellen der Polizei Schwerin, Rostock, Anklam oder Stralsund. Dazu bei Interesse einfach die Telefonnummer der Öff-

fentlichkeitsarbeit der KZV, Telefon 03 85-54 92-173 oder 103 anrufen.

Auch wenn die Polizei vergeblich verständigt wurde – etwa weil der potenzielle Straftäter geflüchtet ist oder sich nur einen Scherz erlaubt habe – der Einsatz ist für den Zahnarzt kostenfrei. Nur wer missbräuchlich eine Straftat vortäuscht, dem wird der Einsatz in Rechnung gestellt. „Man kann die jeweilige Situation nicht immer bis zur letzten Konsequenz abschätzen“, sagt Volker Werner.

Sollte tatsächlich etwas passiert sein, dann sei ebenfalls der Notruf anzurufen, um Fahndungsmaßnahmen einzuleiten. „Stellen Sie sich anschließend als Zeuge zur Verfügung“, appelliert der Polizist. „Uns helfen detaillierte Angaben zum Tatablauf und zum Täter. Größe, Brille, Besonderheiten, Zahnstatus, Bekleidung. Achten Sie auf Details und schauen Sie von unten nach oben!“ Die Oberbekleidung, erläutert Werner, werde am schnellsten gewechselt, aber Schuhe und Hosen eher seltener. „Uns interessiert zum Beispiel, ob die Hose ein Loch hat oder andere Auf-

fälligkeiten“, umreißt er. Eine Sache liegt Michael Schubbe in diesem Zusammenhang noch am Herzen. „In Berlin hat es zahlreiche Diebstähle in Arztpraxen gegeben, bei denen es die Täter hauptsächlich um Rezeptvorlagen abgesehen hatten. Vor allem das Präparat Valoron N mit dem Wirkstoff Tilidin ist im Moment vor allem sehr beliebt, weil es extrem schmerzempfindlich macht, nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt und deshalb als so genannte Ersatzdroge eingenommen wird. Da die meisten Berliner Apotheken dieses Medikament inzwischen aus dem Angebot genommen haben, vermutet die Polizei, dass sich die Beschaffungskriminalität auf den weiteren Umkreis erstrecken könnte.“ In der Ausgabe des dens 3/2008 hatten wir bereits darauf hingewiesen. Achten Sie deshalb darauf, dass Ihre für Formulare und Vordrucke vorgesehenen Schränke außerhalb der Sicht- und Zugriffsmöglichkeit von Patienten stehen und stets abgeschlossen sind.

Renate Heusch-Lahl, Antje Künzel

Anzeige

Studium, Klinik oder Niederlassung



INTER Ärzte Service, der Partner für das Heilwesen ...

... steht für **bedarfsgerechte und fachspezifische Beratung:**

- ▶ Maßgeschneiderte Absicherungskonzepte
- ▶ Optimale Alters- und Hinterbliebenenversorgung
- ▶ Individuelle Vermögensplanung
- ▶ Attraktive Konditionen durch Rahmenverträge mit Körperschaften, Verbänden und Vereinen
- ▶ Niederlassungsbetreuung

Verlangen Sie nicht weniger als Ihre Patienten – einen Spezialisten! Sprechen Sie mit uns:

INTER Ärzte Service
Landesgeschäftsstelle
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Telefon 0385 74313-37
Telefax 0385 74313-40
aerzteservice-mv@inter.de
www.inter.de

Zukunft gestalten –
mit Sicherheit

inter
VERSICHERUNGEN

Intensive Aufklärung notwendig

Deutsche wissen zu wenig über Parodontalerkrankungen

Das Wissen der Deutschen um Ursachen und Folgen der Parodontitis ist trotz der großen Verbreitung der Erkrankung unzureichend und bruchstückhaft. Das ist das Ergebnis einer Untersuchung, die das Institut der Deutschen

Zahnärzte
(IDZ) gemeinsam mit

KZBV



Wissenschaftlern der Universitäten Gießen und Dresden im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) durchgeführt hat. In einer repräsentativen Befragung konnten mehr als 60 Prozent der gut tausend Befragten spontan keine Folgerisiken der Parodontitis wie Zahnverlust benennen. Fast 70 Prozent ist der Zusammenhang zwischen unzureichender Mundhygiene und ihrer Entstehung nicht bewusst.

Der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Jürgen Fedderwitz, forderte Konsequenzen aus der Studie: „Parodontitis hat bei den Erwachsenen und Senioren die Karies als Zahnkiller Nummer eins abgelöst. Sie hat zudem negative Wechselwirkungen mit Volkskrankheiten wie

Diabetes oder Herzinfarkt. Deshalb müssen wir verstärkt unsere zahnärztliche Tätigkeit darauf ausrichten, damit wir das hohe Niveau der Mundgesundheit in Deutschland auf Dauer halten. Das wird sonst unser

Sorgenkind.“

Für den Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich, steht dabei vor allem die Prävention im Vordergrund: „Wir können der Parodontitis mit einer guten häuslichen Mundhygiene und einer professionellen Begleitung durch den Zahnarzt in vielen Fällen erfolgreich entgegenzutreten oder ihr Fortschreiten verhindern. Deshalb muss sich die Aufklärungsarbeit weiterhin auf die Prävention konzentrieren und auch über gemeinsame Risikofaktoren auf die Mund- und Allgemeingesundheit gleichermaßen informieren, wie beispielsweise das Rauchen.“

Die Studie „Parodontitisrelevantes Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland“ steht unter www.kzbv.de und www.bzaek.de zum Download zur Verfügung.

KZBV / BZÄK

Erbschaftsteuer komplett ohne Freiberufler

Bundesverband Freier Berufe äußert sich zum Gesetzentwurf

„Der Gesetzentwurf blendet die Freiberufler komplett aus. Die Hand will der Fiskus zwar aufhalten und miterben, aber beim so genannten Abschmelzmodell fallen die Freiberufler durchs Entlastungsraster“, so der Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) Dr. Ulrich Oesingmann.

„In den meisten Freien Berufen ist es rechtlich nicht möglich, als Erbe eine selbstständige Existenz fortzuführen, da hierzu in der Regel personengebundene Vorqualifikationen sowie Zulassungen notwendig sind. Eine Arztpraxis etwa ist und bleibt eine Arztpraxis und kann im Erbfall von der nächsten Generation nicht weitergeführt werden, wenn der Erbe etwa Anwalt oder Bauingenieur ist. So schlägt die Erbschaftsteuer bei

den Freiberuflern mit voller Wucht durch und wird fällig“, erläutert Oesingmann.

Nach Ansicht des BFB werden die Erben durch die Regelung faktisch zum Verkauf gezwungen. So aber wird der mit dem Abschmelzmodell anvisierte Anreiz zur Fortführung und zum Erhalt von Arbeitsplätzen ad absurdum geführt, wird kein Käufer gefunden. Zudem werden die Freiberufler gegenüber jenen Betrieben diskriminiert, die das Abschmelzmodell künftig anwenden können und finanziell profitieren.

Es wartet noch ein weiterer Fallstrick auf die Freiberufler. Laut vorliegendem Diskussionsentwurf einer Durchführungsverordnung kann der gemeine Wert im vereinfachten Er-

tragswertverfahren ermittelt werden. Dies aber ist für die Freien Berufe schlichtweg nicht anwendbar. Bestimmt doch der Inhaber fachlich und persönlich die Qualität seiner Praxis und damit auch ihren Wert. Stirbt er, vermindert sich der Wert massiv oder wird komplett vernichtet. „Durch die hohe Bindung an die Person ist der faktische Wert eines Büros, einer Praxis oder einer Kanzlei etwa nur schwer zu ermitteln. Und damit werden auf die Erben von Freiberuflern auch noch hohe Kosten für notwendige Gutachten zukommen“, erklärt Oesingmann abschließend.

Der Gesetzentwurf befindet sich derzeit im parlamentarischen Abstimmungsprozess.

BFB

KBV, KZBV und PKV

Vertragsverhandlungen zum Basistarif

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. werden Vertragsverhandlungen über die Vergütung der vom Basistarif umfassten Leistungen aufnehmen. Gemeinsame Zielsetzung der Verhandlungen ist es, dass die Vergütung der vom Basistarif umfassten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen nach Art, Umfang und Höhe jeweils vergleichbar zur Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgestaltet wird.

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 sind die Unternehmen der privaten Krankenversicherung zum Angebot eines branchenweit einheitlichen und verbindlichen Basistarifs ab dem 1. Januar 2009 verpflichtet worden.

Mit der Ausgestaltung der Leistungen des Basistarifs nach Maßgabe der genannten Vorgaben wurde der Verband der privaten Krankenversicherung gesetzlich belien. Die Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Versicherten des Basistarifs obliegt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

KZBV

Trügerisches Ergebnis

Krankenkassen erzielen Überschuss von 1,8 Mrd. Euro

Die gesetzliche Krankenversicherung erzielte im Jahr 2007 bei Einnahmen von rund 155,40 Milliarden Euro und Ausgaben von 153,62 Milliarden Euro einen Überschuss von 1,78 Milliarden Euro.

Das aktuelle Finanzergebnis fällt damit um 150 Millionen günstiger aus, als im Jahr 2006 und sichert der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bereits im vierten Jahr schwarze Zahlen. Die Überschüsse der Jahre 2004 bis 2007 waren erforderlich, um die bis 2003 aufgelaufene Verschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen. Ende 2003 betrug die Netto-Verschuldung der GKV (damals 323 Kassen) noch rund sechs Milliarden Euro. Nach dem Finanzergebnis des vergangenen Jahres verfügt die gesetzliche Krankenversicherung jetzt insgesamt wieder über positive Finanzreserven von rund 3,2 Milliarden Euro. Die Überschüsse des vergangenen Jahres konzentrierten sich vor allem auf die großen Versorgerkassen. Das Plus der Allgemeinen Ortskrankenkassen ist mit 943 Millionen Euro dabei besonders hoch.

Kassenausgaben für zahnärztliche Leistungen 2007 gestiegen

Die Ausgaben der Krankenkassen für die zahnärztliche Behandlung ihrer Mitglieder sind im vergangenen Jahr um 2,16 Prozent gestiegen. Der Anstieg im Osten des Landes liege dabei mit 1,51 Prozent deutlich unter dem Wert im Westen (2,26 Prozent). Bei

den Ausgaben für den Zahnersatz zeige sich das umgekehrte Bild: Sie sind laut Bundesgesundheitsministerium um 4,86 Prozent gestiegen. Um 6,25 Prozent stiegen die Kassenausgaben im Osten – im Westen nur um 4,56 Prozent.

Aber:

...Wer meint, nach diesem neuerlichen guten Abschluss für 2007 wären die Krankenkassen und ihre Finanzlage gesichert, liegt dennoch falsch. Noch befindet das Plus von 300 Millionen Euro unter dem Bundeszuschuss.

Und:

Die Grundlohnsumme, auf deren Grundlage die Beiträge berechnet werden, ist trotz Konjunkturaufschwungs nur spärlich gewachsen. Das große Einnahmeplus ist damit vor allem Resultat teils kräftig angehobener Beitragssätze. Die Ausgaben stiegen damit höher als die Grundlohnsumme, nicht zuletzt wegen der erhöhten Mehrwertsteuer.

Einzelne Krankenkassenverbände erwarten ab nächstem Jahr wegen des Gesundheitsfonds Mehrkosten von mindestens 2,2 Milliarden Euro. Zusammen mit einer geschätzten Ausgabendynamik für Versicherte ist deshalb 2009 – trotz mehr Bundeszuschusses – mit einem Einheitsbeitragssatz von deutlich über 15 Prozent zu rechnen.

KZV

Datenschützer gegen Online-Durchsuchung

Schaar fordert Verbot bei Medizinern, Geistlichen und Strafverteidigern

Der Bundesdatenschutzbeauftragte Peter Schaar hat die Bundesregierung aufgefordert, Online-Durchsuchungen bei Medizinern, Geistlichen und Strafverteidigern zu verbieten.

„Die Festplatte eines Telefonselektors darf nie und nimmer heimlich ausgespäht werden“, betont Schaar. Auch die Computer von Ärzten und Journalisten dürften Ermittler nicht heimlich durchsuchen. Nach dem kürzlich verabschiedeten Urteil des

Bundesverfassungsgerichts, mit dem verdeckte Online-Ermittlungen nur unter Auflagen möglich sind, seien rechtliche Änderungen nötig, um die Technik besser vor Manipulation zu schützen.

„Der Schutz der Computernutzer muss gesetzlich gewährleistet sein“, forderte der Datenschützer. „Ich lese aus dem Urteil heraus, dass auch die Verkehrs- und Nutzungsdaten unter Schutz stehen“. Deshalb bezweifelt er, dass die Vorratsdatenspeicherung

von Telefon- und Internetverbindungsdaten Bestand haben wird. „Ich sehe mich nach dem Urteil in meinen verfassungsrechtlichen Zweifeln bestärkt.“

Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts bearbeitet derzeit ein Eilverfahren gegen die seit Anfang des Jahres gültige Vorratsdatenspeicherung. Bis Ende März sollte eine Entscheidung fallen.

änd

Wissenswertes zu Infektionen mit Noroviren

Erreger von infektiösen Magen-Darm-Erkrankungen treten vermehrt im Frühjahr auf

Unter www.bzga.de stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Informationen für Bürgerinnen und Bürger zum Thema „Noroviren“ bereit. Das Norovirus zählt zu den häufigsten Erregern von infektiösen Magen-Darm-Erkrankungen. Im Winter und Frühjahr treten vermehrt Norovirus-Infektionen auf. Deswegen informiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut (RKI) über die Ansteckungswege und allgemeine Verhaltensregeln.

Die Krankheit beginnt meist nach einer Inkubationszeit von 10 bis 50 Stunden. In aller Regel kommt es zu großer Übelkeit, starkem Erbrechen,

Bauchkrämpfen, Durchfällen und Kreislaufbeschwerden. Fieber tritt selten auf. Normalerweise sind die Beschwerden nach 12 bis 60 Stunden abgeklungen. Die Erkrankung ist zwar unangenehm, aber bei gesunden Menschen nicht lebensbedrohlich. Gefahren bestehen besonders für kleine Kinder und alte Menschen, wenn durch Erbrechen und Durchfall viel Flüssigkeit und Salze verloren gehen.

Das „A und O“, um sich und andere gegen eine Ansteckung zu schützen, ist die Vermeidung des direkten Kontakts zu Erkrankten und das gründliche Händewaschen. Das Virus wird entweder durch direkten Kontakt mit dem Erkrankten, mit Stuhl oder Er-

brochenem oder indirekt durch das Berühren verschmutzter Flächen wie Türklinken, WC's oder Waschbecken übertragen. Da Viren noch über Tage, im Einzelfall auch über Wochen, mit dem Stuhl ausgeschieden werden können, sollen diese Hygienemaßnahmen auch dann eingehalten werden, wenn die Symptome bei dem Erkrankten bereits abgeklungen sind.

Eine Impfung gegen die Norovirus-Infektion gibt es bislang nicht. Nach durchgemachter Infektion scheint es nur zu einer kurz dauernden Immunität von wenigen Monaten zu kommen. Danach ist eine neue Infektion möglich.

