



dens

5
2008

8. Mai

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



Steuerberatung mit System, Kompetenz und Service für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Pflegeeinrichtungen...

Wir sind ADVISION-Systemanwender und bieten im Rahmen unserer Steuerberater-Leistungen unter anderem solche Tätigkeitsschwerpunkte an, wie:

- Existenzgründungsberatung
- Betriebsvergleich
- Geschäftsübersichten
- Analysen zur finanziellen Lebensplanung
- Betriebswirtschaftliche Auswertungen
- Bruttoverdienstberechnung
- Analysen zur Steuerersparnis, -vorsorge, -optimierung



ADVITAX
Niederlassung Rostock
August-Bebel-Straße 11
18055 Rostock
phone: (0381) 4 61 37-0
fax: (0381) 4 61 37-29
advitax-rostock@etl.de
www.etl.de/advitax-rostock

Ansprechpartnerin: R. Niemann, Steuerberaterin



ADVITAX
Niederlassung Waren
Richterstraße 18a
17192 Waren (Müritz)
phone: (03991) 61 31-22
fax: (03991) 61 31-62
advitax-waren@etl.de
www.etl.de/advitax-waren

Ansprechpartnerin: H. Rottmann, Steuerberaterin



ADMEDIO
Niederlassung Parchim
Buchholzallee 45a
19370 Parchim
phone: (03871) 62 86-26
fax: (03871) 62 86-25
admedio-parchim@etl.de
www.etl.de/admedio-parchim

Ansprechpartner: W. Reisener, Steuerberater



ADVISITAX
Niederlassung Schwerin
Wismarsche Straße 184
19053 Schwerin
phone: (0385) 5 93 71 40
fax: (0385) 5 93 71 11
advisitax-schwerin@etl.de
www.etl.de/advisitax-schwerin

Ansprechpartnerin: K. Winkler, Steuerberaterin



ADVITAX Niederlassung
Neubrandenburg
Ihlenfelder Straße 5
17034 Neubrandenburg
phone: (0395) 4 23 99-0
fax: (0395) 4 23 99-12
advitax-neubrandenburg@etl.de
www.etl.de/advitax-neubrandenburg

Ansprechpartnerin: A. Bruhn, Steuerberaterin



ADMEDIO Niederlassung
Stavenhagen
Malchiner Straße 31
17153 Stavenhagen
phone: (039954) 2 84-0
fax: (039954) 2 84-24
admedio-stavenhagen@etl.de
www.etl.de/admedio-stavenhagen

Ansprechpartner: K. Bernert, Steuerberaterin



ADVITAX
Niederlassung Greifswald
Anklamer Straße 8/9
17489 Greifswald
phone: (03834) 57 78-20
fax (03834) 57 78-26
advitax-greifswald@etl.de
www.etl.de/advitax-greifswald

Ansprechpartnerin: M. Matz, Steuerberaterin





*. . . wenn dort
noch Platz ist. Denn
der Club derer, die
sich Rechte erst
erstreiten müssen
und vom Gesetzgeber
dreist überrollt
werden, dürfte
mittlerweile viele
Mitglieder haben.
Recht haben und
Recht bekommen sind
in Deutschland noch
immer zwei völlig
unterschiedliche
Angelegenheiten. Und
diese Tradition wird
hier anschaulich
fortgesetzt.*

Willkommen im Club . . .

Das Bundessozialgericht hatte am 9. April die Frage zu klären, ob § 85 Abs. 3d SGB V – Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistung in den neuen Bundesländern an das Niveau in den alten Bundesländern – auch auf die vertragszahnärztlichen Leistungen anzuwenden ist. Die einsame und alles bisher Praktizierte aushebelnde Entscheidung der drei hauptamtlichen Richter lautete schlichtweg Nein! Mit der anschließenden Kurzbegründung des Vorsitzenden Richters erlitt das von uns Praktikern bisher angewandte Fundament des Vierten Kapitels des SGB V, hier der § 72 Abs. 1 Satz 2 – „Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist“ – einen Bruch, dessen noch nicht absehbare Auswirkungen nun erst einmal dazu führen werden, dass seitens der Vertragspartner immer zuerst geprüft werden muss, ob die Vorschriften des SGB V überhaupt auf den vertragszahnärztlichen Leistungsbereich anzuwenden ist. Sobald die ausführlichen Urteilsbegründungen vorliegen, wird die KZV eine Kommentierung vornehmen.

Dies wird ein lustiger Neuanfang bei der Interpretation von Gesetzen. Aber neu ist diese Situation nicht. Die nächste Runde wird mit den brisanten Ergebnissen des Gutachtens über die Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V) von den Herren Professoren Wasem, Buchner und Wille eingeläutet. Kurz und knapp wird dieses Gutachten Konvergenzgutachten genannt oder auch als „Bayernklausel“ bezeichnet. Diese Bayernklausel zielt darauf ab, dass sich die Be- und Entlastungen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds für die reichen Länder wie Bayern und Baden-Württemberg mit nicht mehr als 100 Millionen Euro zusätzlich auswirken. Diese Länder wollen also verhindern, dass zu viel Geld über den Fonds in ärmere Bundesländer fließt.

Soweit nachvollziehbar. Aber die Gutachter mussten wie häufig in der Vergangenheit feststellen, dass der Wortlaut des Gesetzes den Willen des Gesetzgebers nicht widerspiegelt. Sie kommen u. a. zu folgenden wesentlichen Schlussfolgerungen:

- 1. „Die gesetzliche Regelung ist in hohem Maße unvollständig und inkonsistent und lässt sich bei einer wörtlichen Auslegung nicht umsetzen. So weisen Sie darauf hin, dass die Beibehaltung der Forderung der Beitragssatzstabilität die Gesamtheit des prospektiv zu finanzierenden Ausgabenvolumens nicht sicherstellt oder es steht die Frage an, wie die im Zeitablauf sich verändernden Bundeszuschüsse zu berücksichtigen sind. Viele weitere unklare Vorgaben folgen!*
- 2. Da die Regelung wörtlich nicht sinnvoll umgesetzt werden kann, haben die Gutachter einen Vorschlag entwickelt, wie, mit einer möglichst nahen Orientierung an den vom Gesetzgeber offenbar Gewollten, eine sinnvolle Ausgestaltung zur Umsetzung der Vorschriften erfolgen könnte. Fünf Unterpunkte schließen sich an.*
- 3. Anstelle des völlig untauglichen Mechanismus in § 272 SGB V schlagen die Gutachter den nachfolgend beschriebenen Algorithmus vor:“*

Wenn wir also feststellen müssen, dass Gesetze nicht gelebt werden können, sondern immer der Hilfe von „Dritten“ wie z. B. des Bundessozialgerichts bedürfen, dann ist es weit in diesem Staat gekommen. Die bisherigen Anstrengungen der direkt beteiligten Landesorganisationen K(Z)BV und K(Z)Vs reichten also in der Vergangenheit nicht aus, um den Gesetzgebern die durch ihr Handeln bewirkten Auswirkungen auf den sensibel aber umsatzstarken Zweig der Krankenversicherung aufzuzeigen.

Denn unterstellen wollen wir nicht, dass der Gesetzgeber die Krankenversicherung mit all ihren medizinischen Erfolgen z. B. auf ein Niveau wie die medizinische Versorgung in England zurückfahren will. Es gibt sicherlich mehr als zwei Wege wie mit dieser Situation umgegangen werden kann. Aber ein Weg könnte darin bestehen, dass trotz einer gewissen Beratungsresistenz der Politiker ein Mischweg mit einem Festzuschusssystem und mit Selektivverträgen in der Zahnmedizin eingeschlagen wird.

Auf jeden Fall hat die Vertreterversammlung einen zukunftssträchtigen Weg beschrieben. Sie hat den Vorstand mit der Erstellung eines Mengengerüsts zur Gründung einer Management-Gesellschaft beauftragt. Dens wird in der nächsten Ausgabe ausführlich berichtet.

Wolfgang Abeln

Einladung

Zahnärzteball 2008

am Sonnabend, 24. Mai 2008



Die Kassenzahnärztliche Vereinigung lädt alle Kolleginnen und Kollegen ins **Hotel Yachthafenresidenz „Hohe Düne“ in Rostock - Warnemünde** ein.

Kurzentschlossene können sich noch bis Mitte Mai anmelden.

Wir bereiten ein Fortbildungsangebot, in der Zeit von 15 - 17 Uhr, vor.

Thema: „Das einzig Konstante ist der Wandel“ -

Strategien zur Erbschafts- und Abgeltungssteuer.

Der Ball beginnt traditionsgemäß um 20 Uhr und wird erst enden,
wenn niemand mehr tanzen kann.

Die Karten für den Ball inklusive Referat werden in diesem Jahr 70 Euro kosten.

Hotelübernachtungen konnten bis zum 1. April direkt im
Hotel Yachthafenresidenz „Hohe Düne“, Am Yachthafen 1,
18119 Rostock – Warnemünde, Tel. 0381 – 50406363,
gebucht werden. Stichwort: Zahnärzteball – (Doppelzimmer: 180 Euro)
Spätentschlossene zahlen einen geringfügig höheren Preis.