Im Internet: www.bzga.de

BZgA

Ärzte müssen eine Form von KV akzeptieren

Die Schwächung der KVs und die Zerrissenheit der Ärzteschaft sind politisch gewollt

Von Professor Fritz Beske

Bei der Debatte über die mögliche Neuausrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften oder sogar über ihre Abschaffung geht es um viel: Es geht um die grundsätzliche Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens und damit um die Frage, an welchen Prinzipien sich die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens orientieren wird.

Fest steht:

Die Mehrheit der Bürger und der Politiker wird zu keiner Zeit einer rein marktwirtschaftlichen Ausrichtung unseres Gesundheitssystems zustimmen. Versorgungssicherheit ist und bleibt das dominierende politische Handlungsmotiv. Nimmt man dies als Basis weiterer Überlegungen, so bieten sich in Deutschland vom Grundsatz her nur zwei Möglichkeiten der Gestaltung des Gesundheitswesens an:

Erstens eine Einheitsversicherung mit staatlicher Reglementierung oder zweitens die Wiederbelebung eines staatsfernen, sich selbst verwaltenden, dezentral und regional angelegten Gesundheitssystems mit pluraler Ausgestaltung durch GKV und PKV.

Wiederbelebung der KVs setzt ein neues Konzept voraus

Die zweite Möglichkeit würde auch eine Wiederbelebung der KV bedeuten. Allerdings wäre dann ein Konzept erforderlich, das ein gewisses Maß an Vertragsfreiheit von Ärzten mit einer gewandelten Funktion der KV verbindet, in dem die Erfüllung staatlicher Aufgaben mit Dienstleistungen für den niedergelassenen Arzt und einer Vertretung der Interessen niedergelassener Ärzte auch gegenüber der Politik verbunden ist. Doch die gegenwärtige Situation ist für niedergelassene Ärzte eine andere. Angetrieben durch die jüngsten Gesundheitsreformen wird das Kollektivvertragssystem hin zu einem vollständigen oder partiellen Einzelvertragssystem umgebaut. Bei der Suche nach den Ursachen für diesen Prozess stößt man auf zwei sich überlagernde Begründungen: die Finanzsituation im Gesundheitswesen und ideologisch bestimmte Politik. Ein Blick zurück kann zum Verständnis dessen beitragen, was wir zurzeit im Gesundheitswesen beobachten.

Bis zum Ende der ununterbrochenen Phase wachsenden Wohlstands in der Nachkriegszeit gab es keine Diskussion über Kollektiv- und Einzelvertragssystem. Es herrschte

Zufriedenheit. Es gab keinen Mangel an Geld im Gesundheitswesen, eine vereinfachte, aber wohl auch zutreffende Begründung.

SPD will Unterschiede zwischen PKV und GKV einebnen

Erst als deutlich wurde, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht mehr in der Lage war, die großzügig von der Politik versprochenen Leistungen zu finanzieren, begann der Gesetzgeber zu handeln, zunächst jedoch nur mit Kostendämpfungsgesetzen. Erst im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurden mit der begrenzten Öffnung von Krankenhäusern für ambulantes Operieren und für die vor- und nachstationäre Behandlung erste strukturelle Veränderungen geschaffen.

Nach dem Regierungswechsel zu Rot-Grün 1998 wurden Strukturreformen dann zum dominierenden Handlungsmotiv des Gesetzgebers. Folgen waren unter anderem das GKV-Modernisierungsgesetz, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und das Vertragsarztrechtänderungsgesetz. Kostendämpfung wurde nunmehr ergänzt, ja überlagert von strukturellen Systemveränderungen. Dieser Prozess hat sich in der großen Koalition fortgesetzt.

Schwächung der KVs ist ein Ziel der SPD gewesen

Die Zielvorstellung der SPD bestand dabei in einer Einheitsversicherung, in der Zunahme staatlicher Vorgaben und Kontrollen sowie im Abbau der Selbstverwaltung. Weitere Elemente sind die Einebnung der Unterschiede von GKV und PKV, aber auch die Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der bremsende Einfluss der Union in der großen Koalition führte dazu, dass dies nur in abgeschwächter Form verwirklicht werden konnte. Als Instrumente wurden vor allem Wettbewerb und Wahltarife eingeführt, aber auch der Einzelvertragswettbewerb an KVs vorbei.

Diese Reformen sind der Nährboden für eine wachsende Opposition vieler Ärzte gegen diese Politik gewesen. Wachsende Bürokratie, ständiger Wechsel der Rahmenbedingungen durch Politik, Gesetzgeber und Kassenärztliche Vereinigungen, aber auch das Missverhältnis zwischen Leistungsumfang der Ärzte und ihrer Honorierung sind nur Stichworte für eine als verfehlt angesehene Politik.

Bedarfsgerechter Katalog von Leistungen wurde nie erstellt

Politiker haben nie den Versuch gemacht, gegenzusteuern. So blieb die zentrale Aufgabe liegen, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den drei bestimmenden Komponenten einer guten Gesundheitsversorgung herzustellen, nämlich einem bedarfsgerechten Leistungskatalog, einer bedarfsgerechten Finanzierung

dieses Katalogs und einer leistungsgerechten Honorierung. Stattdessen wurde der Leistungskatalog der GKV ausgeweitet – ohne Gegenfinanzierung.

Auch haben Politiker die wachsenden Legitimationsprobleme der Kassenärztlichen Vereinigungen, die doch noch von vielen als Garanten einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung angesehen werden, billigend in Kauf genommen. Die Schwächung der KVs und die Zerrissenheit der Ärzteschaft sind politisch gewollt. Zum potenziellen innerärztlichen Spaltpilz wird diese Zerrissenheit der Ärzteschaft aber erst vor dem Hintergrund der andauernden Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung. Es ist unwahrscheinlich, dass in Zukunft im GKV-System signifikant mehr Geld für die Versorgung zur Verfügung stehen wird. Krankenkassen wollen ihre Ausgaben senken, Ärzte wollen mehr Geld. Die Erschließung großer „Rationalisierungsreserven“ etwa bei Ausgaben für Arzneimittel oder bei anderen veranlassten Leistungen ist illusionär. Damit sind Konflikte programmiert: Krankenkassen können sich in Zeiten wachsenden Vertragswettbewerbs aus mehreren Angeboten von Ärzten oder Arztgruppen das preisgünstigste herausuchen, und dies werden sie auch tun, trotz Beteuerungen, es ginge um Qualität und nicht um den Preis.

Im Kollektivvertragssystem steigt der Verteilungsdruck

Gleichzeitig nehmen aber auch Ver-

werfungen im Kollektivvertragssystem zu, weil die finanziellen Vorteile durch neue Verträge für eine Gruppe stets zu Lasten aller anderen Gruppen gehen müssen. Hinzu kommt, dass die künftige Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen aller Voraussicht nach unter neuen Kautelen stehen wird. Denn Ärzten steht in Zukunft als Vertragspartner überwiegend der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gegenüber. Bedeutung und Einfluss dieses Spitzenverbandes werden bei sich verschärfenden finanziellen Engpässen wachsen. Schon jetzt werden rund 70 Prozent des Gesamtvolumens für Leistungen vom Spitzenverband Bund verhandelt.

Die künftige Bedeutung der KVs ergibt sich aus dem Entwicklungspfad, dem das deutsche Gesundheitswesen in den kommenden Jahren folgt: Die Alternative zu den Irrwegen eines staatszentrierten oder eines hauptsächlich wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems liegt in der Weiterentwicklung eines sich selbst verwaltenden pluralen Gesundheitswesens mit regionaler Orientierung – vor allem in der Vertragspolitik. Wenn Ärzte eine staatsnahe Medizin ebenso wie eine hauptsächlich von ökonomischen Kriterien dominierte Gesundheitsversorgung ablehnen, dann werden sie auch künftig – im eigenen Interesse – irgendeine Form von KV akzeptieren müssen.

mit freundlicher Genehmigung der Ärzte-Zeitung, erschienen am: 28. Februar

Neuer Flyer „Fehlstellungen“

proDente mit überarbeiteten Informationen

In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) hat die Initiative proDente das Infoblatt zum Thema Fehlstellungen neu überarbeitet.



Der Titel „Gleichmäßig stehende Zähne“ wurde dem aktuellen Wissensstand angeglichen und mit neuen Bildern versehen. Der Flyer zur Patienteninformation beantwortet

die häufigsten Fragen. Patienten und Fachleute können das Infoblatt auf www.prodente.de oder über den telefonischen Service 01805/55 22 55 bestellen.

Inhalt: Wie sieht ein normaler Zahnbogen aus? Wie entstehen Fehlstellungen? Welche Folgen haben Fehlstellungen? Wie werden Fehlstellungen behandelt? Können auch Erwachsene behandelt werden? Wie kann man Fehlstellungen vorbeugen?

Für Fachleute sind 50 Flyer kostenlos, nur der Versand wird berechnet.

proDente

1-1-2 für Europa

Europäische Notrufnummer wenig bekannt

Die Europäische Kommission appelliert an alle Mitgliedsstaaten, die europäische Notrufnummer 112 bekannter zu machen. Nur etwa jeder fünfte EU-Bürger weiß, dass Rettungsdienste in der gesamten Europäischen Union unter der 112 erreicht werden können.

In 26 der 27 Mitgliedsstaaten wurde die Möglichkeit geschaffen, die Notrufnummer von Festnetz- und Mobiltelefonen aus zu erreichen. Einzig in Bulgarien funktioniert dies noch nicht.

KZV

KfW mit SCHUFA-Auskünften

Abfrage kann auch Freiberufler betreffen

Bereits seit Januar dieses Jahres holt die KfW im Rahmen von Kreditanfragen im Programm KfW-StartGeld eine SCHUFA-Auskunft ein. Darüber hinaus wird die KfW ab 1. September im Rahmen der Kreditentscheidung immer dann eine SCHUFA-Auskunft einholen, wenn es sich um einen nichtbilanzierenden Antragsteller handelt. Dies betrifft u. a. auch Freiberufler und gilt bei Risikoübernahmen in folgenden Programmen: Unternehmerkredit mit

Haftungsfreistellung, Kapital für Arbeit und Investitionen, ERP-Innovationsprogramm.

Hierfür ist zusätzlich zum Antrag eine Zustimmung des Antragstellers erforderlich. Die KfW wird bei dem neuen Verfahren den zwischen Hausbank und Endkreditnehmer geschlossenen Kreditvertrag nicht der SCHUFA melden. Das Verfahren tangiert nicht die bestehenden Anfrage- und Meldeprozesse der Hausbanken.

KfW

Patientenaufklärung vor endodontischen Behandlungen

Gemeinsame Presseerklärung von AGET und VDZE

Da eine Wurzelkanalbehandlung im Einzelfall durchaus einen komplikationsträchtigen Eingriff darstellen kann und eine Erfolgsgarantie nicht gegeben werden kann, kommt der präoperativen Aufklärung des Patienten eine große Bedeutung zu. Die Aufklärung des Patienten muss bestimmten juristischen Kriterien entsprechen, da sie ansonsten in Zweifelsfällen vor Gericht nicht akzeptiert wird. Zu diesen Anforderungen gehören die Information über die Notwendigkeit der Behandlung, die Art der Behandlung, mögliche Komplikationen und Risiken, denkbare Therapiealternativen und die Folgen einer Nichtintervention. Der so umfassend informierte Patient kann nun dem Eingriff zustimmen, ohne Kenntnis dieser Fakten ist jede Zustimmung ungültig.

Der Verband deutscher zertifizierter Endodontologen (VDZE) und die Arbeitsgemeinschaft Endodontologie und Traumatologie (AGET) haben eine Serie von drei mittlerweile mehrfach aufgelegten Flyern zur Patientenaufklärung vor endodontischen Behandlungen erstellt: Die endodontische Primärbehandlung, die Revision und die Wurzelspitzenresektion werden in einfacher, dem Laien gut verständlicher Sprache, unterstützt durch informative Schemazeichnungen dargestellt.

Die Flyer können zum Preis von 0,45 Euro/Stück zuzüglich Versandkosten bestellt werden. Mitglieder

des VDZE oder der AGET zahlen 0,30 Euro. Bestellungen werden ab 50 Stück je Sorte angenommen. Es können immer Mengen zu 50, 100, 150 usw. Exemplaren bestellt werden. Bestellungen sind möglich über die Homepage www.vdze.de oder per E-Mail VDZEBuero@aol.com oder per Fax: 069-98195158

Prof. Dr. M. Hüllmann (AGET)
Dr. M. Georgi (VDZE)

Ihr Zahnarzt möchte Ihren Zahn erhalten!

Ihr Wegweiser durch die chirurgische Wurzelkanalbehandlung

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

mit dieser Information möchten wir Ihnen einige Erklärungen und Antworten auf die häufigsten Fragen zum Thema Wurzelspitzenresektion liefern. Sollten Sie weitergehende Fragen haben, so steht Ihnen Ihr Zahnarzt/Chirurg gerne zur Verfügung.

Junge Praxen im Focus

Hilfe in der Gründungsphase

Mit einem Gesamtpaket aus Fachwissen, Praxisführung und Rechtstipps rüstet der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) seine jungen Kolleginnen und Kollegen für den Weg in die eigene Praxis aus.

Am 25. und 26. April findet in Siegburg die erste Informationsveranstaltung des BDK für Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten sowie für Kolleginnen und Kollegen in den ersten Jahren der Niederlassung statt.

Hier holt der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden auf, was in der Aus- und Weiterbildung meist zu kurz kommt: Praxisma-

young
orthodontists
Junge Praxen im Focus

nagement, Marketing, Vertragsrecht, Abrechnungsfragen und auch wirtschaftliche Aspekte. Auch aus Gründen der Qualitätssicherung wird dem Thema „Der wirtschaftliche Erfolg der jungen kieferorthopädischen Praxis“ ein deutliches Gewicht gegeben – wer sich in den ersten Jahren in den Seilen aus Recht, Abrechnung und Kalkulation verstrickt, dem fehlt möglicherweise manchmal die Kraft, die Konzentration auf eine sach- und fachgerechte anspruchsvolle Patientenversorgung zu richten.

An den zwei Tagen geht es für die junge Kieferorthopäden-Generation auch um Praxisformen und -kooperationen, um die Positionierung der Praxis im Wettbewerb zwischen Marktorientierung und Kostenmanagement, und es wird gezeigt, wie man die Lingualtechnik in die Praxis integrieren kann.

Informationen, Programm und Anmeldung unter

www.young-orthodontists.de
oder per Telefon in der Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden unter der Telefonnummer: 030-27 59 48 43.

BDK

Symposium am 7. Mai in der Universität Rostock

Die kieferorthopädische Behandlung im parodontal geschädigten Gebiss

Am Mittwoch, dem 7. Mai 2008, findet ein Symposium der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Morral“ der Universität Rostock und der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. in der Universität Rostock, Hörsaal I, Strempelstraße 13, 18057 Rostock von 15 bis 18 Uhr, statt. Hierzu sind alle Kolleginnen und Kollegen eingeladen.

Thematik:

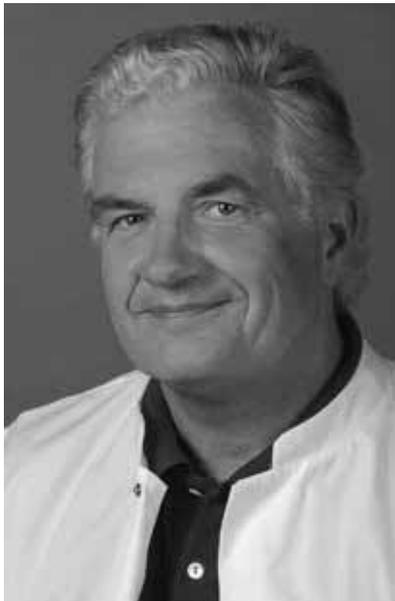
„Die kieferorthopädische Behandlung im parodontal geschädigten Gebiss“

Referent:

Prof. Dr. Dr. Peter Diedrich, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie

Kurzbeschreibung:

Orthodontische Zahnbewegungen haben das Ziel, Fehlstellungen im Wechsel- und Erwachsenenengebiss zu korrigieren und die Prognose parodontal erkrankter Zähne zu verbessern. Bei der Bewegung von Zähnen mit reduziertem Attachment ist die spezifische biologische und biomechanische Ausgangssituation von zentraler Bedeutung: prä- und periorthodontische Entzündungskontrolle,



Prof. Dr. Dr. Peter Diedrichs interdisziplinäre Fachkompetenz als Parodontologe wie auch als Kieferorthopäde haben ihn zu dem deutschlandweit und international anerkannten Spezialisten gemacht. Seine klinische Erfahrung und seine wissenschaftlichen Erfolge machen ihn zum gefragten Referenten. Er wendet sich mit seinem Vortrag an die gesamte Zahnärzteschaft.

befundbezogene Biomechanik und der Verankerungsaufbau sind Schlüsselfaktoren der orthodontischen Therapie. Das kieferorthopädische

Behandlungsspektrum parodontal geschädigter Patienten wird durch neue Verfahren der regenerativen Parodontalchirurgie (Membrantechnik, Applikation von Schmelz-Matrixproteinen) erheblich erweitert.

Während in der Vergangenheit Zähne mit intraossären Läsionen extrudiert wurden, um die Knochendefekte zu beseitigen, erfolgt heute präorthodontisch eine gesteuerte Geweberegeneration.

Anschließend können die Zähne translatorisch in die ehemaligen intraossären Defekte hineinbewegt werden. Durch Intrusion von Zähnen kann so Attachment gewonnen werden.

Gebühren:

Mitglieder der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft 20 Euro, Nichtmitglieder 30 Euro, Studenten frei

Eine gesonderte Anmeldung ist nicht erforderlich; die Gebühren werden an der Tageskasse erhoben.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Heinrich v. Schwanewede, Geschäftsführender Direktor, Telefon 03 81 - 4 94 65 00,

Prof. Dr. Rosemarie Grabowski, Poliklinik für Kieferorthopädie, Telefon 03 81 - 4 94 66 50

Wurzelbehandlungen sind zahnärztliche Leistungen

Endodontische Behandlungen nicht nur beim Spezialisten

Verschiedene Presseartikel informierten in der letzten Zeit darüber, dass endodontische Behandlungen am besten von Spezialisten durchgeführt werden und deshalb ausschließlich in die Hände von diesen besonders fortgebildeten Endontologen gehören.

Die KZV Mecklenburg-Vorpommern stellt deshalb klar, dass endodontische Behandlungen tägliche Leistungen in allen Zahnarztpraxen des Landes sind.

Diese Form der Zahnerhaltung ist eine vordergründige Aufgabe im Behandlungsspektrum der Zahnärzte.

Mit Erlangung der Approbation ist jeder Zahnarzt in der Lage und befähigt Wurzelbehandlungen durchzuführen. Jeder Zahnarzt ist ein Generalist, welcher in bestimmten Ausnahmefällen Spezialisten zurate zieht.

Diese Spezialisten verfügen über spezielle Geräte um auch noch Wurzelkanäle zu finden, die außerhalb

der anatomischen Norm liegen.

Informationen, wonach zirka 50 Prozent der endodontischen Leistungen nicht fachgerecht sind, sind einfach falsch. Die Zahl der extrahierten Zähne sinkt von Jahr zu Jahr, da erkrankte Zähne immer besser versorgt und erhalten werden können.

Dies ist ein Beweis dafür, dass jeder Kollege in der Lage ist, Wurzelbehandlungen in hoher Qualität zu erbringen.

KZV

Änderungen der Festzuschuss-Richtlinien (3)

Beispiele für Festzuschussbestimmungen ab 1. Januar 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung vom 7. November 2007 Änderungen der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien beschlossen (siehe dens 2 und 3/2008). Es wurden die Protokollnotizen zu den Festzuschuss-Richtlinien B 5 und B 6 geändert bzw. neu gefasst.

Änderung der Protokollnotiz zu der Festzuschuss-Richtlinie B 5

Die Zahl der fehlenden Zähne ist ausschlaggebend für den Befund nach 5.1 bis 5.3 in dem zu versorgenden

Gebiet. Der Befund 5.4 ist nur ansetzbar bei zahnlosem Kiefer.

Kommentar der KZV M-V:

Die Neufassung der Protokollnotiz stellt den Bezug zur Zahl der fehlenden Zähne her, soweit das Gebiet mit fehlenden Zähnen in die Interimsversorgung einbezogen wird. In der bisherigen Protokollnotiz war die „Zahl der ersetzten Zähne“ ausschlaggebend. Die Neufassung beseitigt die Diskrepanzen zwischen den ansetzbaren Festzuschüssen nach Befunden

5.1 bis 5.3 und der dort hinterlegten Regelversorgung nach Nrn. 96a, 96b bzw. 96c BEMA, da die Abrechnung dieser Gebühren ebenfalls durch die Zahl der fehlenden Zähne bestimmt wird, soweit eine Versorgung in einem zahnlosen Gebiet erfolgt.

Weiterhin wird klar gestellt, dass für die Ansetzbarkeit des Befundes 5.4 die Notwendigkeit einer Interimsprothese bei zahnlosem Kiefer ausschlaggebend ist. Die Zahl der zahntechnisch ersetzten Zähne spielt für die Ansetzbarkeit des Befundes 5.4 keine Rolle.

Beispiel: Regelversorgung

Festzuschuss: 5.2

Tatsächlich aufgestellte Zähne auf der Interimsprothese: 13 bis 15 (3 Zähne gesamt)

TP																	
R	E	E	E	E	E	E											
B	f	f	x	x	x	x							k	b	k	f	
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
B	e	e	e	e	e							e	e	e	e	e	
R																	
TP																	

Neue Protokollnotiz zu der Festzuschuss-Richtlinie B 6

Für die Einstufung einer Wiederherstellung als Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung ist nicht die Art der wiederherzustellenden Versorgung maßgeblich. Liegen die Voraussetzungen einer Befundbeschreibung nach 6.0 bis 6.10 vor und ist die jeweilige Wiederherstellungsmaßnahme als Regelversorgung abgebildet, handelt es sich um eine Wiederherstellung innerhalb der Regelversorgung.

Kommentar der KZV M-V:

Für die Einstufung einer Wiederherstellungsmaßnahme (Regelversorgung, gleich- oder andersartige Versorgung) ist nicht die Art der Versorgung, die wiederherzustellen ist, maßgeblich, sondern allein die jeweilige Befundbeschreibung innerhalb der Befundklasse 6. Dies ergibt sich auch aus der Präambel der Festzuschuss-Richtlinien, wonach „dem zahnmedizinischen Befund

unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Festzuschuss-Befund zugeordnet wird“ sowie aus Nr. A 1 der Festzuschuss-Richtlinien, wonach „die dem zahnmedizinischen Befund zugeordneten Befunde von Teil B der Festzuschuss-Richtlinien nur ansetzbar sind, wenn die in den Beschreibungen der nachfolgenden Befunde geregelten Voraussetzungen vorliegen“.

Hinweis der KZBV:

Wiederherstellungsmaßnahmen an Geschieben in Verbindung mit einer Kombinationsversorgung stellen keine Regelversorgung dar, da Geschiebe nach dem BEMA 2004 nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören und somit auch nicht dem Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 100a bzw. 100b entsprechen. Die Wiederherstellungen von Geschieben sind im Rahmen einer gleichartigen Versorgung nach der GOZ berechnungsfähig.

Anzeige

1. Beispiel: **Regelversorgung**
Festzuschüsse: **Oberkiefer 6x 6.9** **Unterkiefer 2x 6.8**

TP																	
R																	
B	e	e	e	t	t	t	e	e		e	e	t	t	t	e	e	e
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	b	k	k											k		f
R																	
TP																	

Bemerkung: Im Oberkiefer Erneuerung der vestibulären Verblendungen an den Teleskopen 13-15 und 23-25.
 Im Unterkiefer Wiederbefestigen der Freundbrücke 45-47.

Erklärung:

Auch wenn es sich bei der vorhandenen Kombinationsversorgung mit 6 Teleskopen nicht um eine Regelversorgung handelt, ist die Wiederherstellung der vestibulären Verblendungen an den Teleskopen innerhalb der Verblendgrenze eine Regelversorgung.

Das konventionelle Wiederbefestigen von Kronen und Brücken ist immer als Regelversorgung abzurechnen, unabhängig von der tatsächlichen Befundlage.

2. Beispiel: **Regelversorgung**
Festzuschüsse: **Oberkiefer 6.5 (Retention mit Metallverbindung erforderlich)**
Unterkiefer 6.5 (gegossenes Halte- und Stützelement am Zahn 37)

TP																	
R															E		
B	e	e	e	e	t	t					t	e	e	x	e	e	
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
B	e	e	e	ok	k							k	ko	e	x		f
R															E	H	
TP																	

Bemerkung: Erweiterung der Zähne 26 und 36 nach Extraktion.

Erklärung: Im Oberkiefer wird nach Extraktion des Zahnes 26 die Funktion des vorhandenen teleskopierenden Kombinations-Zahnersatzes durch eine Erweiterung wiederhergestellt. Im Unterkiefer wird nach Extraktion des Zahnes 36 die Funktion des vorhandenen geschiebegestützten Kombinations-Zahnersatzes durch eine Erweiterung des Zahnes und durch Erweiterung um ein gegossenes Halte- und Stützelement an Zahn 37 wiederhergestellt.

Diese Wiederherstellungsmaßnahmen sind in der Regelversorgung abgebildet, es handelt sich daher um eine Wiederherstellung innerhalb der Regelversorgung.

Bestätigung der Protokollnotiz zur Festzuschuss-Befund Nr. 6.10

6.10 Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn

Befunde 3.2 oder 4.6 Regelversorgung. Der Befund ist nicht ansetzbar, wenn an einem Zahn sowohl Primär- als auch Sekundärteleskop erneuert oder erweitert werden.

Der Sachverhalt wurde bereits in der ab 1. April 2006 gültigen Fassung der Festzuschuss-Richtlinien inhalt-

Protokollnotiz:

Die Versorgung ist bei Vorliegen der

Fortsetzung nächste Seite

lich identisch geregelt. Die erneute Beschlussfassung war erforderlich, da die damalige Begründung eine unzutreffende Feststellung enthielt.

Nunmehr ist klar gestellt, dass der Festzuschuss nach Befund 6.10 unabhängig der topografischen Situation und der Anzahl der vorhandenen Teleskopkronen bei der wiederherzustellenden Versorgung für jedes erneuerungsbedürftiges Primär- oder

Sekundärteleskop ansetzbar ist. Der Befund ist allerdings nicht ansetzbar, wenn an einem Zahn sowohl Primär- als auch Sekundärteleskop erneuert oder erweitert werden.

In Fällen, in denen die topografische Situation für Befund 3.2 nicht vorliegt bzw. die anzahlmäßige Beschränkung für Befund 4.6 nicht greift, ist die Erneuerung von Primär-

oder Sekundärteleskopen als gleichartige Versorgung einzustufen, die jedoch einen Zuschuss nach Befund 6.10 auslöst. Liegen hingegen die Voraussetzungen der Ansetzbarkeit der Befunde 3.2 bzw. 4.6 vor, ist die Erneuerung von Primär- oder Sekundärteleskopen als Regelversorgung einzustufen.

Heidrun Göcks

Beispiel:

**Oberkiefer Regelversorgung,
Unterkiefer gleichartige Wiederherstellung**

Festzuschüsse:

**Oberkiefer 6.10, 4.7 und 6.3
Unterkiefer 6.10 und 6.3**

TP																	
R						½ TV											
B	e	e	e	e	e	t					t	t	e	e	e	e	
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
B	e	e	e	t	t	t	e	e		e	e	t	t	t	e	e	e
R														½ T			
TP																	

Erklärung:

Im Oberkiefer liegt die Befundsituation nach 3.2 vor. Die Erneuerung des Sekundärteleskops ist entsprechend der Protokollnotiz als Regelversorgung einzustufen. Für die Einarbeitung des Sekundärteleskops ist Befund 6.3 und für die Verblendung des Teleskops ist Befund 4.7 ansetzbar.

Im Unterkiefer liegt keine Befundsituation nach 3.2 bzw. 4.6 vor. Die Erneuerung des Sekundärteleskops ist entsprechend der Protokollnotiz als gleichartige Versorgung einzustufen. Für die Einarbeitung des Sekundärteleskops ist Befund 6.3 ansetzbar. Der Befund 4.7 ist hier nicht ansetzbar, da die Erneuerung des Sekundärteleskops außerhalb der Verblendgrenzen ist.

Geänderte Formulare für die Berufsausbildung

Das neue Ausbildungsjahr für Zahnmedizinische Fachangestellte steht unmittelbar bevor, deshalb möchte das Referat für Zahnärzthelferinnen/Zahnmedizinische Fachangestellte alle ausbildungsbereiten Praxen auf die überarbeitete Website der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Bereich der Ausbildung hinweisen. Im internen Bereich der Kammerwebseite (www.zaekmv.de) können sämtliche Formulare,

die für den Abschluss eines Berufsausbildungsvertrages notwendig sind, heruntergeladen werden. Vom Berufsausbildungsvertrag über die Schweigepflichtserklärung, den Ausbildungsplan bis hin zur Schulanmeldung sind alle Formulare vorhanden. Ebenso besteht die Möglichkeit, Anstellungsverträge und Fortbildungsverträge für Zahnärzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte abzuspeichern.

Nach Abschluss der Berufsausbildungsverträge müssen alle Verträge zur Beglaubigung im Referat ZAH/ZFA der Zahnärztekammer eingereicht werden. Die Berufsschulanmeldung erfolgt über die Zahnärztekammer.

Bei Fragen hilft gern das Referat ZAH/ZFA unter der Rufnummer 03 85 - 5 91 08 24, Annette Krause, weiter.

ZÄK

Vorläufiges Programm

17. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

59. Jahrestagung

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

5. - 7. September 2008

im Hotel „Neptun“, Rostock-Warnemünde

Themen

1. Aktuelle Tendenzen in der Parodontologie
2. Standespolitik
3. Aus der Praxis für die Praxis

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald

Standespolitische Leitung

Dr. Dietmar Oesterreich, Reuterstadt Stavenhagen

Organisatorische Leitung

Rechtsanwalt Peter Ihle, Schwerin

Dr. Marion Seide, Parow

Angelika Radloff, Reuterstadt Stavenhagen



Organisatorische Hinweise

Tagungsort

Bernsteinsaal des Hotels „Neptun“
Seestraße 19
18119 Rostock-Warnemünde

Fachausstellung

Während der Tagung findet eine repräsentative
Fachausstellung statt.