Anmeldung zum Zahnärzteball 2008

Bitte schicken Sie den Anmeldecoupon an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Straße 304

- Öffentlichkeitsarbeit -

19055 Schwerin

Fax: 0385 - 54 92 498 , Tel.: 0385 - 54 92 103

E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de

Ja, ich komme zum Ball mit _____ Personen.

Nach Möglichkeit möchte/n ich/wir zusammensitzen mit

Datum, Unterschrift (bitte gut leserlich schreiben)

Praxisstempel

--

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:

Reinhard Klawitter, Schwerin

Aus dem Inhalt:

M-V / Deutschland

Neue Patienteninformationen	13
BZÄK kritisiert Verhandlungen zum Basistarif scharf	14
GOZ-Referenten: Novellierungsentwurf beraten	14
Schleswig-Holstein: Initiative Berufspolitische Bildung	16
proDente Online-Pressekonferenz: Netzwerke wichtig	17
BDK: Absurdistan in Niedersachsen	24
EU-Gesundheitssysteme: Furcht vor Vereinheitlichung	24
BKA warnt vor Arzneimittelkriminalität	25
FVDZ: Sommersymposium auf Usedom	26
Tag der Zahngesundheit 2008: Thema Speichel	27
Gesundheitsfernsehen feiert Geburtstag	27
Neue Bücher vorgestellt	38
Glückwünsche/Kleinanzeigen	40

Zahnärztekammer

Politische Gespräche zur GOZ / HOZ	4
Bekämpfung von häuslicher Gewalt	4
Zahnerhaltung liegt im Trend – 17. Zahnärztetag	5-6
Änderungen des Heilberufsgesetzes in Kraft	7
Abrechnung privater Röntgenleistungen	18-19
Fortbildung im Juni und Juli	20
15. Kurs „Fortgebildete ZAH/ZFA im Bereich Verwaltung“	23
Zum Schutz vor Nadelstichverletzungen	25
Neues Umweltschadensgesetz in Kraft	37

Kassenzahnärztliche Vereinigung

KZBV-Stippvisite im Haus der Heilberufe	5
Kfo-Gutachtertagung der KZV in Rostock	8
Parodontitis – die neue deutsche Volkskrankheit?	11-13
VV-Vorsitzende gegen Zersplitterung	15
Daten & Faken abrufbar	16
Aufruf: Beteiligung an Kostenstrukturerhebung	17
Fortbildungsangebote	26
Abrechnung von Kfo-Leistungen	26
Broschüre zu Zahnfüllungen	27
Aktueller Bedarfsplan	28-29
Service der KZV – Praxisveränderungen	30

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis Recht / Versorgung / Steuern

1. Implantologie-Symposium in Neubrandenburg	19
80. Geburtstag von Professorin Ursula Klink-Heckmann	21
Amalgam – schädlich oder ungefährlich?	22
Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer (2)	33-35
Schadensersatzansprüche bei unterlassener Aufklärung (4)	36
Ablehnung einer (Weiter-)Behandlung	36-37
Schriftlicher Arbeitsvertrag bei angestellten Zahnärzten	38

Impressum	3
Herstellerinformationen	39

Politische Gespräche zur GOZ / HOZ

Am 16. April fand im Schweriner Schloss ein Gespräch zur Novellierung der GOZ mit Vertretern der CDU-Fraktion des Landtages Mecklenburg-Vorpommern statt.

Für die Zahnärztekammer nahmen der Präsident Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident Dipl.-Stom. Andreas Wegener sowie Hauptgeschäftsführer Rechtsanwalt Peter Ihle an dem Gespräch teil, für die CDU-Fraktion waren der Fraktionsvorsit-

zende Dr. Armin Jäger, der gesundheitspolitische Sprecher Günter Rühls sowie der wissenschaftliche Referent Michael Rose vertreten.

Dr. Oesterreich erläuterte den anwesenden Politikern ausführlich die zahnärztlichen Vergütungssysteme und stellte die Hintergründe dar, die die Bundeszahnärztekammer zur Entwicklung einer eigenen Honorarordnung (HOZ) veranlassten. Er wies

auf die Bestrebungen des Bundesministeriums für Gesundheit hin, weite Teile des BEMA in die neue GOZ zu transportieren. Diese Angleichung beinhaltet die Gefahr einer Nivellierung der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungssysteme. Damit werde letztendlich der Weg in eine Einheitsversicherung geebnet, was sowohl berufspolitischen als auch verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet.



Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU, Günter Rühls (links) und der Fraktionsvorsitzende Dr. Armin Jäger (2. v. l.) empfangen die Vertreter der Zahnärztekammer im Schweriner Schloss. Foto: Michael Rose

Eindringlich warnte Dr. Oesterreich vor der Öffnungsklausel, die eine völlige Aushebelung der gesamten Gebührenordnung mit Nachteilen für den Patienten und den Zahnarzt bedeuten könnte. Die Vertreter der Zahnärztekammer wiesen ferner daraufhin, dass die Diskussion über die Finanzierung zahnärztlicher Leistungen von der Erstellung einer Gebührenordnung getrennt werden müsse. Erstattungsregelungen, wie im derzeitigen Entwurf des BMG aufgeführt, haben nichts in einer Gebührenordnung zu suchen.

Dr. Jäger sicherte zu, die Problematik mit dem Koalitionspartner zu erörtern, um mit diesem das weitere Vorgehen auf bundespolitischer Ebene abzustimmen. Die Zahnärztekammer werde über die Entwicklungen informiert und zur Beratung herangezogen.

Rechtsanwalt Peter Ihle

... und es bleibt noch viel zu tun!

CORA: Bekämpfung von häuslicher Gewalt ist Thema für die ganze Gesellschaft

Rund 100 Teilnehmer feierten mit einem Fachforum am 16. April in Rosstock das zehnjährige Bestehen der Koordinierungsstelle CORA – eine Einrichtung zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt in Mecklenburg-Vorpommern.

Das nordöstliche Bundesland sei das erste Land, das Interventionsstellen flächendeckend in jeder Polizeidienststelle vorhalte, betonte Ministerpräsident Dr. Harald Ringstorff. Er kündigte an, dass man nunmehr verstärkt den Erfahrungsaustausch mit anderen Berufsgruppen suchen werde.

Wie die Parlamentarische Staatssekretärin für Frauen und Gleichstellung der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Margret Seemann, berichtete, wurden 2007 in Mecklenburg-Vorpommern 1383 Straftaten mit dem Hintergrund häuslicher Gewalt angezeigt. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine Steigerung von rund 26 Prozent.

Insgesamt hätten 3277 Frauen mit 2567 Kindern und Jugendlichen als Opfer häuslicher Gewalt in Frauenhäusern, Kontakt- und Beratungsstellen sowie den Interventionsstellen Unterstützung gesucht. Die Steige-

rungsraten belegten, dass durch eine gezielte Aufklärungs- und Medienarbeit immer mehr Opfer den Mut haben, Hilfe zu suchen. Dr. Seemann nannte die Tagung im Januar „Zwischen Schweigepflicht und Strafanzeige“, die gemeinsam mit Ärztekammer, Zahnärztekammer und der Techniker Krankenkasse durchgeführt wurde, ein Beginn der „Vernetzung mit Ärzten und Zahnärzten“.

Das „Erfolgsmodell“ CORA habe zum Ziel, das Thema häusliche Gewalt in die Gesellschaft hineinzutragen, so Dr. Seemann.

Renate Heusch-Lahl

KZBV-Stippvisite im Haus der Heilberufe



Erster Besuch von Dr. Jürgen Fedderwitz (rechts) in der KZV Mecklenburg-Vorpommern. Neben ihm: Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln und Dr. Manfred Krohn (links).
Foto: Kerstin Abeln

Hoher Besuch in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern am 3. April. Der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung hat auf der Durchreise von Hessen nach Berlin und Cottbus einen Abstecher in den Norden gemacht und das Gespräch mit Vorstandsvorsitzendem Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln und Stellvertreter Dr. Manfred Krohn gesucht.

Dies sollte kein Antrittsbesuch sein, auch wenn es der erste Besuch eines Vorsitzenden der KZBV bislang war. Im Mittelpunkt des Austauschs standen die von der Gesundheitspolitik gewollten Selektivverträge einzelner Krankenkassen und deren mögliche Ausweitung. Einen weiten Raum nahm auch die Diskussion um eine Ausdehnung von Festzuschüssen auf weitere Bereiche ein.

KZV

Zahnerhaltung liegt im Trend

17. Zahnärztetag Mecklenburg-Vorpommern widmet sich der Parodontologie

Der Trend zur Zahnerhaltung ist deutlich erkennbar, so der Leiter der Abteilung Parodontologie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Prof. Dr. Thomas Kocher. Konservative Maßnahmen stünden wieder mehr im Fokus. Der 53-jährige hat beobachtet, dass Patienten auch davon angehen seien, dass der Zahnerhalt eine Alternative zur Prothetik darstelle.

Daher stehen der diesjährige 17. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und die 59. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V. vom 5. bis 7. September 2008 in Rostock-Warnemünde unter dem Thema: „Aktuelle Tendenzen in der Parodontologie“, deren wissenschaftlicher Leiter der Greifswalder Parodontologe ist.