Fortbildungstagung für ZAH/ZFA

Am Sonnabend, dem 6.9.2008, findet parallel im Kur-
haus Warnemünde für Zahnarzhelferinnen und Zahn-
medizinische Fachangestellte die 16. Fortbildungsta-
gung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
statt.

Anmeldung

Für Anmeldungen zum 17. Zahnärztetag und zur 16.
Fortbildungstagung für ZAH/ZFA nutzen Sie bitte die
vorgesehenen Anmeldekarten. Diese erhalten Sie Mitte
Mai zusammen mit den Flyern zum Zahnärztetag und
zur Fortbildungstagung für ZAH/ZFA sowie dem Fort-
bildungsprogramm der Zahnärztekammer Mecklen-
burg-Vorpommern für das zweite Halbjahr.

Für Rückfragen

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Telefon: 0385 59108-0
Fax: 0385 59108-20

Unterkunft

Da die Reservierung der Unterkünfte nicht durch uns
erfolgen kann, möchten wir Sie bitten, dies selbst vorzu-
nehmen. Wir schlagen Ihnen folgendes Hotel vor:

Hotel Neptun
Seestraße 19
18119 Rostock-Warnemünde
Telefon: 0381 777-0

Bitte unter dem Stichwort „Zahnärztetag“ buchen:
pro Nacht:

EZ: 135 EUR
DZ: 199 EUR
DZ/Einzelnutzung: 160 EUR

Anmeldeschluss im Hotel Neptun: 25.7.2008

Weitere Unterkünfte nennt Ihnen die:

Tourist-Information Rostock
Telefon: 0381 19433 oder 0381 3812222

Wissenschaftliches Programm

Freitag, 5. September 2008

13.00 Uhr	Eröffnung der Dentalausstellung	15.00 Uhr	Einführung in die Thematik Prof. Dr. Thomas Kocher (Greifswald)
14.00 Uhr	Eröffnung der Tagung durch den Präsidenten der Zahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich, und den 1. Vorsitzenden der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Reiner Biffar Ehrungen	15.15 Uhr	Neue Aspekte zur Ätiologie und Diagnostik von Parodontalerkrankungen Prof. Dr. Ulrich Schlägenhauf (Würzburg)
Thema:	Aktuelle Tendenzen in der Parodontologie	16.00 Uhr	Diskussion und Pause
14.15 Uhr	Arbeitstitel: „Bevölkerungsrelevantes Wissen zur Parodontitis; Konsequenzen für die bevölkerungsweite Aufklärung und versorgungspolitische Situation“ Dr. Dietmar Oesterreich (Stavenhagen)	16.45 Uhr	Ätiologische Zusammenhänge zwischen Parodontalerkrankungen und Biofilm Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski (Rostock)
		17.15 Uhr	Besonderheiten der Therapieplanung im parodontal erkrankten Gebiss Prof. Dr. Andrea Mombelli (Genf)
		18.00 Uhr	Diskussion

Samstag, 6. September 2008

9.00 Uhr	Möglichkeiten und Grenzen der konservierenden Parodontaltherapie Prof. Dr. Thomas Kocher (Greifswald)	14.30 Uhr	Aus der Praxis für die Praxis - gestaltet von der Zahnärztekammer Hamburg : • Moderne Verfahren in der regenerativen Parodontitistherapie Dr. Peter Ghaussy (Hamburg) • Praxisnahe Systematik in der Parodontaltherapie Prof. Dr. Klaus Roth (Hamburg)
9.25 Uhr	Regeneration des Parodontiums - Wo liegen die Grenzen? Prof. Dr. Markus Hürzeler (München)		
10.05 Uhr	Diskussion und Pause	16.30 Uhr	Praxisseminare:
10.50 Uhr	Rote Ästhetik Dr. Wolfgang Westermann (Emsdetten)	Seminar 1	Der Einsatz von Antibiotikum Prof. Dr. Andrea Mombelli (Genf)
11.30 Uhr	Implantate oder aber Zahnerhalt im parodontal geschädigten Gebiss? Priv.-Doz. Dr. Joachim Herrmann (Stuttgart)	Seminar 2	Chirurgische Techniken zur Regeneration - Übungen am Schweinekiefer Priv.-Doz. Dr. Joachim Herrmann (Stuttgart)
12.10 Uhr	Diskussion und Pause	Seminar 3	Das Praxiskonzept Westermann Dr. Wolfgang Westermann (Emsdetten)
12.30 Uhr	Mitgliederversammlung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. (mit Imbiss)	Seminar 4	Die parodontologische Behandlung gesetzlich versicherter Patienten Dr. Holger Garling (Schwerin)
		20.00 Uhr	Geselliger Abend mit Tanz und Büfett Wenzel Prager Bierstuben in Warnemünde

Sonntag, 7. September 2008

9.00 Uhr	Parodontalerkrankungen - eine Volkskrankheit? Langzeitprobleme Demographie Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Greifswald)	10.45 Uhr	Langzeiterfolge bei fortgeschrittener Parodontitis – Ästhetische Aspekte Dr. Andreas Rühling (Kiel)
9.30 Uhr	Parodontalerkrankungen als Ausdruck systemischer Grunderkrankungen Priv.-Doz. Dr. Henry Völzke (Greifswald)	11.15 Uhr	Prothetische Behandlung und Parodontitis im Widerstreit Dr. Torsten Mundt (Greifswald)
10.00 Uhr	Diskussion und Pause	12.30 Uhr	Diskussion und Schlusswort
		13.00 Uhr	Ende der Tagung

Fortbildung im Mai 2008 (1)

17. Mai 8 Punkte

Diagnostik und Therapie periimplan-
tärer Infektionen
Prof. Dr. H. Deppe
9 – 16 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 38
Seminargebühr: 230 €

23./24. Mai 19 Punkte

Curriculum Kinder- und Jugendzahn-
heilkunde Kurs 3 auch als Einzelkurs
buchbar
Der kieferorthopädische Risikopati-
ent – Früherkennung und Prävention
Prof. Dr. R. Grabowski
23. Mai 14 – 19 Uhr,
24. Mai 9 – 17 Uhr
Klinik und Polikliniken für ZMK
„Hans Moral“
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Seminar Nr. 3
Seminargebühr: 350 €

21. Mai

Ästhetische Zahnerhaltung aus Sicht
der zahnmedizinischen Assistenz
(für ZAH/ZFA)
Dr. A. Welk
15 – 18 Uhr
Zentrum für ZMK
Walther-Rathenau-Straße 42a
17489 Greifswald
Seminar Nr. 56
Seminargebühr: 65 €

24. Mai 9 Punkte

Rezessionsdeckung mit Bindege-
webstransplantaten
Zahnarzt H. Thun, Dr. A. Kuhr
9 – 18 Uhr
Zahnarztpraxis Thun
Steinstraße 11
19053 Schwerin
Seminar Nr. 41
Seminargebühr: 310 €

24. Mai

Zufrieden ist in Zukunft nicht zufrie-
den genug! (für ZAH/ZFA)
B. Kühn
9 – 15 Uhr
Radisson SAS Hotel
Treptower Straße 1
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 57
Seminargebühr: 180 €

16. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen
und Zahnmedizinische Fachangestellte

am 6. September 2008 im Kurhaus Warnemünde



**Tagungsleitung: Zahnarzt Mario Schreen
Annette Krause**

- | | |
|-------------------|---|
| 9.00 Uhr | Begrüßung und Einführung
Dr. Dietmar Oesterreich
Präsident der Zahnärztekammer M-V, Stavenhagen |
| 9.30 Uhr | Delegationsrahmen in der Zahnarztpraxis
Was darf ich – was nicht!?
Dr. Sebastian Ziller
Bundeszahnärztekammer, Abt. Prävention |
| 10.00 Uhr | Paradigmawechsel von der Plaque zum Biofilm und
dessen therapeutische Konsequenz
Dr. Alexander Welk, Universität Greifswald |
| 10.30 Uhr | Diskussion und Pause |
| 11.15 Uhr | Risikomanagement - Eine Herausforderung an das
Team der Oralprophylaxe am Beispiel OH Manager
Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf, Universität Würzburg |
| 11.45 Uhr | Moderne Aspekte der Kinderzahnheilkunde
Dr. Christine Berndt, Universität Greifswald |
| 12.15 Uhr | Diskussion und Schlusswort |
| 14. 30 Uhr | Seminare im Hotel Neptun Warnemünde |
| Seminar 1 | Training - Zeitmanagement für die
Verwaltungsassistentin
Christine Gaede-Thamm, Hamburg |
| Seminar 2 | Beschwerden managen - Patienten binden
Der professionelle Umgang mit Beanstandungen
im Praxisalltag
Jennifer Schnell, Berlin |
| Seminar 3 | Mechanische Plaqueentfernung in der häuslichen
Mundpflege - Möglichkeiten der Effektivitäts-
steigerung
Dr. Alexander Welk, Universität Greifswald |

Der Versand des Flyers inklusive der Anmeldekarte erfolgt im Mai 2008.



Anzeige

- Versicherungsvermittlung als Makler für Zahnärzte
- Finanzplanung/ Finanzierung
- Geldanlage/ Vermögensaufbau im Focus der Abgeltungssteuer '09
- Praxisniederlassung/ Praxisverträge
- Praxisbewertung/Praxisabgabe

in Kooperation: **Frau E. Lohpens** - Steuerberaterin für Zahnärzte/
Kanzlei Saß & Liskewitsch - Arzt- und Medizinrecht

A.S.I. Geschäftsstelle
Rostock / Greifswald
Dipl.-Kfm. Lutz Freitag
Graf-Schack-Str. 6a
18055 Rostock
Tel. 0381- 25 222 30
freitag@hro.asi-online.de
www.asi-online.de

Nebeneinanderberechnung der GOZ-Nrn. 218 und 219

Die GOZ-Nr. 218 – Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone

Die GOZ-Nr. 219 – Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung oder Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone

Bei konfektionierten Stiften und Schraubenaufbauten, die zusätzlich vor der Präparation mit plastischen Material ummantelt werden müssen, sind die Gebührennummern 219 und 218 GOZ orts- und zeitgleich nebeneinander berechnungsfähig.

Ein Leistungsausschluss zur Nebeneinanderberechnung der GOZ 218 und 219 ist in der GOZ nicht zu finden. Einen Hinweis auf die zulässige Nebeneinanderberechnung beider Leistungen geben auch die entsprechenden Abrechnungsbestimmungen im Bema-Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Es kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein, Privatversicherte/Beihilfeberechtigte schlechter zu stellen als gesetzlich krankenversicherte Patienten.

Nach den Richtlinien einiger Beihilfestellen wird die gleichzeitige Berechnung der Ziffern 219 und 218 GOZ nicht erstattet. Auch die meisten privaten Krankenversicherungen verweigern hier die Kostenerstattung. Beim Patienten verbleibt dadurch ein höherer Eigenanteil. Für die Rechnungserstellung ist diese Einschränkung nicht bindend.

Adhäsiv befestigte Stiftaufbauten und Aufbaufüllungen

Bei dentin-adhäsiv befestigten Aufbaufüllungen und Stiftaufbauten handelt es sich um Leistungen, die

nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthalten sind, da diese Versorgungsform erst nach 1988 entwickelt wurde. Deshalb kann eine Analogberechnung nach § 6 Abs. 2 GOZ vorgenommen werden. Die Wahl der Analogposition aus der GOZ steht dem Behandler grundsätzlich frei.

Die GOZ-Referenten der Zahnärztekammern aller Bundesländer sind sich einig: Aufbaufüllungen und Stiftaufbauten, die dentinadhäsiv verankert sind, können gemäß § 6 Abs. 2 GOZ analog berechnet werden. Bei Kombination beider Leistungen in Dentin-Adhäsiv-Technik kann dies als **eine** analoge Gesamtleistung berechnet werden.

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

Zu guter Letzt

In unserer Januarausgabe 2008 vergaßen wir, auf den 1. Jahrestag der Abschaffung des Ost-Abschlages für die GOZ 88 hinzuweisen. Trotz mehrfacher Veröffentlichung u.a. im „dens“ und in der „zm“ erreichen uns im GOZ-Referat heute noch Anfragen von Zahnärzten, die von dieser Regelung noch nichts gehört haben!

Das Inkrafttreten der neuen GOZ wird sich weiter verzögern, so dass wahrscheinlich in diesem Jahr nicht mehr mit ihrem Erscheinen zu rechnen ist. Die Zahnärztekammer wird alle Kollegen rechtzeitig informieren und ausreichend Seminare zu gegebenem Zeitpunkt anbieten.

Andreas Wegener
Vizepräsident/GOZ-Referent

Fortbildung im Mai 2008 (2)

31. Mai

6 Punkte

Initialtherapie = kausale Therapie der Parodontitis

Prof. Dr. H. Jentsch

9 – 14 Uhr

Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Morat“

Stempelstraße 13

18057 Rostock

Seminar Nr 43

Seminargebühr: 250 €

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 unter dem Stichwort Fortbildung).

Bitte beachten Sie die

Terminänderung:

Das Seminar Nr. 29 „Aktuelle rechtliche Aspekte zahnärztlicher Tätigkeit“ mit den Referenten Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt und Rechtsanwalt Peter Ihle geplant am 18. April 2008 in Neubrandenburg **muss auf den 25. April 2008 verlegt werden.**

Das Seminar findet am 25. April 2008 von 15.00 bis 19.00 Uhr im Radisson SAS Hotel, Treptower Straße 1 in Neubrandenburg statt.

Das Seminar Nr. 35 „Die prothetische Planung – eine lebenslange Strategie“ mit den Referenten Prof. Dr. Reiner Biffar, geplant am 25./26. April 2008, in Güstrow **muss auf den 16./17. Mai verlegt werden.**

Das Seminar findet am 16. Mai von 15 bis 21 Uhr und am 17. Mai von 8 bis 14 Uhr im Kurhaus am Insensee, Heidberg 1, in Güstrow statt.

ZÄK M-V

15. Kurs mit Dentalhygienikerinnen aus den USA

Zahnärztliche Prophylaxe als medizinische Pflicht

Eine kürzlich in der wissenschaftlichen Zeitschrift „Kardiologie“ publizierte Studie von Naber et al. zur Prophylaxe der infektiösen Endokarditis ließ aufhorchen: Die Mehrzahl aller untersuchten Endokarditis-Fälle wird nicht durch invasive (zahn-)medizinische Eingriffe verursacht, so dass folglich über andere Risikofaktoren nachgedacht werden muss. Kardiologen vermuten vor diesem Hintergrund neuerdings eine mangelnde Mundhygiene bzw. orale Entzündungen als begünstigende Voraussetzung für die Entstehung einer Endokarditis.

Die aktuelle parodontologische Forschung könnte derartige Vermutungen durchaus bestätigen, wenn man bedenkt, dass neun Millimeter tiefe entzündete Zahnfleischtaschen bei voller Bezahnung in der Summe einer Fläche von ca. 25 cm² entsprechen, also eine wirklich beachtliche Größe für eine offene Wunde und damit auch ein idealer Zugang für entzündliche Keime in die Blutbahn.

Es konnte schon jetzt gezeigt werden, dass die individuelle Leukozyten-Anzahl als typischer Marker einer systemischen Entzündung am besten mit der profunden Parodontitis korreliert.

Somit gewinnt die individuelle orale Prophylaxe mit professioneller Kontrolle und ggf. Unterstützung durch speziell geschultes Personal im Recall eine besondere Bedeutung, die weit über unser Fachgebiet hinausgeht. Jegliche Maßnahmen, die Entzündungen in der Mundhöhle beseitigen oder verhindern, sind hilfreich und anstrengenswert. Dabei sollten zunächst alle präventiven Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die ohne den Einsatz von Antibiotika auskommen, z.B. mechanische Reinigung und Mundspüllösungen, um somit nicht unnötig zur antibiotischen Multiresistenzbildung von Bakterien beizutragen, denn auch das wird zu einem immer größeren Problem in der medizinischen Entzündungsforschung und Therapie.

Vor diesem Hintergrund führt Profes-

sor Kathleen Newell zum 15. Mal von der School of Dental Hygiene an der Universität Minneapolis/Minnesota einen Kurs an unserer Zahnklinik durch. „Prophylaxekonzepte, Hand- versus Ultraschallinstrumentierung, Ergonomie, Diagnostik, neue Forschungsergebnisse“

Termin: 21. – 25. Juli 2008

Teilnehmerzahl: max. 20 (praktisch)

Gebühr: 950 Euro (inkl. Verpflegung)

Teilnahmevoraussetzung: Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), fortgebildete Assistentin Prophylaxe/Prophylaxeassistentin, Zahnmedizinische Fachassistentin, Zahnärztin/Zahnarzt (Fortbildungspunkte entsprechend der DGZMK/BZÄK)

Anmeldungen (nur schriftlich) und Anfragen sind zu richten an:

Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, Renate Guder, Abteilung Parodontologie, Zentrum für ZMK-Heilkunde, Walther-Rathenau-Str. 42a, 17475 Greifswald, Tel.: 038 34 - 86 71 27, Fax: 038 34 - 86 71 64, Email: guder@uni-greifswald.de

Anzeige

XIV. Kongress-Schiffsreise der brandenburgischen Zahnärzte

Reisetermin: 26.09.-03.10.2008
Reiseroute: Palma de Mallorca, Neapel, Rom, Marseille, Barcelona

Reisepreise pro Person:

Innenkabine: ab 1278,00 EUR
 Aussenkabine: ab 1578,00 EUR
 Balkonkabine: ab 1753,00 EUR
 In der Kabine mit 2 Vollzahlern:
 Kind 2-15 Jahre: 100,00 EUR
 Erwachsener: 300,00 EUR

Für das wissenschaftliche Programm wird von den Kongressteilnehmern eine Gebühr in Höhe von 250,00 EUR erhoben. Die Kongressgebühr ist ebenfalls an das Reisebüro zu entrichten.

Die Anreise kann individuell erfolgen.

Über Atlasreisen buchbar ist ein Flug ab Berlin inkl. Transfer zum Schiff:

Erwachsener: 310,00 EUR
 Kind: 190,00 EUR

Veranstalter: Verband Niedergelassener Zahnärzte Land Brandenburg e. V.



Buchung über:

DER Deutsches Reisebüro GmbH & Co. OHG
 Atlasreisen im Kaufhof
 August-Bebel-Straße 2
 03046 Cottbus
 Ansprechpartnerin: Frau Noack
 Tel.: 0355 791718 oder 0355 791612
 Fax: 0355 798117
 E-Mail: cottbus.75182@atlasreisen.de
 Geschäftszeiten:
 Montag bis Freitag: 09:30 - 20:00 Uhr
 Samstag: 09:30 - 18:00 Uhr

Service der KZV Mecklenburg-Vorpommern

Praxisabgabe/-übernahmen

Gesucht wird zum 1. Juli 2009 ein Zahnarzt als Nachfolger für eine **Allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Rostock**. Der Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym.

Die von Helga Söhlig seit dem 28. Dezember 1990 geführte Zahnarztpraxis in 19089 Crivitz, Straße der Freundschaft 15, wird ab dem 1. April von Michael Töpke weitergeführt.

Ende der Niederlassung

Dr. med. dent. Klaus-Dieter Thiede
Zahnarzt
Waldstraße 13
18528 Bergen

Sven Krause
Zahnarzt
Ernst-Thälmann-Straße 11
17335 Strasburg

Ruhen der Zulassung

Die Zulassung von Dipl.-Stom. Petra Götze ruht bis zum 31.12.2009.

Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

Der Zahnarzt Dr. Henning Bartels verlegt mit Wirkung vom 01. April 2008 seinen Vertragszahnarztsitz zum Dreescher Markt 2 in 19061 Schwerin.

Die Zahnärztin Kira Heiden verlegt mit Wirkung vom 5. Mai 2008 ihren Vertragszahnarztsitz vom Heinrich-Heine-Ring 76 in die Prohnenstraße 42 in 18435 Stralsund.

Sitzungen des Zulassungsausschusses

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte für den 16. April 2008 und 11. Juni 2008 anberaumt sind.

Aus gegebenem Anlass weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin einzureichen sind. Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

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

Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt und demnach auch nicht entschieden.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Be-

schlussfassung des Zulassungsausschusses:

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

Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern Tel.: 03 85-5 49 21 30 bzw. E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de.

Führung von Börsen

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

- Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung
- Praxis sucht Vorbereitungsassistenten/Entlastungsassistenten/angestellten Zahnarzt
- Praxisabgabe
- Praxisübernahme
- Übernahme von Praxisvertretung

Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (Tel.: 03 85-5 49 21 30 bzw. E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Anzeige

Guten Tag, liebe Zahnärztinnen und Zahnärzte,

Sie wollen mehr Patienten für die Prophylaxe gewinnen? Sie wollen mehr hochwertigen Zahnersatz für Ihre Patienten? Sie wollen wieder mehr Spaß in der Praxis?

Schenken Sie mir 10 Minuten Ihrer Zeit und ich stelle Ihnen vor, wie Sie das realisieren! Ich komme kostenlos zu Ihnen in Ihre Praxis und Sie erhalten konkrete Vorschläge, wie Sie zukünftig mehr Gewinn machen!



Michael Engler,

Praxistrainer und Zahntechnikermeister

(Mitentwickler TEK-1, Erfinder der Basic-Krone)

Telefon: (03 81) 4 96 88 70 • Fax: (03 81) 4 96 88 71

Schwaaner Landstr. 176 • 18059 Rostock

Angebote der KZV M-V zur Fortbildung

PC-SCHULUNGEN

Punkte: 3

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
 Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

Gebühr:

60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorbereitungsassistenten und Zahnarzhelferinnen

Sicherheit im Internet

Inhalt:

- Viren, Würmer und Trojaner – eine Unterscheidung
- Hacker im Internet – ein kleiner Exkurs
- Dialer – seriöse und unseriöse Anbieter unterscheiden
- Schutzmöglichkeiten – Vorsicht ist die Mutter der Porzellankiste

Wann: 9. April 2008,

16 - 19 Uhr, Schwerin

PowerPoint 2003

Inhalt:

- die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen
- Arbeiten mit PowerPoint unter verschiedenen Ansichten
- Freies Erstellen einer Präsentation
- Verwendung eines Folienmasters
- Einfügen verschiedener Elemente
- Aktionseinstellungen

Wann: 30. April 2008,

16 - 19 Uhr, Schwerin

E-Mail echt einfach mit

Outlook Express

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: 7. Mai 2008,

16 - 19 Uhr, Schwerin

Outlook 2003 - leicht und verständlich

Inhalt:

- Basiswissen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Antje Peters

Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

Fax: 03 85-5 49 24 98

E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

- Nachrichtenaustausch
 - Adressverwaltung
 - Termin- und Aufgabenverwaltung
 - Verwaltung und Organisation
- Wann: 4. Juni 2008,
16 - 19 Uhr, Schwerin

Schatztruhe Gratissoftware

Inhalt:

- Avira-AntiVir – Gratis-Virenschutz
 - OpenOffice – Alternative für Word, Excel & Co.
 - Google-Picasa – kostenloser Photo-Shop
 - Wikipedia – „Brockhaus-Ersatz“ für lau
- Wann: 11. Juni 2008,
16 - 19 Uhr, Schwerin

BEMA-Seminar für Auszubildende im 3. Lehrjahr und Neueinsteiger

Punkte: 6

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

Inhalt:

- **Vertragszahnärztliche Abrechnung von KCH-, KFO- und ZE-Leistungen**
- gesetzliche Grundlagen der vertrags-

- zahnärztlichen Behandlung
 - endodontische Behandlungsmaßnahmen
 - Früherkennungsuntersuchungen und Individualprophylaxe
 - Praxisgebühr
 - zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht
 - vertragszahnärztliche Kfo-Behandlung
 - ZE-Festzuschüsse
- Wann: 19. April 2008,
10 - 17 Uhr in Schwerin

Individualprophylaxe – Chance für Umsatzzuwachs in der Praxis

Punkte: 3

Referentin: Prof. Dr. Sabine Fröhlich

Inhalt:

- Status quo – KZV-Statistik über Inanspruchnahme von IP-Leistungen
- Hinweise und Tipps für die Abrechnung nach BEMA und GOZ
- gesetzliche Grundlagen
- Prophylaxe Shop
- Patientenbindung durch Individualprophylaxe

Wann: 23. April 2008, 15 - 18 Uhr in Greifswald

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



Ich melde mich an zum Seminar:

(Bitte zutreffendes Seminar ankreuzen)

- Sicherheit im Internet am 9. April 2008, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- BEMA-Seminar für Azubis und Neueinsteiger am 19. April 2008, 10 - 17 Uhr, Schwerin
- Individualprophylaxe am 23. April 2008, 15 - 18 Uhr, Greifswald
- PowerPoint 2003 am 30. April 2008, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- E-Mail (Outlook Express) am 7. Mai 2008, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- Outlook 2003 am 4. Juni 2008, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- Schatztruhe Gratissoftware am 11. Juni 2008, 16 - 19 Uhr, Schwerin

Datum / (Seminar)	Name, Vorname	Abr.-Nr.	ZA / ZAH / VAZ

Unterschrift, Datum

Stempel

Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer – aktueller Wissensstand

Empfehlungen zur zahnärztlichen Prophylaxe und Erkennung Teil 1: Pharmakologische Aspekte, Ätiologie und Klinik

Einleitung

Bisphosphonate werden seit Jahrzehnten in der Behandlung der Osteoporose sowie anderer Erkrankungen des Kalzium- und Knochenstoffwechsels eingesetzt. Im Jahr 2003 wurden erstmals Fallbeschreibungen atypischer Nekrosen der Kieferknochen (engl.: „Osteonecrosis of the jaws“, ONJ) bei Patienten unter Bisphosphonaten (BP) bekannt. Im gleichen Maße, wie sich seither der Verdacht auf eine therapiespezifische Komplikation erhöhte, nahmen die publizierten Fallzahlen von Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrosen (engl.: „BP-ONJ“) zu.

Da die Erkrankung erhebliche Bedeutung für die zahnärztliche Praxis hat, sollen in der vorliegenden Arbeit nochmals (vergl. u.a. Nicklisch, K.; Sümnig, W.; dens 12/2006) Ätiologie und Klinik dieser Kiefernekrosen zusam-

mengefasst werden. Besonderes Augenmerk gilt den aktuellen Empfehlungen für den zahnärztlichen Umgang mit solchen Patienten.

Bisphosphonate

Bisphosphonate wurden vor über 40 Jahren erstmals synthetisiert. Sie sind Analoga natürlich vorkommender anorganischer Pyrophosphate, einem Mediator der endogenen Knochenmineralisation. Nach ihrer chemischen Struktur werden die Substanzen in Alkylbisphosphonate und Aminobisphosphonate eingeteilt (Tabelle 1). Alkylbisphosphonate werden in intrazellulären Stoffwechselfolgen zu toxischen ATP-Analoga umgewandelt und schädigen relativ selektiv den Zellmetabolismus von reifen Osteoklasten, also knochenabbauenden Zellen. Aminobisphosphonate wirken wesentlich komplexer und auch dosisabhängiger. Sie

hemmen ein wichtiges Enzym des Mevalonsäurezyklusses und schädigen hierdurch wichtige Funktionen des Zellskeletts. Diese Effekte kommen bereits bei der Reifung, Differenzierung und Migration von Osteoklastenvorstufen zum Tragen.

Grundsätzlicher Effekt aller Bisphosphonate ist eine Hemmung der Osteoklastentätigkeit, wodurch die Kalzium-Freisetzung aus dem Knochen sinkt. Weniger ausgeprägt, aber ebenfalls vorhanden, ist eine Hemmung der Osteoblasten. Da der physiologische, aber krankhaft gesteigerte Knochenabbau stärker reduziert wird als der Knochenanbau, resultiert insgesamt eine positive Knochengewebebilanz.

Bisphosphonate gehen eine stabile kovalente Bindung mit dem Hydroxylapatit des Knochens ein, woraus je nach Substanz eine Halbwertszeit im Bereich von Monaten bis Jahren resultiert.

Tabelle 1: In Deutschland zugelassene Bisphosphonate

Darreichungsform	Gruppe	Wirksubstanz	Handelsname
Peroral (Tabletten, Filmtabletten)	Alkylbisphosphonate	Clodronat	Bonefos [®] , Clodron [®] , Clodron HEXAL [®] , Beta [®] , Ostac [®]
		Etidronat	DidroneI [®] , Diphos [®] , Etidronat JENAPHARM [®] , Etidron HEXAL
		Tiludronat	Skelid [®]
	Bisphosphonate mit basischen, stickstoffhaltigen Heterozyklen	Risedronat	Actonel [®]
	Aminobisphosphonate	Alendronat	Fosamax [®] , Alendron HEXAL [®] , Alendron beta [®] , Fosavance [®] , Tevanate [®]
		Ibandronat	Bondronat [®] , Bonviva [®]

Intravenös (Infusion, Inf.konzentrat)	Alkylbisphosphonate	Clodronat	Bonefos [®] , Clodron HEXAL [®] , Ostac pro infusione
	Bisphosphonate mit basischen, stickstoffhaltigen Heterozyklen	Zoledronat	Zometa [®] , Aclasta [®]
	Aminobisphosphonate	Pamidronat	Aredia [®] , Pamidro-cell [®] , Pamidron HEXAL, Pamiphos [®] , Ribodronat [®] , Pamidronat [®] FAULDING, Pamidronat [®] MAYNE
		Ibandronat	Bondronat [®]



Phosphornekrose.

Durch langandauernde Einwirkung giftiger Phosphordämpfe entstehen Entzündungen an den Kiefern, besonders am Unterkiefer, die zu weitgehender Nekrotisierung, u. U. des ganzen Unterkiefers führen können. Im nebenstehenden Bilde sieht man die stark gerötete und geschwollene Schleimhaut und den großen, den ganzen Zahnbogen umfassenden Sequester. Die Zähne sind bereits aus den Alveolen herausgefallen.