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhaut aus Würzburg widmet sich „Neuen Aspekten zur Ätiologie und Diagnostik von Parodontalerkrankungen“ und stellt fest, dass nicht nur die Beläge zu beachten sind, sondern auch



Professor Dr. Thomas Kocher

die Wirtsabwehr eine wichtige Rolle spielt. Der Rostocker Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski umreißt in

seinem Vortrag „Ätiologische Zusammenhänge zwischen Parodontalerkrankungen und Biofilm“, dass Bakterien im Verbund leben und einzelne Bakterien nicht wirkungsvoll bekämpft werden können. Daher sei man auch mit der desinfizierenden Wirkung von Medikamenten nicht weit gekommen und deshalb hat die mechanische Therapie der Wurzeloberflächenbearbeitung noch immer eine große Bedeutung in der parodontalen Therapie. Der Genfer Prof. Dr. Andrea Mombelli stellt „Besonderheiten der Therapieplanung im parodontal erkrankten Gebiss“ in den Vordergrund. Er umreißt die Probleme der Therapieplanung auf Zahn- und Patientenebene und zeigt, welche Risikofaktoren bei der Planung derzeit als sehr wichtig erachtet werden. Während früher Zähne eher zu schnell gezogen wurden, erkenne man, dass die meisten parodontal erkrankten Zähne mit geringem Aufwand zu erhalten seien.

Der wissenschaftliche Leiter der Tagung, Prof. Dr. Thomas Kocher, lotet in seinem Vortrag die „Möglichkeiten und Grenzen der konservierenden Parodontaltherapie“ aus.

Viele Patienten seien chirurgisch nicht gut behandelbar. Hier kann eine konservative Therapie in der Praxis gut delegiert werden.

Bei der „Regeneration des Parodontiums – Wo liegen die Grenzen?“ beleuchtet Prof. Dr. Mark Hürzeler zum Beispiel den Knochenaufbau stark beschädigter Zähne durch Schmelzmatrixproteine.

Um Verbesserung der Ästhetik kümmert sich Dr. Wolfgang Westermann aus Emsdetten in seinem anschließenden Vortrag und stellt dazu Tipps und Tricks aus der täglichen Praxis vor. Privatdozent Dr. Joe Herrmann aus Stuttgart diskutiert die Frage „Implantate oder aber Zahnerhalt im parodontal geschädigten Gebiss?“

Der Greifswalder Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann stellt in seinem Vortrag „Parodontalerkrankungen – eine Volkskrankheit? Langzeitprobleme, Demographie“ die gesellschaftlichen Folgen des demografischen Wandels in den Vordergrund. Die Rolle von Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes untersucht Priv.-Doz. Dr. Henry Völzke aus Greifswald in seinem Referat „Parodontalerkrankungen als Ausdruck systemischer Grun-

derkrankungen“. Die „ästhetischen Aspekte der Langzeiterfolge bei fortgeschrittener Parodontitis“ stellt Dr. Andreas Rühling aus Kiel vor, der über parodontologische Maßnahmen in einem Zeitraum von zehn Jahren berichtet. Denn wenn auch der medizinische Erfolg erkennbar sei, gehe dies nicht ohne ästhetische Einbußen vonstatten. Dr. Torsten Mundt aus Greifswald stellt dann die „Prothetische Behandlung und Parodontitis im Widerstreit“ dar und beleuchtet die Aspekte der Therapieplanung. „Dieses wissenschaftliche Programm verspricht sehr interessant zu werden“, zeigte sich Prof. Dr. Kocher überzeugt und hofft auf zahlreiche Anmeldungen seiner Fachkollegen.

„Aufklärung bei Parodontitis tut not. Verstärkte Bemühungen um gezielte Prävention sind das Gebot der Stunde, wenn es darum geht, die Bevölkerung über Risikofaktoren zu informieren, die nicht nur die Mundhöhle, sondern auch die Allgemeingesundheit betreffen“, unterstrich der Präsident der Zahnärztekammer M-V, Dr. Dietmar Oesterreich. Das gelte auf der Mikroebene zunächst für den Zahnarzt im Gespräch mit seinem Patienten. Im individuellen Kontakt, so Dr. Oesterreich, lasse sich sehr gut vermitteln, dass man mit einer guten

häuslichen Mundhygiene und einer professionellen Begleitung in vielen Fällen einer Parodontitis erfolgreich entgegenzutreten oder ihr Fortschreiten verhindern kann. „Aber nicht nur der einzelne Zahnmediziner ist aufgerufen, sondern – und hier sind wir auf der Makroebene – der gesamte Berufsstand ist gefordert“, betonte der Präsident, der auf dem Zahnärztetag wieder den standespolitischen Teil leiten wird.

BZÄK und KZBV seien bereits dabei, Konzepte aus präventionsorientierter und versorgungspolitischer Sicht zu erarbeiten. Dazu gehöre eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. „Wichtiger Baustein dabei ist eine gezielte, wissenschaftlich fundierte Information in die breite Öffentlichkeit hinein“, so Dr. Oesterreich. Im Fokus der Aufklärung müsse auch die zahnmedizinische Prävention im Seniorenbereich stehen, unter dem Gesichtspunkt der Multimorbidität und des Erhalts der oralen Gesundheit im höheren Alter. „Wir brauchen Allianzen für die Aufklärung“, unterstrich der Präsident und setzt dabei nicht zuletzt auf das große Interesse der Zahnärzte am Thema Parodontologie.

Renate Heusch-Lahl



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.

Standespolitische Leitung

Dr. Dietmar Oesterreich (Stavenhagen)

5. bis 7. September 2008

im Hotel „Neptun“, Rostock-Warnemünde

Themen

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

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Thomas Kocher (Greifswald)

16. Fortbildungstagung

für Zahnarzhelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

am 6. September 2008

im Kurhaus Warnemünde

Für die Anmeldung nutzen Sie bitte die vorgesehenen Anmeldekarten. Diese erhalten Sie Mitte Mai zusammen mit den Flyern zum Zahnärztetag und der Helferinnentagung sowie dem Fortbildungsprogramm der ZÄK M-V für das zweite Halbjahr.

Änderung des Heilberufsgesetzes in Kraft

15 Jahre altes Recht an aktuelle Gegebenheiten angepasst

Am 17. März ist das zweite Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern in Kraft getreten. Das Heilberufsgesetz ist ein Landesgesetz, das u. a. Regelungen über die Errichtung, Zusammensetzung und Aufgaben der Heilberufskammern, die Weiterbildung der Heilberufler sowie die Berufsgerechtheit enthält. Ziel des Landesgesetzgebers war es, das aus dem Jahre 1993 stammende Heilberufsgesetz an die aktuelle Gesetzgebung und Rechtsprechung anzupassen. Insbesondere bestand die Notwendigkeit, europarechtliche Bestimmungen landesrechtlich umzusetzen. Neben diversen redaktionellen Änderungen enthält das zweite Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes auch mehrere inhaltlich bedeutsame Neuregelungen:

- Ausdrücklich geregelt ist nunmehr, dass die Kammern auch für die Aus- und Fortbildung der bei den Kammermitgliedern beschäftigten Mitarbeiter zuständig sind.
- Die Kammern sind als zuständige Stellen für die Herausgabe der Heilberufsausweise benannt.
- Neu ist ferner, dass die Kammern verpflichtet sind, Patientenunterlagen aufzubewahren und den Patienten Einsicht in diese zu gestatten, sofern die Aufbewahrung nicht auf andere Art und Weise sichergestellt ist. Sofern also ein niedergelassenes Kammermitglied verstirbt, ohne dass die Patientenunterlagen durch einen Praxismachfolger oder Erben übernommen werden, ist die Dokumentation innerhalb der Aufbewahrungsfrist von der Zahnärztekammer zu verwahren.
- Ausdrücklich aufgeführt ist die bereits in der Berufsordnung enthaltene Verpflichtung des berufstätigen Kammermitgliedes, eine für die Berufsausübung ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen.
- Auch nach der gesetzlichen Neuregelung soll die Weiterbildung in den zahnärztlichen Fachgebieten grundsätzlich ganztägig und hauptberuflich durchgeführt werden.

Den Kammern ist es jedoch gestattet, hiervon abweichende Bestimmungen zu treffen und Ausnahmen zuzulassen, soweit dies mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist. Weiterhin geregelt ist die Verpflichtung, vor Aufnahme der Weiterbildung ein allgemeinzahnärztliches Jahr zu absolvieren.

- Bisher war die Zahnärztekammer gehalten, bei schuldhaften Berufs-

- Ferner enthält die Gesetzesänderung wichtige Neuregelungen zum Versorgungswerk.

Das Vermögen der Versorgungseinrichtung wird von dem Vermögen der Zahnärztekammer rechtlich getrennt. Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes werden ausschließlich aus dessen Vermögen erfüllt. Das Vermögen der Kammer haftet nicht für Verbindlichkeiten in versor-



Rechtsanwalt Peter Ihle

Foto: Diana Gronow

pflchtigverletzungen ein berufsgerichtliches Verfahren einzuleiten. Die Durchführung eines berufsgerichtlichen Verfahrens stand jedoch häufig außer Verhältnis zu der beanstandeten Berufspflichtverletzung. Dies hat auch der Landesgesetzgeber erkannt und nunmehr dem Vorstand der Zahnärztekammer die Möglichkeit eingeräumt, wegen einer Berufspflichtverletzung berufsrechtliche Rügen auszusprechen, wenn die Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens wegen geringer Schuld unverhältnismäßig wäre. Mit der Rüge kann ein Ordnungsgeld bis zu 3000 Euro im Einzelfall festgesetzt werden, das an eine von der Kammer zu bestimmende gemeinnützige Einrichtung zu entrichten ist.