Abbildung 1: Phosphornekrose des Kiefers. Aus: Moral, H.; Frieboes, W.; Atlas der Mundkrankheiten; F.C.W. Vogel, Leipzig, 1924

Indikationen und Effekte

Am weitaus häufigsten kommen perorale Bisphosphonate bei benignen Erkrankungen (Morbus Paget, Osteogenesis imperfecta) zum Einsatz, bei denen die durch Osteoklasten verursachte Knochenresorption vermindert werden soll. Über 90 Prozent aller Verordnungen entfallen auf Patientinnen mit postmenopausaler Osteoporose. Maligne Erkrankungen, deren ossäre Manifestationen mit intravenösen BP rein symptomatisch therapiert werden, sind z. B. das multiple Myelom/Plasmozytom, Knochenmetastasen solider Tumoren (z. B. Mamma-, Prostata-, Bronchialkarzinom) sowie tumorassoziierte Hyperkalzämien. Bei solchen Erkrankungen soll die fortschreitende Knochendestruktion mit entsprechenden „skelettalen Komplikationen“ therapeutisch beeinflusst werden. Bereits nach zirka sechs Monaten kommt es zu einer deutlichen Reduktion von Knochenschmerzen und Spontanfrakturen und somit verbesserten Lebensqualität. Auch die Symptome einer begleitenden Hyperkalzämie (Benommenheit, Übelkeit und Erbrechen, Herzrhythmusstörungen, Nierenschädigung) werden durch die Hemmung des Knochenstoffwechsels effektiv therapiert. Patienten mit maligner Grunderkrankung benötigen deutlich seltener adjuvante Bestrahlungen bzw. Stabilisierungsoperationen bei pathologischen Frakturen z. B. der Wirbelkörper. Darüber hinaus werden zumindest einzelnen Medikamenten direkte Effekte auf das Tumorleiden im Sinne einer Reduktion der Metastasenzahl bzw. einer Erhöhung des Gesamtüberlebens zugeschrieben. Als Grund

wird angenommen, dass die anti-resorptive Wirkung der Bisphosphonate auch eine hemmende Wirkung auf die Nidation und Ausbreitung maligner Zellen im Knochen hat.

Nebenwirkungen der Bisphosphonate

Grundsätzlich zeichnen sich Bisphosphonate durch eine geringe Nebenwirkungsrate aus. Am häufigsten kommt es zu gastrointestinalen Beschwerden (Übelkeit, Oberbauchbeschwerden, Dyspepsie, Diarrhoe). Auch Akute-Phase-Reaktionen (Fieber, Leukozytose, Grippe-Symptome wie Gelenk- und Muskelschmerzen), Hautallergien, okkuläre Symptome (Augenentzündungen), Hypokalzämien/Hypomagnesiämien und Nierenfunktionsstörungen bis zum akuten Nierenversagen wurden beschrieben. Die Inzidenz von Nebenwirkungen liegt bei peroraler Gabe bei zwei bis zehn Prozent, bei intravenöser Gabe bei 10 bis 20 Prozent.

Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrose der Kiefer (BP-ONJ)

Bereits im 19. Jahrhundert wurden der BP-ONJ ähnliche Kiefernekrosen beschrieben, zu denen übrigens auch der damalige Leiter der „Universitäts-Klinik für Mund- und Zahnkrankheiten zu Rostock“, Prof. Dr. Hans Moral, eigene Untersuchungen anstellte (Abb.1). Die Arbeiter von Zündholzfabriken, welche jahrelang Dämpfe von weißem und gelbem Phosphor einatmeten, litten häufig unter Nekrosen der Schleimhaut und der Kiefer, Knocheneiterungen und intra-/extraoralen Fistelungen (sog. „Phosphorkiefer“, „Phossey Jaw“). In 20

bis 50 Prozent der Fälle führte die Erkrankung (nicht selten durch Suizid) zum Tod. Nachdem die Ätiologie der Nekrosen erkannt worden war, führte das Verbot des Phosphors bei der Zündholzherstellung Anfangs des 20. Jahrhunderts zum ersten Mal zur effektiven Bekämpfung einer Berufserkrankung.

Im Jahr 2003 wurden erste Fallberichte von Kiefernekrosen bei Patienten, die unter einer Langzeittherapie mit Bisphosphonaten stehen, veröffentlicht. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten litt unter onkologischen Erkrankungen und erhielt eine intravenöse BP-Therapie, zirka 5 Prozent aller Fälle entfielen auf unter peroraler BP-Therapie stehende Osteoporosepatienten. Da die an bösartigen Erkrankungen leidenden Patienten aber ebenfalls Zytostatika, Glukokortikoide bzw. Immunsuppressiva erhielten und häufig eine Anämie aufwiesen, wurde die kausale Beziehung zwischen Bisphosphonaten und den beobachteten Kiefernekrosen insbesondere von der Pharmaindustrie zunächst in Frage gestellt. Bereits im Jahr 2004 wurden aber größere Patientenkollektive identifiziert, die unter Bisphosphonat-Therapie auch ohne solche Co-Faktoren entsprechende Veränderungen der Kiefer aufwiesen. Bis Anfang 2006 wurden weltweit insgesamt 774 Fälle Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen publiziert.

Ätiologie

Neben einer Verminderung des Knochenumsatzes („Bone Remodelling“, s.o.) hemmen Bisphosphonate auch die Neubildung von Gefäßzellen („Neoangiogenese“). Das Zusammenwirken beider Fak-

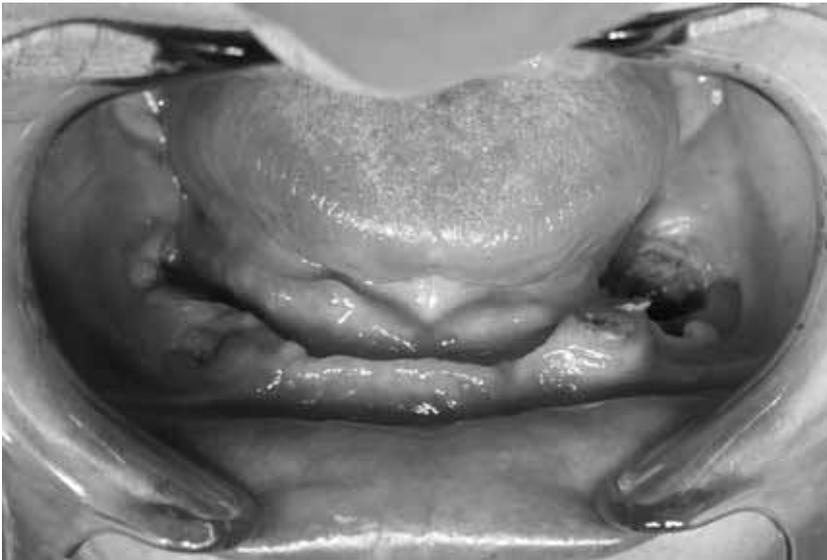


Abbildung 2: 48-jährige Patientin, Zoledronat-Therapie bei metastasiertem Mamma-CA (ED 2005); freiliegender, nekrotischer Knochen Regio 38-36, 44, 47-48; Fistel Regio 32, Wurzelreste 34,35

toren kann nach einem variablen Zeitraum zu einer schleimhautgedeckten, dadurch aseptischen und in der Regel asymptomatischen Nekrose von Kieferknochen führen. In der Literatur werden ca. 5 intravenöse Gaben eines Bisphosphonates als kritische Dosis für eine Prädisposition zur BP-ONJ angegeben. Unter experimentellen Bedingungen ließen sich allerdings im Hundemodell die typischen Veränderungen am Knochen bereits nach einer Einzelgabe der Substanzen nachweisen.

Kommt es z.B. durch eine Prothesendruckstelle, Extraktionsbehandlung oder akzidentelle Verletzung (z.B. bei der Mundhygiene) zu einer Eröffnung der bedeckenden Schleimhaut, wird die Nekrose innerhalb kürzester Zeit im Mundhöhlenmilieu bakteriell besiedelt und es entsteht eine infizierte, symptomatische Kiefernekrose. In ähnlicher Weise kann eine Keimverschleppung durch eine Parodontitis marginalis oder apicalis eine BP-ONJ auch ohne klinisch sichtbare Schleimhautveränderungen verursachen.

Nach den bis dato vorliegenden Daten treten klinisch manifeste Symptome einer BP-ONJ überwiegend bei intravenöser Therapie sowie in der Regel erst nach mehrjähriger Bisphosphonattherapie auf (Median 22-39 Monate), in Einzelfällen bereits nach 4 Monaten. Wesentlich ist, dass bereits bestehende pathologische Knochenver-

änderungen durch Metastasen, Bestrahlungen der Kopf-Hals-Region sowie eine Kortison- oder Immuntherapie die Anfälligkeit für eine BP-ONJ erheblich erhöhen. In rund 60% der Fälle geht dem Ausbruch der Erkrankung eine dentale Pathologie bzw. ein parodontal-/oralchirurgischer Eingriff voraus.

Anamnese und Klinik

Die Patienten berichten in der Regel über seit längerem bestehende intraorale, meist lokalisierte Beschwerden/Schmerzen sowie eine mäßige Weichteilschwellung, welche charakteristischerweise nicht auf lokale bzw. antibiotische Therapie ansprechen. Bei längerer Anamnesedauer sind Spontanverluste von erkrankungsbedingt gelockerten Zähnen möglich. Klinisch

bestehen ein ausgeprägter Foetor ex ore sowie eine teigige, unterschiedlich intensive Schwellung der bedeckenden Weichteile. Bei Befall des Unterkiefers kann eine Hyp-/Anästhesie des gleichseitigen Nervus mandibularis bestehen. Intraoral finden sich charakteristischerweise Schleimhautläsionen, die (z.B. bei Schleimhautgestütztem Zahnersatz) auch im Bereich des Tuber maxillae und lingualem Alveolarfortsatz lokalisiert sein können. Die den Defekt begrenzende Schleimhaut kann reizlos anmuten oder auch granulierende Randwälle aufweisen, der betroffene Knochen imponiert gelblich-weißlich verfärbt (Abb.2). In späteren Stadien können Sequestrierendes des Knochens sowie Fistelungen zum Nasenboden, zur Kieferhöhle und in die extraoralen Weichteile auftreten.

Radiologischer Befund

Der radiologische Befund einer BP-ONJ ist im Frühstadium unspezifisch. Häufigstes Indiz in Verlaufskontrollen ist die „persistierende Alveole“, also eine fehlende knöcherne Durchbauung des Zahnfachs nach Extraktion oder spontanem Zahnverlust (Abb.3,4). Bei in das Geschehen einbezogenen Zähnen finden sich häufig Parodontalspaltverbreiterungen. Im Gegensatz zum Befund bei Osteoradionekrosen und anderen Osteomyelitiden lassen sich in Verlaufskontrollen aber keine zunehmenden Osteolysen feststellen. In späteren Stadien können eher unscharf begrenzte, wolkenförmige Aufhellungen, ggfls. Sequestrierungen/Spontanfrakturen abbildbar sein. Bei Patienten mit maligner Grunderkrankung ist die Abgrenzung zu Tumorrezidiven,



Abbildung 3: Orthopantomographie einer 75-jährigen Patientin; Zoledronat-Therapie bei Plasmozytom (ED 2002); persistierende Alveolen nach Extraktion der Zähne 37, 38 vor 7 bzw. 12 Monaten

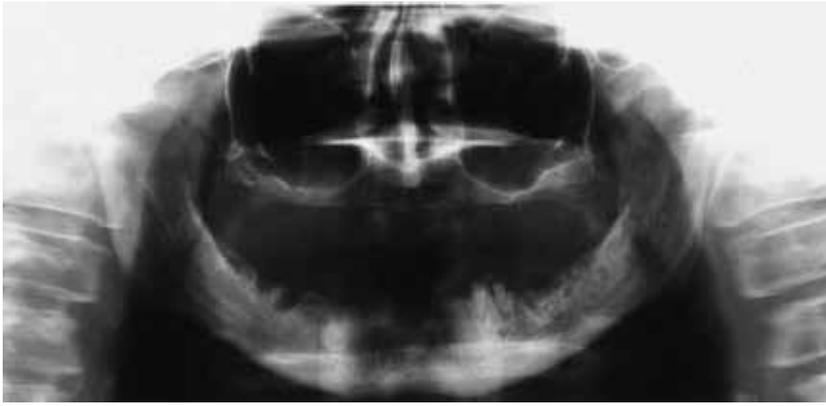


Abbildung 4: Orthopantomographie der Patientin aus Abb.1; multiple persistierende Alveolen Unterkiefer bds., Wurzelreste 34,35

neuen Herden bzw. Knochenmetastasen solider Tumoren schwierig.

BP-ONJ – eine isolierte Erkrankung der Kiefer

Obwohl Bisphosphonate im gesamten Skelett wirken, bilden sich die typischen Nekrosen nur im Bereich des Schädels aus und werden im Kieferbereich klinisch manifest. Ursächlich für diesen Zusammenhang könnten einige wesentliche Unterschiede zwischen diesen knöchernen Strukturen und dem restlichen Skelettsystem sein.

Unter klinischen Gesichtspunkten liegt in der Mundhöhle – im Gegensatz z.B. zum Achsenskelett - nur eine sehr dünne Weichteilbedeckung der knöchernen Strukturen vor, so dass eine bakterielle Besiedelung eines Knochenabschnitts vergleichsweise schneller möglich ist. Wesentlich häufiger entstehen Infektionen der Kieferknochen aber auch ohne Haut-/Schleimhautläsion z.B. durch marginale / apikale Parodontitiden. Letztlich wird eine behandlungsbedingte Freilegung und lokale Traumatisierung von Kieferknochen (z.B. durch Extraktionen) in aller Regel der Sekundärheilung überlassen, was an jeder anderen Stelle des Körpers konsequent vermieden wird.

Die Zahnärzten seit langem bekannte Osteoradionekrose und eine

BP-ONJ weisen ätiologisch und klinisch einige Gemeinsamkeiten auf: auch bei der Osteoradionekrose kommt es durch die Bestrahlung der Kopf-Hals-Region zu einer Schädigung der im Knochen verlaufenden Gefäße, so dass dieser einer bakteriellen Infektion keine Abwehr entgegen zu setzen vermag. Da der Unterkiefer im Vergleich zur Maxilla aber eine dichtere Knochenstruktur und keine Kollateralen aufweist, ist er bei der Osteoradionekrose im Verhältnis von über 20:1 überrepräsentiert. Bei Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrosen ist das Verhältnis demgegenüber annähernd ausgeglichen.

Prophylaxe der BP-ONJ

Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen werden durch parallel ablaufende Behandlungen unterschiedlicher Fachdisziplinen (Hausärzte, Orthopäden, Gynäkologen, Hämatologen, Onkologen, Zahnärzte, MKG-Chirurgen) iatrogen gebahnt und ausgelöst. Entsprechend sind sie nur durch interdisziplinäre Absprache und Kooperation vermeidbar.

Die Behandlung der BP-ONJ ist invasiv, nicht selten mit erheblichen Einbußen der individuellen Lebensqualität des Patienten sowie derzeit noch schlechter Prognose

verbunden (s.u.) und verursacht erhebliche Kosten. Aus medizinischen, wirtschaftlichen, ethischen und juristischen Gründen muss also intensives Augenmerk auf die Vorbeugung und Vermeidung der Erkrankung gelegt werden.

Idealerweise sollte ein Patient bereits vor Therapiebeginn vom Bisphosphonat-verschreibenden Arzt (z.B. Internist, Hämato-Onkologe, Gynäkologe, Orthopäde) über das spezifische Risiko einer BP-ONJ aufgeklärt und zu einer gezielten Abklärung des Zahnstatus vorgestellt werden. Wesentlich häufiger dürfte aber zumindest derzeit noch die Situation sein, dass ein in regelmäßigem Recall befindlicher Patient mit einer Bisphosphonattherapie beginnt und hierdurch zum zahnärztlichen Risiko-Patient wird. Insofern verdeutlichen solche Patienten einmal mehr die Bedeutung der regelmäßigen Aktualisierung einer zahnärztlichen Anamnese. Dies insbesondere, weil die interdisziplinäre Abstimmung bei dieser relativ neuen Erkrankung noch verbesserungsfähig ist und weil der Mehrzahl der Patienten die potentiell fatale Bedeutung der Medikamente für eine zahnärztliche Behandlung noch nicht bewusst sein dürfte.

Zahnärztliche Praktiker sollten also bei Patienten gezielt nach Erkrankungen fahnden, welche eine Bisphosphonattherapie bedingen könnten (cave Osteoporose), regelmäßig eine genaue Medikamentenanamnese erheben und sich im Zweifelsfall nicht scheuen, Kontakt mit mitbehandelnden Ärzten aufzunehmen. Aus den gewonnenen Informationen lässt sich ein individuelles Risikoprofil des Patienten erstellen, welches für die weitere individuelle Behandlung Bedeutung hat (Tab.2).

PD Dr. Dr. Dirk Hermes
Geniner Strasse 42, 23560 Lübeck
mail@dirkhermes.de

Lesen Sie bitte den Teil 2 in unserer nächsten Ausgabe.

Tabelle 2: Risikoprofil für eine BP-ONJ

<ul style="list-style-type: none"> • Orale Bisphosphonattherapie • Keine zusätzliche Chemo- / Strahlen- / Immun- / Kortikoidtherapie <p>-> Patienten mit nicht-kortikoidinduzierter Osteoporose (> 90 Prozent aller Verordnungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intravenöse Bisphosphonattherapie • Zusätzliche Chemo- / Strahlen- / Immun- / Kortikoidtherapie <p>-> Patienten mit maligner Grunderkrankung und ev. ossärer Metastasierung</p>
Niedriges Risiko	Hohes Risiko

Schadensersatzansprüche bei unterlassener Aufklärung (III)

Weitere Informationen über Pflichten der Zahnärzte und Rechte der Patienten

Neben der Aufklärung über den Eingriff schuldet der Zahnarzt dem Patienten die Aufklärung über die spezifischen Risiken einer Behandlung. Aufzuklären ist über ein Risiko, das dem Eingriff typischerweise anhaftet und mit diesem unmittelbar oder mittelbar zusammenhängt.

Dagegen sind Risiken, die so außergewöhnlich und nicht vorhersehbar sind, dass sie für den Entschluss des Patienten, in die Operation einzuwilligen, keine Bedeutung haben, nicht aufklärungspflichtig.

Die Pflicht zur Aufklärung setzt voraus, dass das Risiko zum Zeitpunkt der Behandlung nach medizinischem Standard bekannt ist. Wie bei der Behandlungsaufklärung, nimmt die Rechtsprechung auch hier eine Pflicht zur Aufklärung an, sofern ernstzunehmende Stimmen in der medizinischen Wissenschaft, die nicht nur unbeachtliche Außenseitermeinungen darstellen, auf mögliche Gefahrenquellen hinweisen.

Die Rechtsprechung zur Risikoaufklärung bei Zahnärzten betrifft im wesentlichen mögliche Nervschädigungen. So ist z. B. bei der

Extraktion eines Weisheitszahns über die mögliche Verletzung des nervus lingualis aufzuklären. Auch über das Risiko einer Kieferfraktur bei der Extraktion tief liegender Weisheitszähne ist aufzuklären.

Genauer Befund nur bei Nachfrage mitzuteilen

Die Frage der Aufklärung über die Diagnose ist bisher in der Rechtsprechung von untergeordneter Bedeutung geblieben. Grundsätzlich gilt, dass der genaue Befund dem Patienten nur mitzuteilen ist, wenn sich dieser ausdrücklich danach erkundigt.

Im Rahmen der Sicherungs- und Verlaufsaufklärung hat der Zahnarzt den Patienten darüber zu informieren, wie der Erfolg der Behandlung zu sichern ist und welchen Verlauf der Eingriff bzw. der Heilungsprozess nimmt.

So ist der Patient darüber aufzuklären, wie er sich nach dem Eingriff verhalten muss, z. B. welche Speisen er zu sich nehmen darf u. ä.

Ferner ist es erforderlich, den Patienten auf starke Schmerzen während des Eingriffs oder danach hinzuweisen. Ist eine erforderliche Schmerz-

aufklärung nicht ordnungsgemäß erteilt, fehlt die notwendige Einwilligung des Patienten in den Eingriff.

Ohne die erforderliche Aufklärung ist zunächst davon auszugehen, dass der Patient nicht rechtswirksam in den Eingriff eingewilligt hat. Dies gilt nur dann nicht, wenn davon auszugehen ist, dass der Patient auch bei vollständiger Aufklärung in den Eingriff und die damit verbundenen Risiken eingewilligt hätte.

Es ist dem Zahnarzt, dem im Prozess die Rüge unterlassener Aufklärung entgegengehalten wird, daher anzuraten, sich auf die so genannte mutmaßliche Einwilligung zu berufen, d. h. zu behaupten, der Patient hätte auch bei ausreichender Aufklärung in den Eingriff eingewilligt.

Es liegt nunmehr an dem Patienten, glaubhaft zu machen, dass er bei ordnungsgemäßer Aufklärung nicht zwangsläufig eingewilligt hätte, sondern in einen echten Entscheidungskonflikt geraten wäre.

Rechtsanwalt Peter Ihle
Fachanwalt für Medizinrecht

Keine Aufrechnungsbefugnis von Altschulden

Neue Rechtsprechung für Gemeinschaftspraxen

In dens 1/2007 stellen wir Ihnen die Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen vom 7. Dezember 2005 zur Frage der Haftung einer neu gegründeten Gemeinschaftspraxis für Schulden aus der vorhergehenden Einzelpraxis dar.

Ergebnis: Das LSG sah eine derartige Haftung als gegeben an und stellte letztendlich zugunsten der hier betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung eine Aufrechnungsbefugnis fest. Wie ebenfalls in dem Beitrag mitgeteilt, legten die klagenden Gesellschafter gegen diese Entscheidung Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein.

Dazu hat das BSG am 7. Februar 2007 (AZ: B 6 KA 6/06 R) unter Abänderung der vorinstanzlichen Urteile entschieden, dass keine Verrechnung von Honoraransprüchen einer neu ge-

gründeten Gemeinschaftspraxis mit Forderungen gegen Praxispartner aus vorangegangener Tätigkeit erfolgen darf.

Das BSG ist in diesem konkreten Fall, in dem mit dem Gesellschaftsvertrag die Übernahme der Altverbindlichkeiten der Praxispartner ausdrücklich ausgeschlossen worden war, der Auffassung, dass keine Rechtsgrundlage dafür besteht, dass Honorare, die der neu gegründeten Gemeinschaftspraxis zustehen, mit den Altverbindlichkeiten eines der Praxispartner verrechnet werden dürfen. Weder die speziellen vertragsrechtlichen noch die allgemein für öffentlich-rechtliche Schuldverhältnisse maßgebenden Vorschriften enthalten Bestimmungen, die es gestatten, Honorarforderungen der Gemeinschafts-

praxis mit Altschulden aus der Einzelpraxis aufzurechnen. Es ist zwar möglich, durch vertragliche Regelung im Gemeinschaftspraxisvertrag einen vertraglichen Schuldbeitritt zu bewirken. Dies ist jedoch gerade in diesem konkreten Fall nicht erfolgt, vielmehr ist die Haftungsübernahme ausdrücklich ausgeschlossen worden.

Der automatische Übergang der Verbindlichkeiten der vormaligen Einzelpraxis in das Vermögen der neu gegründeten Gemeinschaftspraxis hat im Gesetz keine Grundlage.

Das BSG schließt sich mit seiner Entscheidung den speziell für Anwaltssozietäten getroffenen Bewertungen des Bundesgerichtshofes (BGH) an. Diese Entscheidung bedeutet aber nicht, dass sich Einzelvertragsärzte mit einem Schuldsaldo gegenüber der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung in eine Gemeinschafts-

praxis flüchten und sich auf diese Weise – bei gutem Auskommen aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit – ihrer Rückzahlungsverpflichtung entziehen können. Sie kann einerseits gegen den verschuldeten Vertragsarzt

direkt vorgehen und hat andererseits die Möglichkeit, den Anspruch dieses Vertragsarztes und nunmehrigen Mitglieds der Gemeinschaftspraxis gegen die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) auf Auszahlung des Gewinnan-

teils und/oder Gesellschaftsanteils zu pfänden, sofern insolvenzrechtliche Vorschriften nicht entgegenstehen.

Ass. Katja Millies

Achtung: Drittlaborrechnungen

Vorteile offen legen

Das Amtsgericht Bremen-Blumenthal hat am 28. September letzten Jahres zur Strafbarkeit wegen Betrugs bei Umschreibung von Drittlaborrechnungen ein Urteil gefällt. Zusammenfassend wurde entschieden: Der Angeklagte, der als Zahnarzt tätig ist, hatte eine Dentalhandels-gesellschaft gegründet, deren einziger Gesellschafter er war. Über diese Gesellschaft bezog seine Zahnarztpraxis den Zahnersatz, der wiederum von der Dentalhandels-gesellschaft unter den Höchstpreisen der BEL-II bezogen wurde. Die Dentalhandels-gesellschaft änderte die Rechnungshöhe, in dem sie die Höchstpreise der

BEL-II der Zahnarztpraxis gegenüber berechnete. Die Zahnarztpraxis rechnete gegenüber der KZV und den Kassen aufgrund der Rechnungen der Dentalhandels-gesellschaft die Höchstpreise der BEL-II ab.

Das Gericht ist der Auffassung, dass der Zahnarzt mit seiner Unterschrift auf dem Abrechnungsformular bestätigte, dass ihm die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er Rückvergütungen an die Vertragskasse weitergibt. Diese Vorgaben darf der Vertragszahnarzt nicht dadurch umgehen, dass er formal eine rechtlich selbständige, von ihm aber wirtschaftlich beherrschte Zwischen-

handels-gesellschaft einschaltet. Vielmehr muss er den ihm über letztere zufließenden Vermögensvorteil in der Abrechnung deutlich und konkret beziffert offen legen und von dem Erstattungsbegehren abziehen (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11. August 2004, L 3 KA 25/04 R).

Im vorliegenden Zusammenhang ist auch der Rechtsgrundsatz des § 670 BGB heranzuziehen, wonach nur das als Aufwendersersatz beansprucht werden darf, was auch als erforderlich gehalten werden darf.

Das Gericht sah jedoch unter Berücksichtigung aller Tatumstände nicht 105 Straftaten als begangen an, sondern nahm einen tateinheitlich begangenen Betrug an. **KZBV**

Implantologie unter schwierigen Umständen



Friedrich Neukam, Manfred Wichmann, Jörg Wiltfang; 226 Seiten; 507 Abbildungen; 20 Tabellen; Hardcover; gebunden; 129,95 Euro; ISBN 978-3-13-141821-0; Georg Thieme Verlag Stuttgart 2007

gehört seit ca. zwanzig Jahren zu den Tätigkeitsfeldern, die sich am schnellsten weiterentwickelt haben. Zusätzlich ergeben sich daraus neue Herausforderungen und Konzepte in anderen Teilgebieten der Zahnmedizin. Herauszuheben ist hier sicherlich die Prothetik. Aber auch die Parodontologie oder die zahnärztliche Chirurgie erleben neue Herangehensweisen.

Implantate gelten heute in nahezu allen Versorgungssituationen als ein Mittel der Wahl und werden ggf. den

vorhandenen prothetischen Alternativen vorgezogen. In diesem Bestreben werden fortlaufend anspruchsvollere Verfahren zur Augmentation sowohl des knöchernen Lagers als auch der bedeckenden Weichgewebe eingesetzt.

Es ist das Bemühen der Autoren aufzuzeigen, wie anspruchsvolle, aber praktisch relevante Situationen heute sicher unter Ausnutzung der vorhandenen technischen Möglichkeiten durchgeführt werden können.

DS Gerald Flemming

Die Implantologie im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

Zahnreinigung und Ultraschall-Scaling



3. vollständig überarb. Auflage 2007, 304 Seiten, 608 Abbildungen, 109 Tabellen, Hardcover, geb. Preis: 119,95 €, ISBN: 978-3-13-131283-9, Georg Thieme Verlag Stuttgart

Klaus-Dieter Hellwege

Dieses Buch ist ein wertvolles, unterstützendes Arbeitsmittel für die tägliche Arbeit und eine Hilfe für die praxisinterne Qualifizierung sowohl des Zahnarztes/der Zahnärztin als auch des Mitarbeiterteams. Professionell durchgeführte, kausaltherapeutische Zahnreinigungen sind unerlässlicher Bestandteil der mo-

dernen Zahnmedizin und wirtschaftlicher Eckpfeiler der Zahnarztpraxis.

Gute professionelle Zahnreinigung lebt vom Detail! Sie lebt vom Wissen um den vielfältigen Nutzwert von Ultraschallgeräten mit ihren Einsätzen, von Handinstrumenten mit ihren konstruktiven Merkmalen, ihren Anstell- und Abstandswinkeln, ihren zahnflächenspezifischen Funktionen etc. Professionelle Zahnreinigung

lebt ebenso von manueller Geschicklichkeit, mit der die Instrumente gebraucht werden. Zu diesen und vielen anderen praxisbedeutsamen Details

gibt dieses Buch Antworten.

Die Bildfolgen, welche Schritt für Schritt die Handhabung der Instrumente darstellen, die Gesprächsbei-

spiele und die didaktischen Aufklärungshilfen dieses Buches stehen für ein gewinnendes Tun in der Praxis.

DS Gerald Flemming

Steuerliche Besonderheiten bei Heilberufen

Mit Vertragsmustern und Arbeitshilfen / Von Steuerberater Diplom-Kaufmann Dr. Hans-Ulrich Lang und Vors. Richter am FG a. D. Armin Burhoff



6. Auflage 2007; 406 Seiten, gebunden; 64 Euro ISBN 978-3-482-42766-4

Dieses bewährte Handbuch verdeutlicht, welche steuerlichen Besonderheiten bei den Heilberufen zu beachten sind. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte, Notare und andere Berater der Ärzteschaft arbeiten sich damit gezielt in die steuerrechtlichen Spezialfragen dieser Branche ein. Mediziner versetzt das Buch in die

Lage, ihre Berater gezielt auf Einzelfragen anzusprechen. Das Buch ist nach berufsbezogenen Kriterien aufgebaut. Es richtet sich nach der Reihenfolge, in der Mediziner mit steuerlichen Fragen konfrontiert werden - von der Angestellten Tätigkeit über die Gründung bzw. Übernahme einer Praxis bis hin zu deren Auflösung. Darüber hinaus werden auch betriebswirtschaftliche Aspekte der Praxisführung angesprochen.

Die Gliederung nach Stichworten ermöglicht einen schnellen Einstieg in Detailfragen, Checklisten und Vertragsmuster unterstützen den Leser bei der praktischen Umsetzung.

Die 6. Auflage ist vollständig aktualisiert und entspricht der aktuellen

Rechtslage. Besonders erwähnenswert: Die unübersichtlichen Einzelfallregelungen für Ärzte bei der Umsatzsteuer werden systematisch dargestellt. Der Bereich Berufsausbildungskosten/Umschulungskosten sowie die Abgrenzung freiberuflicher zu gewerblicher Tätigkeit wurde komplett überarbeitet. Das Thema Familienangehörige/Beschäftigung von Ehegatten wird in Anlehnung an die Neufassung der EStR übersichtlich dargestellt. Und die Darstellung der ärztlichen Kooperationsformen wurde um die Teile medizinische Versorgungszentren, Praxisverbund und integrierte Versorgung nach §§ 140a -140d SGB V erweitert.