- Zudem wurde die Anzahl der in die Kammerversammlung zu wählenden Delegierten verringert. Ab der nächsten Legislaturperiode ist nur noch ein Mitglied je 50 Wahlberechtigte in die Versammlung zu wählen, wodurch sich die Anzahl der Delegierten von derzeit 48 auf voraussichtlich 40 verringern wird.

gungsrechtlichen Angelegenheiten und das Vermögen der Versorgungseinrichtung haftet nicht für Verbindlichkeiten der Kammer.

Ferner kann die Kammer nunmehr durch Satzung regeln, dass das Versorgungswerk in eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden kann (so genannte Teilrechtsfähigkeit). In diesem Fall erfolgt die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung des Versorgungswerkes durch den Vorsitzenden des geschäftsführenden Ausschusses (Versorgungsausschuss). Eine Arbeitsgruppe des Versorgungswerkes ist zurzeit mit einer Überarbeitung des Versorgungsstatuts befasst.

Aufgrund der Neuregelungen ist es erforderlich, Satzungen und Verordnungen zu überarbeiten und an das veränderte Gesetz anzupassen, um diese der Kammerversammlung in einer der nächsten Sitzungen zur Beschlussfassung vorzulegen.

Rechtsanwalt Peter Ihle,
Hauptgeschäftsführer ZÄK M-V

Internet: www.zaekmv.de/Impressum

Kfo-Gutachtertagung der KZV in Rostock

Qualitätsorientierte Auswertung anhand des Tübinger Modells

Die diesjährige Tagung der Gutachter für Kieferorthopädie fand am 27. Februar in Rostock unter Teilnahme des stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Manfred Krohn, statt.

Am Anfang stand der Bericht von der Referententagung bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) im Januar. Die bisherigen Kenntnisse von der wahrscheinlichen Entwicklung einer neuen privat-zahnärztlichen Gebührenordnung beeinflussen offensichtlich langsam auch Entscheidungen der Verantwortungsträger, die den Kassenzahnärztlichen Bereich betreffen. Die Ausgrenzungspolitik im Fach Kieferorthopädie, die in den letzten Jahren schon die Grenze der medizinischen Notwendigkeit von Leistungen unterschritten hatte, wird nun von einer zunehmenden Teilnehmerzahl, nicht nur aus den neuen Bundesländern, kritisch gesehen. Das macht Hoffnung auf eine Rückkehr zu fachlich stimmigen Konzepten für die Weiterentwicklung der vertraglichen Grundlagen.

Die veränderten gesetzlichen Möglichkeiten können parallel dazu genutzt werden, Vertragspartnern zuverlässige, qualitativ und fachlich stimmige Konzepte zur Versorgung ihrer Versicherten mit einfacheren Vergütungsregelungen anzubieten. Hier wurde im Gutachterkreis eine Pauschalierung der Leistungskomplexe mit vielfältigen Vorteilen für alle Beteiligten diskutiert.

Als Beispiele für fachlich unhaltbare Regelungen im Zusammenhang mit dem BEMA 2004 und der letzten Fassung der Richtlinien können die – Anwendungseinschränkung von Dauerretentionen (Kleberretainern), die Anzahl der möglichen Diagnostikmodelle (Geb.-Nr. 7a/117) – besonders für Verlängerungsbehandlungen schwerer Anomalien wie Progenie und offener Biss – und die Frühbehandlungsregelung für vergrößerte Stufen über 9 mm genannt werden. Letztere ist mit fehlender Retention und der Behandlungszeit von sechs Quartalen auch wirtschaftlich ein totaler Fehlgriff und hilft keinesfalls, eine erneute Behandlungsnotwendigkeit der Patienten zu verhindern.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt hatte die Qualitätssicherung im Gutachterwesen (Tübinger Modell) und Statistik zum Inhalt. Hier zeigt sich ein Rückgang der Fallzahlen von 2004 bis 2007 um 18 Prozent; eine Übereinstimmung mit der demografischen Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern. Bei den zu begutachtenden Plänen kam es in etwa der Hälfte der Fälle zu notwendigen Änderungen oder es musste die Be-



Dr. Jens-Uwe Kühnert

fürwortung versagt werden. Diese Zahl zeigt die inzwischen sehr kritische Auswahl der zu begutachtenden Pläne auf der Krankenkassenseite. Bei den Diagnostikunterlagen gibt es kaum noch Beanstandungen (ca. zwei Prozent), ein Zeichen für den allgemein gestiegenen Qualitätsstandard und den Erfolg der Anwendung des Tübinger Modells zur Qualitätssicherung.

Zur Herbstapparatur als neue BEMA-Leistung konnte aus den anderen Bundesländern berichtet werden, dass sich die zweimalige Planung und Abrechnung bei doppelseitiger Notwendigkeit ohne Probleme nach der Stellungnahme der KZBV durchgesetzt habe. Leider ist die AOK Mecklenburg-Vorpommern, trotz eines in freundlicher Atmosphäre durchgeführten Gesprächs mit dem Vorstand und Justiziar unserer KZV, diesem Vorgehen bisher nicht gefolgt.

Des Weiteren wurden in der Gutachterrunde Fragen diskutiert, die durch eine Vereinigung von Fachzahnärzten an diese herangetragen worden waren: Auswahlkriterien für Gutachter werden als Thema für eine breite Diskussion aufgenommen. Für die Richtlinie Nr. 7 (Regelbehandlungsalter spätes Wechselgebiss-Wechselgebissphase II) wurde der Beginn des natürlichen Zahnwechsels in den Stützzonen von dem iatrogenen nach Extraktion von Milchzähnen oder dem frühen Zahnverlust durch Unterminierung abgegrenzt. Für diese Abgrenzung muss die Röntgendiagnostik herangezogen werden. Die Planung einer Handröntgenaufnahme hat das Abweichen des dentalen vom chronologischen Alter zur Voraussetzung und damit eine strengere Indikation, als allgemein angenommen wird. Bei einer Progenie kann sie notwendig sein, um den Zeitpunkt für die Entscheidung zwischen dentoalveolärer Kompensationsmöglichkeit und OP-Notwendigkeit zu erfassen.

Es wurde noch einmal der Wunsch nach Verbesserung der Kommunikation zwischen den Behandlern und den Gutachtern geäußert. Die Statistik zeigt, dass jeder zweite Behandlungsplan, der von den Krankenkassen zur Begutachtung ausgewählt wird, korrigiert werden muss. Dies ist aber in den meisten Fällen vorab von dem behandelnden Kollegen vorhersehbar, da es sich zumeist um fachliche Probleme handelt, die im Formblatt des Plans nicht ausführlich genug beschreibbar sind. Hier sollten unbedingt dem Gutachter im Anschreiben durch den Behandler ergänzende Hinweise gegeben werden, um zu zeigen, dass eine kollegiale Verständigung gewünscht ist. Weitere Anhaltspunkte für ungeklärte Sachverhalte können auch die Fragen der Kasse an den Gutachter sein. Nach einer solchen ergänzenden Stellungnahme durch den Behandler ist der Gutachter wesentlich besser in der Lage, die vorgelegte Behandlungskonzeption nachzuvollziehen und auf sie einzugehen.

Dr. Jens-Uwe Kühnert,
Fachberater für KFO des
Vorstands der KZV M-V

Parodontitis – die neue deutsche Volkskrankheit?

Öffentlichkeitsarbeiter analysierten das Thema der Zukunft

Wenn man morgen nicht mehr kraftvoll zubeißen kann, dann gehört man vielleicht zur wachsenden Anzahl derjenigen Menschen, die an einer Parodontitis erkrankt sind. Was früher erst der Apfel und dann der Zahnarzt bescheinigte, ist heute keine Seltenheit mehr, sondern wächst sich zu einer weit verbreiteten Erkrankung aus. Dank Prophylaxe und medizinischen Fortschritts kann die Zahnhartsubstanz heute bis ins hohe Alter erhalten werden. Doch das nutzt nichts, wenn das, was den Zahn an seinem Platz im Kiefer hält, beschädigt oder krank ist. Neueste Studien zur Mundgesundheit präsentieren alarmierende Zahlen, nach denen 90 Prozent aller Deutschen an einer mehr oder weniger ausgeprägten Parodontitis leiden. Grund genug, der Koordinierungskonferenz für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit den Titel „Parodontitis – die zahnmedizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts“ zu geben.

Von der Weltstadt München hatte es die Karawane der PR-Fachleute dies-



„Prävention ist in der Zahnheilkunde sehr positiv besetzt“, sagt Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK.



Gerald Fleming stellte den Teilnehmern das Projekt „Gewalt gegen Frauen“ aus Mecklenburg-Vorpommern vor.



Gerd Eisentraut aus Hamburg hatte eine spannende Idee. Er stellt sich ein eigenes „Wiki“ für Zahnmedizin vor.

mal in die Niederlausitz geführt, an den Rand des Spreewalds. Während Energie Cottbus gegen Duisburg einen Sieg verbuchen konnte, berieten zeitgleich Zahnärzte und Pressemitarbeiter auf Einladung der Zahnärztlichen Vereinigung Brandenburg über Konzepte und Strategien, um Informationen zum Thema Zahnbetterkrankungen zukünftig bewusster in der Bevölkerung zu platzieren.

„Zwar will man bei der Schlagzeile ‚Parodontitis – die neue deutsche Volkskrankheit‘ nicht unkommentiert mitgehen“, sagte Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). „Dennoch weiß man, dass über 80 Prozent der Senioren in Deutschland an einer Parodontitis an mindestens einem Zahn leiden“.

„Parodontitis ist auf der einen Seite keine Frage des Alters“, stellte Professor Dr. Elmar Reich in seinem wissenschaftlichen Vortrag klar. „Andererseits trifft der viel zitierte Satz ‚ein sauberer Zahn wird nicht krank‘ nicht automatisch zu“. Reich, der sich in langjährigen Studien an Universitäten in Deutschland, aber auch im Ausland, umfangreiches Wissen zur Epidemiologie und Prophylaxe bei Karies und Parodontopathien angeeignet hat, sollte den Teilnehmern eine Bestandsaufnahme zum Thema „State of the art: Diagnose und Behandlung von Parodontalerkrankungen – Epidemiologische Eckdaten zur Verbreitung“ geben. Zwar gelte nicht mehr, dass jeder Erwachsene an einer Entzündung des Zahnbettes leiden wird. Aber warum und bei wem sich die Gingivitis zu einer Parodontitis beziehungsweise ihrer aggressiven Form weiterentwickelt, bedarf der intensiven Erkundung. Heute weiß man: Verlauf und Schweregrad der Parodontitis werden entscheidend von der entzündlichen Immunantwort bestimmt. Hinzu kommen angeborene und erworbene Risikofaktoren, beispielsweise das Rauchen. Außerdem sind eine Reihe von Risikoindikatoren wie Osteoporose und Risikofaktoren

Professor Dr. Elmar Reich hat in umfangreichen Studien die Entstehung und Behandlung der Parodontitis untersucht.



Dr. Jürgen Fedderwitz warnt vor einer Ausdehnung von Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.



wie Diabetes mellitus identifiziert worden. Reich machte anhand von eigenen Patientenbeispielen deutlich, was in der modernen Parodontalbehandlung möglich ist. Der erfahrene Parodontologe stellte dabei ganz unterschiedliche Therapievarianten vor, räumte aber auch ein, dass der Behandlungsbedarf insgesamt größer sei, als das derzeitige Behandlungsaufkommen. So mache im Durchschnitt jeder Zahnarzt im Jahr nur 15 Parodontalbehandlungen.

„Krank ist das, was man als krank definiert“ analysierte Reiner Kern, Pressesprecher der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Dass dabei im Behandlungsgeschehen große Unterschiede gemacht werden, sei

„Beispiele des Wissenschaftlers Reich zeigen, wie aufwändig Par-Behandlungen sind. Deshalb ist klar, warum in der gesetzlichen Krankenversicherung so wenig passiert. Wenn wir die Öffentlichkeit zur Parodontitis informieren, muss dieser Aufwand klar gemacht werden.“

Zitat Martin Hendges

ganz normal, hatte bereits Professor Reich aus wissenschaftlicher Sicht festgestellt. Eine Patientenfrage ruft bei 30 verschiedenen Zahnärzten oft 30 verschiedene Antworten hervor. Unterschiedliche Erfahrungen prägen Therapieansätze und Praxisleitlinien. Diese Meinungsvielfalt sollte sich jedoch nicht in der Kommunikation



Auf dem Podium für die Koordinierungskonferenz haben teilgenommen: Professor Dr. Elmar Reich, Dr. Jürgen Fedderwitz, Dr. Reiner Kern, Jette Krämer, und Dr. Dietmar Oesterreich (v.l.n.r.) Fotos: Mahrla (6), Gerd Eisentraut (1)

nach außen widerspiegeln. Die Öffentlichkeitsarbeiter waren sich darin einig, mit einheitlichen Botschaften insbesondere die Patienten zu informieren.

Als Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung räumte Dr. Jürgen Fedderwitz zu Beginn seines Vortrags ein, dass die wissenschaftlichen Ansätze zur Behandlung von Parodontopathien derzeit ganz tief in der Schublade liegen, weil sie nicht finanzierbar sind. Steigende Zahlen an Par-Neuerkrankungen stehen sinkenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegenüber. „Ein erhöhter Parodontitisbedarf ist innerhalb der Budgets in der GKV nicht darstellbar“, machte Fedderwitz ganz klar. Trotzdem müsse nach Lösungen gesucht werden, dem steigenden Bedarf Rechnung zu tragen.

Fedderwitz stellte dabei die vielfach verteuerten Selektivverträge und die bereits im Zahnersatzbereich eingeführten Festzuschüsse als mögliche Alternativen vor. Die Vorteile bei Selektivverträgen sah er vor allem darin, dass für den Abschluss dieser Vereinbarungen keine Gesetzesänderung nötig sei. Deshalb wird hier eine adäquate Honorierung in absehbarer Zeit möglich. Die bekannten Nachteile seien, die Selektion auch bei den Patienten und damit fehlende Konzepte für alle Bevölkerungsschichten. Dies wiederum wäre beim Festzuschussystem garantiert. Für ein Festzuschussystem spräche auch eine adäquate Honorierung ohne Budgets und die steuerbare Mehrbelastung der GKV. Der Pferdefuß ist ein zur Einführung von Festzuschüssen im Parodontalbereich notwendiges Gesetzgebungsverfahren.

„Die Kopplung beider Modelle hätte wohl einen gewissen Charme“, meinte Fedderwitz.

Dr. Dietmar Oesterreich lenkte im Vergleich zu seinen Vorrednern den Fokus auf den Patienten. Eine Studie des IDZ zum parodontitisrelevanten Wissen in der deutschen Bevölkerung macht eindrucksvoll den dringenden Aufklärungsbedarf deutlich. Die

tion für den klinischen Behandlungsbedarf“, machte er klar. „Man will keine Panik, weiß aber, dass die zunehmende Zahl der Erkrankungen insbesondere bei den Senioren einen hohen Behandlungsbedarf darstellt.“ Zudem sind die Ursachen der Parodontitis im



Die Teilnehmer aus Mecklenburg-Vorpommern: Renate Heusch-Lahl, Dipl.-Stom. Gerald Flemming und Kerstin Abeln (v.r.n.l.) im Gespräch mit Dr. Dirk Mittermeier von der KZV Bremen (vorn).

Mundgesundheitsstudie DMS IV des Instituts der Deutschen Zahnärzte hatte Ende 2006 ein hohes Vorkommen von Parodontalerkrankungen ausgewiesen. Oesterreich verwies eingehend auf Probleme in der Bewertung der Prävalenzen. „Welche Bedeutung besitzen die einzelnen Parameter? Gleichzeitig fehlt uns eine Falldefini-

Unterschied zur Karies sehr viel komplexer und sowohl das Verhalten, aber auch die Wirtsantwort spielen eine besondere Rolle. „Wie ist also die Ausgangslage? Wie und wen müssen wir informieren?“, fragte Oesterreich und favorisierte eine Bewusstseinsbildung beim Patienten, aber auch bei Zahnärzten, Ärzten und der Gesund-

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



TEK-1
Die anspruchsvollere Teleskopprothese
Teleskopierende Krone - Eingsusstück

Mit uns haben Sie „gut lachen“ und Zahnersatz vom Allerfeinsten.
Internet: www.kera-dent.de · E-Mail: keradentgmbh@aol.com

heitspolitik. Die Voraussetzungen für diese Aufklärungsarbeit wären gerade im zahnärztlichen Bereich ideal, da der Präventionsansatz in den Praxen als vorbildhaft gelte. „Prävention ist in der Zahnheilkunde positiv besetzt“, sagte Oesterreich. Positiv ist auch, dass die Erfolge zum Beispiel in der Kariesprävention belegbar sind. Die Mundgesundheitsstudien der letzten Jahre liefern genaue Zahlen. Dagegen fehlen Lösungen zur Realisierung umfassender und nachhaltiger Parodontalbehandlungskonzepte in den Praxen. „Auch der Fortbildungsstand der Zahnärzteschaft und präventionsorientierte Praxiskonzepte sind von hoher Bedeutung. Ebenso sind die präventions- und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen ungünstig und notwendige Lösungsansätze derzeit nicht geklärt“, verwies Oesterreich.

In drei Workshops ging es darum, das Krankheitsimage der Parodontitis zu definieren, um mögliche Öffentlichkeitsmaßnahmen für Zahnärzte und Patienten, aber auch für Politik und Medien zu erarbeiten. Hier wurde in viele Richtungen diskutiert. Einig war man sich darin, den Schulterchluss mit den ärztlichen Berufen zu suchen, aber auch verstärkt die Professionelle Zahnreinigung zu propagieren. Dem schlechten Krankheitsimage Parodontitis sollte eine positive Öffentlichkeitsarbeit entgegenwirken.