Verlagsangaben

Schlecker will jetzt auch gesund machen?

Man muss nur Zeit und irgendwie doch Geld haben

Gewöhnungsbedürftige Anzeige in der OZ.

Es gibt ja bekanntlich nichts, was es nicht gibt. Auch wenn wir durch die Medien in der Vergangenheit schon informiert wurden, dass Versandapotheken und Apotheken in

Drogeriemärkten ihre Arbeit aufnehmen, mutet dennoch die fast ganzseitige Anzeige in der Ostsee-Zeitung von Anfang März wie ein schlechtes Märchen an. Es gibt also Medikamente jetzt beim Discounter zu Supersonderpreisen, man muss nur wissen, welche für den Kranken geeignet sind.

Denn eine Beratung bei Schlecker findet nicht statt, es sei denn, man spricht mit einer freundlichen Call-Center-Mitarbeiterin, allerdings für Geld, was letztlich die eingesparten Euros wieder schmälert. Zudem sollte man darauf achten, gleich ausreichend viele Medikamente zu bestellen, ansonsten werden Versandkosten in Höhe von 3,95 Euro fällig. Geht auch wieder ab vom versprochenen Einsparpotenzial.

Und man muss vorbeugend für Arznei sorgen. Denn plötzliche Krankheiten sind nichts für eine Versandapotheke. Wie der Name schon sagt, die lindernden Tuben und Ta-

bletten kommen mit der Post, also später. Ihre Zielgruppe werden diese neuen Medikamentenversender trotzdem erreichen. Denn „viel für wenig Geld“ funktioniert immer.

Kerstin Abeln

Wir trauern um

Medizinalrat

Hans-Jürgen Anischewsky

Bützow

geb. 5. August 1929
gest. 9. März 2008

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Monat April und Mai vollenden

das 90. Lebensjahr

Dr. Käte von Wedelstädt (Zingst) am 26. April,

das 80. Lebensjahr

Dr. Hellmut Köhler (Teterow) am 7. April,

das 75. Lebensjahr

Dr. Ulrich Graumnitz (Rostock) am 18. April,

das 70. Lebensjahr

PD Dr. Franz Wiltschke (Greifswald) am 1. Mai,

das 65. Lebensjahr

Dr. Elfrun Schramm (Kühlungsborn) am 18. April,
Zahnarzt Detlef Neumann (Dobbertin) am 29. April,
Dr. Jutta Bartsch (Rostock) am 1. Mai,

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Renate Schultz (Friedland) am 14. April und

das 50. Lebensjahr

Dr. Rainer Sohn (Grimmen) am 22. April.

Wir gratulieren ganz herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

Für einen Mandanten suchen wir ab sofort **eine(n) Zahnarzt(in)** als Partner(in) ohne finanzielle Beteiligung für die Weiterführung einer erfolgreichen Praxis südlich von Schwerin.

K & P Praxiskonzepte GmbH
Herr Steffen Kurtz
Eckdrift 81 • 19061 Schwerin
03 85/20 2 86 10 • 0177/2 82 91 30

35 km von Rostock, umsatzstarke ZAP mit 2 BHZ, OPG aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. **Tel. 03844/813844**

ZAH/ZMV (29) freundlich, kompetent sucht neuen Wirkungskreis (NB und MST), Teilzeit/Vollzeit, flexibel einsetzbar. **01 76/20 32 01 40**

Moderne Gemeinschaftspraxis im schlesw.-holsteinischen Ostseebad Heiligenhafen sucht ab sofort einen ZA/ZÄ als Vorber.-Assist. oder angest. ZA/ZÄ mit mind. 12 mon. Berufserfahrung. **Telefon: 0 43 62/89 90 oder 76 14**
Mobil: 01 71/7 56 74 45
www.praxis-al-dente.de

Die Gemeinschaftspraxis für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie in Rostock-Toitenwinkel
Dr. J. Schweder u. Dr. J. Wüsthoff mit Fr. Dr. A. Spee gibt die Verstärkung ihres Teams durch die Oralchirurgin Fr. Dipl. Stom. Kruppa ab 1. April 2008 bekannt

Zeit ist kostbar!

Möchten Sie ein wenig kürzer treten?

Ich, 25 J., Selbstst. in eig. Praxis, suche wg. Ortswechsels eine Teil- o. Vollzeitstelle, gerne auch als Sozietät in Rostock. Ich bin sehr flexibel und einsatzbereit und arbeite mit sehr viel Freude zu unserem schönen Beruf.

Kontakt:

E-Mail: kerstinkuntoff@gmx.de
Mobil: 0174/9862163

Verkaufe aus Praxisauflösung:

2 KaVo Systemica, 2 Schrankzeilen Omniline, Dürr Kompressor, Dürr Saugmaschine, Siemens OPG, Dürr-Entwicklungsgerät, fahrbares Rö-Gerät Trophy
Telefon 01 74/3 98 04 68

HST-Vorbereitungsassistent/-in zum nächstmöglichen Termin in Voll- oder Teilzeit gesucht. **Chiffre 0690**

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an

Sabine Sperling
Satztechnik Meißen GmbH
01665 Nieschütz
Am Sand 1c

Zahnarztpraxis ab 1/2009 in Westmecklenburg abzugeben. 2 BHZ; Wohnung in Praxis kann bei Bedarf übernommen werden. **Chiffre 0694**

Zahnärztin mit 2 Jahren BE sucht Anstellung in Schwerin oder Umgebung.
Telefon: 01 77/6 24 33 10

Dampsoft perfekt einsetzen!

Profitieren Sie von einer ehemaligen Dampsoftlerin, die selbstständig in den Bereichen Abrechnung und Organisation tätig ist.

Tel: 0 58 52/95 80 68,

Fax: 0 58 52/95 80 69,

Mobil: 01 51/52 50 72 50,

E-Mail: ulrike-hake@t-online.de



Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? - Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität.
Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle - wir werden bundesweit für Sie tätig.

*Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte
**Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

www.anwalt.info
Fax 030-226 79 661
kanzlei@anwalt.info

Funktionsdiagnostik und -therapie – der Norden frischt auf

Cranio-mandibuläre Dysfunktionen (CMD) sind nach Karies und Parodontalerkrankungen die dritthäufigste Erkrankung in der Zahnheilkunde. Insofern ist es vergleichsweise wenig verständlich, dass die immer noch gültige Approbationsordnung von 1955 diesem wichtigen Teil der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde so wenig Bedeutung zumisst. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich ist daher fast vollständig postgraduales Lernen vorbehalten.

Fort- und Weiterbildung in der Funktionsdiagnostik und -therapie

Die umfangreichste Fortbildung in diesem Bereich bietet der Masterstudiengang der Universität Greifswald. Ins Leben gerufen wurde dieser von Prof. Dr. Georg Meyer, Universität Greifswald dem „Erfinder“ der elektronischen Achsiographie. Zudem bietet die DGZMK über die Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) ein Curriculum an und die Zahnärztekammer Hamburg hat eine strukturierte CMD-Kursreihe eingerichtet (www.CMD-Kursreihe.de).

Es muss allerdings kein ganzes Curriculum sein – nicht alle Kolleginnen und Kollegen werden in ihren Praxen den Schwerpunkt auf die Funktionsdiagnostik und -therapie legen wollen. Unverzichtbar ist allerdings ein Funktionskonzept, das entsprechend unterschiedlich umfangreich ausfallen kann.

Funktionsdiagnostik in der Praxis – Entscheidungshilfe CMD-Kurzbefund

In allen Praxen Eingang finden sollten Verfahren zur Unterscheidung an CMD offensichtlich erkrankter und nicht erkrankter Patienten. Ein derartiges Screeningverfahren ist von PD Dr. M. Oliver Ahlers, Leiter des CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf (www.cmd-centrum.de) und Prof. Dr. Holger A. Jakstat, Universität Leipzig entwickelt worden. Das Vorgehen ist praxisnah, weil vergleichsweise einfach zu erlernen, einfach anwendbar und nicht an Investition in aufwendige Instrumente gebunden. Zudem ist die Eignung des Vorgehens wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden. Eine spezielle Software „CMDcheck“ zur Dokumentation und Auswertung der Untersuchung einschließlich einer Anleitung in Form kurzer Videos ist im Internet auf der Webseite www.dentaConcept.de gratis herunter zu laden.

Bei Anzeichen für das Vorliegen einer CMD ist in der Folge im Sinne der Diagnostikkaskade als „erweiterte Diagnostik“ zunächst eine klinische Funktionsanalyse indiziert.

Grundlage der Diagnostik: Klinische Funktionsanalyse

Für die Abfolge funktionsanalytischer Untersuchungen hat die DGZMK zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDt) mittlerweile klare Stellungnahmen herausgegeben. Demzufolge ist die Grundlage aller funktionsdiagnostischen

Untersuchungen zunächst die klinische Funktionsanalyse. Dabei werden insbesondere die Muskeln, die Beweglichkeit des Unterkiefers und der aktuelle Zustand der oralen und perioralen Gewebe untersucht und aus der Summe der vielen Befunde ein Rückschluss gezogen. In der Vergangenheit wurde hierbei lediglich der entsprechende Befundkanon aufgenommen. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Ahlers und Jakstat ist mittlerweile allerdings ein praxistaugliches Diagnoseschema entstanden und von der DGFDt prämiert worden, welches eine strukturierte Diagnose allein auf der Basis der klinischen Funktionsanalyse bereits ermöglicht. Die Grundlagen dieser Diagnostik sind mittlerweile in Lehrbuchform publiziert („Klinische Funktionsanalyse“). Wenn die Routine in der Auswertung derartiger Befundsammlungen fehlt hilft der Einsatz entsprechender Diagnosesoftware (CMDfact (dentaConcept)).

Weiterführend: Instrumentelle Diagnostik

Stellt sich bei der klinischen Funktionsanalyse heraus, dass eine Funktionsstörung tatsächlich vorliegt, so ist in vielen Fällen eine zusätzliche Differenzierung der Diagnostik mittels weiterführender Verfahren erforderlich. Neben bildgebender Diagnostik und zusätzlichen psychologischen und/oder orthopädischen Konsiliaruntersuchungen ist dabei die zahnärztliche instrumentelle Diagnostik in der Praxis von Bedeutung.

Eine zentrale Stellung nimmt die Bestimmung der gelenkbezüglichen Zentrallage mittels entsprechender Zentrikregistrare ein. Hierbei wird das Gelenk in seiner physiologischen Kieferposition aufgezeichnet („registriert“). In der Vergangenheit war dieser Untersuchungsschritt durch forcierten Druck des Kinns nach retrocranial geprägt. Alle in jüngerer Zeit durchgeführten wissenschaftlichen Studien gehen hingegen von einer drucklosen Führung des Unterkiefers aus. Zur Positionierung des Unterkiefers werden dabei Registrare eingesetzt, wobei die von der Hamburger Arbeitsgruppe entwickelten Kunststoffplatten in der Handhabung besonders einfach sind.

Die Bewertung der Kieferposition ist qualitativ allein auf Basis der Kontrollsockelmethode möglich; eine quantitative Bewertung der Unterkieferposition ist darüber hinaus mit dem Verfahren der Kondylenpositionsanalyse möglich. Hierfür werden spezielle Messgeräte benötigt (z. B. Denar VeriCheck, Panadent CPI, SAM MPI, Amann Girschbach CPM-SL). Diese ermöglichen die Veränderung der Unterkieferposition während der zahnärztlichen Funktionstherapie unter Einsatz konstruierter Okklusionsschienen messend zu verfolgen.

Zahnärztliche Therapiemittel in der Initialtherapie: Okklusionsschienen

Die zahnärztliche initiale Funktionstherapie beruht nach wie vor in erster Linie auf der Verwendung speziell konstruierter Okklusions-

schienen. Diese unterscheiden sich von einfachen Aufbissbehelfen in erster Linie dadurch, dass die Kieferposition mittels der genannten Zentrikregistrare im Kausimulator dreidimensional konstruiert wurde. Dem Grunde nach sind dabei in der Kaufläche plane Relaxierungsschienen von Positionierungsschienen mit profilierter Kaufläche zu unterscheiden.

Zusätzlich kommen individuell weitere Behandlungsverfahren zur Anwendung, darunter das Erlernen von Entspannungsverfahren, eine weitergehende psychosomatische Mitbehandlung, orthopädisches Stabilisierungstraining, gezielte physiotherapeutische Maßnahmen für das cranio-mandibuläre System sowie bei individueller Indikation bestimmte Medikamente aus den Gruppen der Muskelrelaxantien, Antiphlogistika und Analgetika.

Überführung in definitive Restaurationen nur bei Bedarf

Erst die aktuellen Stellungnahmen der DGZMK und der DGFDt sowie anderer zahnmedizinischer Fachgesellschaften sehen vor, über diese reversible Initialtherapie hinausgehende Behandlungsmaßnahmen nur durchzuführen, wenn diese zuvor mit einer reversiblen Schienentherapie erfolgreich ausprobiert wurden. Eine kieferchirurgische, kieferorthopädische oder restaurative Intervention ist somit an eine vorherige klinische Überprüfung des potentiellen Therapieergebnisses gebunden.

Bei einer restaurativen Behandlung ist zu beachten, dass hierbei die Überführung in die definitive Restauration nur nach vorheriger Behandlung mittels Langzeitprovisorien erfolgen sollte. Diese sollten aus Kunststoff hergestellt und im Regelfall sechs Monate in situ verbleiben, um eine Adaptation an die neue Situation sicher zu stellen, bevor Restaurationen mit vergleichsweise härteren Materialien und eindeutigerer Okklusion erfolgen.

Ausblick: ZahnMedizin ist Medizin!

Die Funktionsdiagnostik und -therapie als ein Teilgebiet der Zahnheilkunde, ermöglicht bei entsprechend differenzierter Auswahl der Verfahren, auch schwierigeren Situationen zu beherrschen. Die Gesamtheit der „schwierigen Kiefergelenkpatienten“ wird dadurch zu einer strukturierten Vielfalt hilfebedürftiger Patienten mit einem vergleichsweise „medizinischen“ Krankheitsbild. Genau dies ist die Richtung, die Professor Meyer als ehemaliger Präsident der DGZMK über Jahre angestoßen hat: Die Rückbesinnung der Zahnheilkunde auf ihre Wurzeln als Teilgebiet der Medizin!

Weitere Informationen:
Kai Vahle-Hinz
 CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf
www.CMD-Centrum.de



Mit Sicherheit ästhetisch

Vertrauen beruht auf Sicherheit. Entscheiden Sie sich deshalb für Cercon® base, das Qualitäts-Zirkonoxid mit der Erfahrung aus mehr als 2.500.000 Zahneinheiten. Setzen Sie bei Kronen und Brücken auf Cercon® und damit konsequent auf Langlebigkeit, Verträglichkeit und Ästhetik.

- Hochwertige Rohstoffe
- Zuverlässige dokumentierte Qualität
- Millionenfach bewährt

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen der klinisch umfassend dokumentierten Cercon® Vollkeramik. Fordern Sie dazu die aktuelle Broschüre „Wissenschaftliche Untersuchungen Vol III“ an.