„Parodontitis muss zum einen nicht selbstverschuldet sein und sie ist zum anderen keine akute, sondern eine chronische Erkrankung“, machte Dr. Dirk Mittermeier deutlich, der einen Workshop leitete. Man war sich einig, dass aufgeklärt werden muss, aber auch, dass die Öffentlichkeitsarbeit eine Strategie erfordert, die langfristig angelegt ist.

Auch wenn die neue GOZ nicht Thema der Fachtagung war, ist sie doch in aller Munde und Dr. Dietmar Oesterreich gab deshalb einen Abriss des aktuellen Sachstandes. Aus Sicht Oesterreichs hat die Bundeszahnärztekammer die öffentliche Arena als fachlicher Ansprechpartner der Politik zurückerobert.

Zwar gibt es unverändert Kritik am fachlichen Teil, weil der nicht präventionsorientiert und risikogerecht ist. Dennoch sei es gelungen, Nachbesserungen zu erreichen. Notwendig ist es jedoch auch weiterhin, die Kollegenschaft mit der wissenschaftlich fundierten und präventionsorientierten

Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) bekannt zu machen. Diese schafft mit einer auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen beruhenden Bewertung die Grundlage für eine qualitativ hochstehende Zahnheilkunde.

„Alle Kollegen in den Ländern sind aufgefordert, sich über die HOZ zu informieren“, mahnte Oesterreich. Ein entsprechendes HOZ-Kalkulationsraster auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer – www.bzaek.de – verschaffe dem einzelnen Zahnarzt einen verlässlichen Überblick über die wirtschaftliche Situation seiner Praxis.

Brandenburgs Kammerpräsident Jürgen Herbert informierte über den Stand der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Er verglich die Vorgaben der gematik dabei mit einem Kochbuch, deren Rezepte jedoch kaum anwendbar seien. Politisch sei die Gesundheitskarte im Hinblick auf anstehende Bundestagswahlen im Jahr 2009 ein Prestigeobjekt, das funktionieren muss. In der Praxis finden abstruse Testverfahren Anwendung, die mit der realen Einführung nicht viel gemeinsam haben. Aus zahnärztlicher Sicht sei keine konstruktive Entwicklung zu erkennen.

Die Berichte aus den Ländern machten unter anderem auf zwei ungewöhnliche Projekte aufmerksam. Zum einen stellte Dipl.-Stom. Gerald Flemming die Aktion „Gewalt gegen Frauen“ vor. Die Zahnärztekammer in Mecklenburg-Vorpommern arbeitet hier gemeinsam mit anderen Organisationen des Gesundheitswesens in einer Arbeitsgruppe. Die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen, direkte Aufklärung und dafür notwendige Leitfäden stehen im Mittelpunkt.

Zum anderen machte Gerd Eisen-traut aus Hamburg den illustren und innovativen Vorschlag eines Wikipedias für Zahnärzte und deren Patienten. Vielfältig sei mittlerweile die Informationsflut zu zahnmedizinischen Themen. Man wolle informieren und dafür ein weithin akzeptiertes und von Millionen genutztes Medium unkompliziert anwenden.

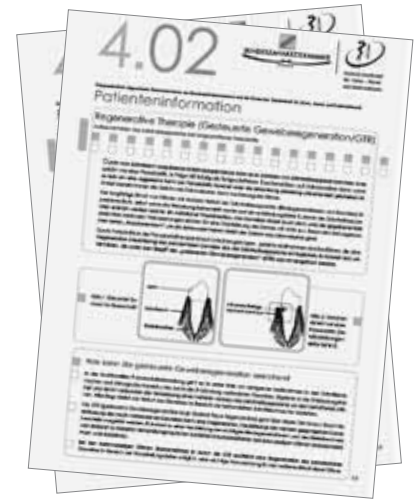
Der Teilnehmerkreis sprach sich für eine Arbeitsgruppe zur Umsetzung aus.

Kerstin Abeln

Informationen für Patienten

BZÄK und DGZMK

Drei neu erstellte, wissenschaftlich abgesicherte Patienteninformationen haben die Bundeszahnärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zum Schwerpunktthema „Parodontitis“ veröffentlicht. Grundlage der



entwickelten Patienteninformationen sind die jeweiligen wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGZMK. Verantwortlich sind in den Vorständen für die DGZMK Dr. Lutz Laurisch und Dr. Dietmar Oesterreich für die BZÄK. Die Serie wird kontinuierlich zu aktuellen Themen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erweitert und überarbeitet.

Auch die neuen Patienteninformationen sind wieder auf der Homepage der BZÄK und DGZMK zum kostenlosen Download bereit gestellt.

Die Patienteninformationen können ebenfalls auf der Webseite der Zahnärztekammer M-V unter www.zaekmv.de Menüpunkt „Patientenberatung“/„Patienteninformationen der Bundeszahnärztekammer“.

Bisher wurden folgende Themen veröffentlicht:

- Operative Entfernung von Weisheitszähnen
- Fluoridierung zur Kariesprävention
- Fissurenversiegelung
- Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Parodontalbehandlung
- Regenerative Therapie (Gesteuerte Geweberegeneration/GTR)
- Mikrobiologische Diagnostik und Parodontistherapie

BZÄK

Basistarif der PKV – Ausgestaltung durch PKV, Beihilfe, KBV und KZBV scharf kritisiert

Massive Auswirkungen auf bestehende Strukturen befürchtet

Ende Februar 2008 haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mit der Ankündigung zu Wort gemeldet, Vertragsverhandlungen über die Vergütung der vom Basistarif umfassten Leistungen aufzunehmen. Wie jetzt bekannt wurde, nehmen diese Verhandlungen – an der auch die beihilfegewährenden Stellen beobachtend teilnehmen – eine Entwicklung, die massive Auswirkungen auf die bestehenden Strukturen befürchten lassen.

Dem Vernehmen nach planen die Verhandlungspartner den Basistarif in einer Weise auszugestalten, die dazu führt, dass die zukünftigen PKV-Basistarif-Versicherten quasi aus der privaten Krankenversicherung herausgelöst und in das GKV-System überführt würden. Namentlich sei vorgesehen, dass der Leistungskatalog des Tarifs exakt den von EBM und Bema – einschließlich aller Mengenbegrenzungen – übernimmt. Die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte solle dem VdAK-Punktwert entsprechen und über die K(Z)V abgerechnet

werden. Eine starke private Krankenvollversicherung ist und bleibt für das Gesundheitssystem Deutschlands unerlässlich. Der von den Verhandlungspartnern eingeschlagene Weg birgt jedoch die Gefahr in sich,



einer Einheitsversicherung den Weg zu ebnet.

Mit einstimmigem Vorstandsbeschluss hat die Bundeszahnärztekammer auf ihrer jüngsten Sitzung einen Beschluss verabschiedet, der diese Aktivitäten in Frage stellt. Das geplante Umsetzungsverfahren mit seiner umfangreichen Versozialrechtlichung und Bürokratisierung wird strikt abgelehnt. Den Vorstand eint die Überzeugung, dass Regelungsverfahren, die über den gesetzlichen geforderten Umfang hinaus gehen, den Interessen der Zahnärzteschaft und den Interessen der Privatversicherten im Basistarif schaden. Hierzu

zählen namentlich:

- die Abkehr vom Prinzip der Kostenerstattung und Einführung von Sachleistungsstrukturen,
- die Einführung des Zahlungsflusses über die KZVs,
- die Einführung von Leistungsbeantragung, Leistungsgenehmigung und Gutachterverfahren,
- die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- Abrechnungsgrundlage BEMA anstelle von GOZ,
- Abrechnungsgrundlage für Zahntechnik BEL II anstelle von BEB.

„Der Vorstand der BZÄK lehnt die derzeitigen Bestrebungen der KZBV und der KZVs im Zusammenhang mit dem Basistarif ab. Er fordert vielmehr den Vorstand der KZBV auf, sich bei allen Verhandlungen im Zusammenhang mit dem Basistarif allein auf die im Gesetz vorgegebenen Fakten zu beschränken und dabei insbesondere den Grundsatz der Kostenerstattung beim Basistarif auf keinen Fall aufzugeben.“

aus BZÄK-Klartext 3/2008

Koordinierungskonferenz der GOZ-Referenten

Novellierungsentwurf wird fachlicher Kritik unterzogen

Der aktuelle Stand der Novellierung der GOZ durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gab Anlass für eine Koordinierungskonferenz der GOZ-Referenten unter Beteiligung des Senats für privates Leistungs- und Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer am 4. April bei der BZÄK. Ziel war es, die Teilnehmer über die Entwicklungen zu informieren und das weitere Vorgehen in Bund und Ländern zu koordinieren.

Die Teilnehmer konstatieren, dass der vorliegende Entwurf des BMG für die neue GOZ trotz zahlreicher, auf die Initiative der BZÄK zurückgehender, Nachbesserungen nach wie vor Unzulänglichkeiten

aufweist. Das weitere Ordnungsverfahren wird Gelegenheit geben für den Versuch, diese Unzulänglichkeiten zu tilgen bzw. weiter zu reduzieren.

Die GOZ-Arbeitsgruppen haben hierfür die Aufgabe übernommen, den vorliegenden Entwurf des Gebührenverzeichnisses einer umfassenden fachlichen Kritik zu unterziehen. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden in einer nächsten Koordinierungskonferenz im Juni 2008 zu einer abgestimmten Analyse zusammengeführt und zur Grundlage der fachlichen Auseinandersetzung mit dem für den Sommer angekündigten Referentenentwurf gemacht.

Alle Teilnehmer der Koordinierungskonferenz haben mit Sorge die Bestrebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Kenntnis genommen, den Basistarif in einer Weise auszugestalten, der die Gefahr in sich birgt, einer Einheitsversicherung den Weg zu ebnet.

Die GOZ-Referenten haben sich den Beschluss des Vorstands der BZÄK zum Thema zu Eigen gemacht und einstimmig das Vorhaben verurteilt.

aus BZÄK-Klartext 3/2008

Insolvenz

Die Regierung will den Bundesländern entgegenkommen: Im Fall einer Krankenkassenpleite soll nicht das jeweilige Land verpflichtet sein, die Schulden zu übernehmen, sondern die Gemeinschaft der Kassen.

Als neuer Haftungsträger sollten zunächst die jeweiligen Schwesterkassen einspringen. Anschließend „haften die Krankenkassen der übrigen Kassenarten“, heißt es.

zm-online



ASI
Wirtschaftsinformatik

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

- 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

VV-Vorsitzende gegen Zersplitterung

Einheitlichkeit des Berufsstands in Zeiten von Selektivverträgen besonders wichtig

Zu ihrem turnusgemäßen Treffen kamen die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Anfang April in Magdeburg zusammen.

Hauptthemen dabei waren Basisarbitar, Gesundheitsfonds, Selektivverträge, die Rolle des VV- Vorsitzes gegenüber dem hauptamtlichen Vorstand, das Zweitmeinungsmodell und Über-

in den westlichen Bundesländern zu einer deutlichen Absenkung führen würde.

Eine große Gefahr der Spaltung des Berufsstands wird durch die Einführung von Selektivverträgen gesehen.

Deshalb ist die Diskussion, ob die KZV als Vertragspartner für kollektive Selektivverträge, wie beispielsweise in Westfalen-Lippe, zur Verfügung stehen

sicherung sollen offensichtlich zukünftig nach dem Willen der Politik verschmolzen werden. Die Vermischung der Rechtskreise führt dazu, dass die KZV nunmehr über die Abrechnungshöhe für einen Privatarbitar verhandeln soll. Die Frage, wie viele Mitglieder zukünftig im Basisarbitar versichert sein werden, wurde kontrovers diskutiert.

Da der Basisarbitar nicht kostendeckend kalkuliert werden kann, kommt es zu einer Belastung der Mitglieder in den normalen Tarifen, da diese den Basisarbitar subventionieren müssen. Nimmt die Anzahl der Basisversicherten daher stark zu, werden alle anderen Volltarife unattraktiv.



Die VV-Vorsitzenden aller KZVs treffen sich regelmäßig. Diesmal tagten sie in Magdeburg.
Foto: Viktoria Kühne

legungen zu Dienstleistungsgesellschaften bei den KZVs.

Die Einführung des Gesundheitsfonds wurde sehr kritisch bis schroff ablehnend gesehen. Insbesondere Bayern und Baden-Württemberg erwarten erhebliche Mittelabflüsse bei einer Einführung des Fonds.

In diesem Zusammenhang betonten die VV-Vorsitzenden der Ost-KZVs die Notwendigkeit, die Ostpunktwerte umgehend auf Westniveau anzuheben. Ansonsten könnte, ähnlich wie beim Zahnersatz, ein gesamtdeutscher Mischpunktwert gebildet werden, der

soll, noch nicht abgeschlossen. Bereits bestehende Kleingruppenverträge in Bayern und Westfalen-Lippe machen die Problematik deutlich. Hier werden in einigen Fällen Mittel aus dem Honorarverteilungsvertrag abgezogen, ohne dass eine Zuordnung zu den verursachenden Kollegen möglich ist. Somit muss die Mehrheit die „Zeche“ für die Interessen Einzelner bezahlen.

Breiten Raum nahm die Debatte zum Basisarbitar ein. Die Einführung dieses Tarifs ist ein Baustein auf dem Weg zu einer Einheitsversicherung.

Gesetzliche und private Krankenver-

Kritisch wurden in der Vorsitzendenrunde allerdings die Pläne des KZBV-Vorstands, die von den hauptamtlichen Länder-KZV-Vorständen unterstützt werden, gesehen, auch den Abrechnungsweg über die KZV mit der PKV zu verhandeln. Damit würde beispielsweise die paradoxe Situation entstehen, dass ein Privatzahnarzt plötzlich über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen muss. Auch die politisch immer wieder geäußerte Auffassung über den Stellenwert der direkten Arzt-Patienten-Beziehung würde damit konterkariert. Es gab aber auch Auffassungen, die Verhandlungen zwar kritisch, aber konstruktiv zu begleiten. Die Vertreterversammlungen in den einzelnen Bundesländern werden sich mit diesem Thema in nächster Zeit intensiv beschäftigen. Die Vorschläge gehen dahin, wegen der Wichtigkeit des Themas die hauptamtlichen KZV-Vorstände über VV-Beschlüsse an ein bestimmtes Mandat zu binden.

Dr. Peter Schletter, Dr. Thomas Breyer

Auf die Stärken der Praxen besinnen

Das Verhältnis zum Patienten durch intensive Kommunikation verbessern

Selbstbewusstes gemeinsames Auftreten und eine intensive Kommunikation mit den Patienten über den Wert ihrer Leistungen sehen die Zahnärzte in Schleswig-Holstein als wichtige Voraussetzungen an, um die Herausforderungen in der Gesundheitspolitik zu meistern. Unterstützung erhielten sie vom Vorsitzenden des Senats für privates Leistungs- und Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Peter Engel aus Köln.

„Ob es in 15 Jahren noch eine private Krankenversicherung gibt, weiß ich nicht. Ob es dann noch eine gesetzliche Krankenversicherung gibt, weiß ich auch nicht. Aber Zahnärzte und

Patienten, die zahnärztliche Leistungen nachfragen, wird es noch geben“, sagte Engel auf einer Veranstaltung der von Kammerpräsident Hans-Peter Küchenmeister ins Leben gerufenen

zu meistern. „Damit sich zahnärztliche Praxen in einem dynamischen Markt behaupten können, müssen wir das betriebswirtschaftliche Wissen weiter erhöhen“, sagte Kammerprä-

Daten & Fakten

Die neue Ausgabe des Faltblattes Daten & Fakten 2007 mit statistischen Basisdaten zur zahnärztlichen Versorgung liegt druckfrisch vor.

Das von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) jährlich herausgegebene Faltblatt gibt einen Überblick über die wich-



tigsten Daten. Es enthält unter anderem Angaben zur Entwicklung der Zahnärztezahlen sowie Daten zur zahnärztlichen Behandlung und Zahngesundheit in Deutschland.

Im Internetauftritt der KZBV und der BZÄK gibt es „Daten & Fakten“ als komplette pdf-Datei sowie auch als Einzeldateien zum Download. Einzelexemplare können von interessierten Zahnärzten kostenlos angefordert werden, solange der Vorrat reicht unter www.kzbv.de oder www.bzaek.de.

KZV



Geballte berufspolitische Kompetenz für das IBB-Seminar in Neumünster boten Gastreferent Dr. Peter Engel, Kammerpräsident Hans-Peter Küchenmeister, Dr. K. Ulrich Rubehn, GOZ-Vorstand der Zahnärztekammer und Pastpräsident Dr. Tycho Jürgensen (von links)

Initiative Berufspolitische Bildung (IBB) anlässlich des 15. Zahnärztes tags in Neumünster.

Damit betonte Engel nach dreistündiger Diskussion mit standespolitisch versierten Zahnärzten zwischen Nord- und Ostsee den Trumpf, den kein Politiker und kein Kassenvertreter den Zahnärzten nehmen kann: das vertrauensvolle Verhältnis zum Patienten. Engel, der auch Kammerpräsident in Nordrhein ist, hält diesen Trumpf für umso wirksamer, je weniger die Zahnärzte sich von der Politik auseinander dividieren lassen. Risiken sieht er in dieser Hinsicht in der GOZ-Öffnungsklausel, die nach seiner Ansicht zu einer Aufspaltung der Interessen und schließlich zu einem Riss durch die Zahnärzteschaft führen kann. Die Zahnärzte aus dem Norden warnten in der Diskussion vor dem Beispiel der Ärzte, in deren Reihen verschiedene Fachgruppen zum Teil gegensätzliche Interessen vertreten.

Die Kammerspitze aus Schleswig-Holstein hält wie Engel die Stärkung des Arzt-Patientenverhältnisses für unerlässlich. Zugleich sollen die Praxisinhaber noch mehr in die Lage versetzt werden, die Herausforderungen

entsprechende Angebote der Kammer für Berufsanfänger werden im Norden bereits gut angenommen.

Vizepräsident Dr. Michael Brandt verwies auf die Vorteile eines gewachsenen Verhältnisses zum Patienten im Gegensatz zu großen, anonymen Versorgungszentren, in denen die Patienten wechselnde Behandler erwarten. „Natürlich gibt es die Schnäppchenjäger, aber wollen wir die in den Praxen halten?“, gab Brandt zu bedenken. Praxen, die auf Qualität und Service setzen, werden sich nach seiner Einschätzung gegen Versorgungszentren behaupten können.

Dr. K. Ulrich Rubehn, Vorstand für Gebührenrecht in der Zahnärztekammer, hält ein geschlossenes Auftreten der Zahnärzte für die unverzichtbare Strategie. Dabei ist es lediglich notwendig, die schon bestehenden Strukturen zu stärken. Zugleich sieht Rubehn jeden einzelnen Zahnarzt gefordert, sich seine Rolle als Freiberufler am Markt bewusst zu machen und nicht vor unbequemen Gesprächen mit Patienten und Beihilfestellen zurück zu schrecken, wenn es um den Wert der eigenen Leistung geht.

ZÄK S-H

Zahnarzt und Hausarzt sollten Netzwerk bilden

Initiative proDente informiert auf ihrer ersten Online-Presskonferenz

Der Zahnarzt verfügt heute über eine extrem wichtige Position im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge. „Der Zahnarzt erfährt Dinge, die eigentlich Konsequenzen anderer Ärzte nach sich ziehen müssten“ sagte proDente-Experte Prof. Dr. Michael Noack. Er plädierte auf der ersten Online-Presskonferenz der Initiative proDente e.V. zum Thema „Die Zukunft der Zahnmedizin“ für ein Netzwerk aus Zahnärzten und Allgemeinmedizinern. Viele ernsthafte Erkrankungen könnten so möglichst früh entdeckt und entsprechend schonend behandelt werden. Als Beispiel nannte der Geschäftsführende Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Klinikums der Universität Köln Übergewicht und Diabetes: „Je früher man das entdeckt, desto geringer die Folgeschäden.“ Ein aufmerksamer Zahnarzt sei ein „idealer Partner“, der an den Hausarzt überweist. Durch die dauerhafte Betreuung könne der Zahnarzt frühzeitig Veränderungen beim Patienten erkennen.

„Der Zahnarzt ist kein Ersatz, aber eine Ergänzung zum Hausarzt“, so der Kölner. Ein direkter Wettbewerb mit Hausärzten sei nicht zu befürchten. Auf meine Nachfrage, ob es bereits

praktische Beispiele für Netzwerke von Hausärzten und Zahnärzten gebe, antwortete Prof. Noack: „Es gibt in vielen Großstädten Netzwerke, die aber zurzeit allein auf der Initiative der jeweiligen Praxisinhaber beruhen.“ Polikliniken hält der Experte nicht für den geeigneten Weg: „Die Politik versucht mit ihren Rahmenbedingungen, den einzelnen Arzt oder Zahnarzt abzuschaffen. Sie hat Rahmenbedingungen geschaffen, die Polikliniken fördern. In den Ballungszentren sind Polikliniken bzw. Ärztehäuser sinnvoll, auf dem Land wird dadurch der Zugang für die meisten erschwert. Eine Versorgung nur mit Polikliniken führt überall zu einer schlechteren Qualität der Versorgung.“ Als Konsequenzen für den Zahnarzt in der eigenen Praxis empfiehlt Noack, Kooperationen in der Region suchen. Die Freiberuflichkeit sieht der Kölner Experte nicht in Gefahr: „Es gibt rechtlich gesehen keine organisierten Überweisungsstrukturen. Fachlich gesehen macht es keinen Sinn, einen Patienten von seinem gewohnten Arzt weg zu bewegen. Es geht vielmehr darum, den Suchenden zu unterstützen“, unterstrich Noack.

Gestützt wird die Forderung nach einer besseren Vernetzung durch die

hohe Kompetenz, die Zahnärzte in Bezug auf die Vorsorge genießen. Befragte äußern sich immer wieder hoch zufrieden über die angebotenen zahnmedizinischen Dienstleistungen. Hinzu kommt das große Vertrauen gegenüber dem „Hauszahnarzt“. Nur 15 Prozent der Patienten wechseln nach einem Umzug ihren vertrauten Zahnarzt.

„Mit zunehmenden Alter der Patienten wird es wichtiger für den Zahnarzt mit dem behandelnden Hausarzt des Patienten Kontakt aufzunehmen“, unterstrich auch der Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie der Universität zu Düsseldorf, Prof. Dr. Jürgen Becker.

Dr. Anne Wolowski von der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Leiterin des Bereichs für Psychosomatik in der Zahnheilkunde an der Uni Münster zeigte sich überzeugt: „Zukünftig verändert die vermehrte Zahl älterer Patienten die Aufgaben der Zahnärzte.“ Sie forderte, dass Zahnarztpraxen für den alten Menschen erreichbar, also barrierefrei, sein müssten. Zudem müsse man damit rechnen, dass „ein Drittel unserer Patienten Beschwerden haben, die psychosomatisch erklärbar sind.“

Renate Heusch-Lahl

Achtung: Beteiligung an Kostenstrukturerhebung

KZBV startet erneute Erhebung und präsentiert Ergebnisse des letzten Jahres

Jährliche Kostenstrukturerhebungen erfordern zusätzliche Arbeit in den Praxen und liegen nicht jedem. Sie sind jedoch wichtig, wenn es um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Parameter oder um die zukünftige Gestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen in den zahnärztlichen Praxen geht. Dies zeigte sich insbesondere bei der im Jahr 2004 durchgeführten Neubewertung zahnärztlicher Leistungen und der Umgestaltung des Zuschussystems beim Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2005.

Nach wie vor wird behauptet, in Zahnarztpraxen schlummern betriebswirtschaftliche Reserven, die noch erschlossen werden müssten. Hier gilt es, insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen der derzeitigen Reform des Gesundheitswesens, gegenüber dem

Gesundheitsministerium, den Krankenkassen und der Öffentlichkeit diesen Fehlinformationen hieb- und stichfeste Daten über die tatsächliche Situation entgegenzusetzen. Darüber hinaus kommt dem Nachweis der steigenden Praxiskosten besondere Bedeutung zu. In den kommenden Wochen wird es erneut einen Aufruf zur Beteiligung an der jährlichen Datenerhebung geben. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern fordert alle Praxen des Landes auf, sich daran aktiv zu beteiligen. Denn aussagefähig sind die erhobenen Daten nur dann, wenn es gelingt, möglichst viele Antworten zu bekommen. Nur dann sind die ermittelten Daten repräsentativ.

Neben der Neuauflage liegt derzeit eine Vorabauswertung der letzten Datenermittlung vor. Danach kam es im Jahr 2006 zu einem weiteren Einkom-

menrückgang um 2,3 Prozent. Real, also unter Berücksichtigung der Preisentwicklung, beträgt der Rückgang 2006 gegenüber dem Vorjahr 3,9 Prozent.

Hinsichtlich des Einnahmen-Überschusses ist festzustellen, dass er in 2006 in den alten Bundesländern geringfügig stärker abnahm als in den neuen Bundesländern (2,4 Prozent Rückgang in den alten Bundesländern gegenüber zwei Prozent in den neuen Bundesländern).

Die Personalausgaben erhöhten sich 2006 in Deutschland um 2,9 Prozent je Praxisinhaber. Die Beschäftigtenzahl blieb in den deutschen Zahnarztpraxen in 2006 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert, wobei allerdings die Zahl der Auszubildenden um rund 2500 auf 33 100 (minus sieben Prozent) zurückgegangen ist.

KZV

Abrechnung privater Röntgenleistungen

Hinweise zur Rechnungserstellung aus dem GOZ-Referat

Für die Berechnung von Röntgenleistungen steht dem Behandler der kleine Gebührenrahmen vom 1,0-fachen bis zum 2,5-fachen Steigerungssatz zur Verfügung. Schwellenwert ist in diesem Fall der 1,8-fache Faktor. Vom Steigerungssatz 1,9 bis 2,5 muss eine Kurzbegründung zur Schwellenwertüberschreitung gegeben werden.

Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Filmmaterial, Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befunden und zur Diagnose ist Bestandteil der Röntgenleistung und kann nicht gesondert berechnet werden.

Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.

GOÄ 5000 – Zähne, je Projektion (50 Punkte = 2,91 € Einfachsatz)

Die Berechnung von intraoralen Zahnfilmaufnahmen erfolgt nicht wie im BEMA nach der pauschalisierten Berechnungsweise mit Zusammenfassung mehrerer Aufnahmen zu einer Position (Rö2, Rö5, Rö8 und Status), sondern je notwendige Einstellung bzw. je Aufnahme.

Muss ein Zahn orthoradial als auch exzentrisch geröntgt werden, so kann die Gebührennummer 5000 GOÄ zweimal berechnet werden.

Bissflügel- und Aufbissaufnahmen sind ebenfalls nach GOÄ 5000 berechenbar.

Im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung stellt die Verwendung einer Nadel oder eines Guttaperchastifts beim Anfertigen einer Röntgenaufnahme keine Kontrastmitteleinbringung dar. Die Nr. Ä370 (Kontrastmittel in Gänge/Hohlräume/Fisteln) kann hierfür nicht berechnet werden. Auch die Ziffern Ä 5260 (Röntgen natürlicher/künstlicher/krankhaft entstandener Gänge/Hohlräumen/Fisteln) kann hier nicht zur Anwendung kommen. Die Längenbestimmung eines Wurzelkanals ist nur nach GOÄ 5000 zu berechnen.

GOÄ 5004 – Panoramaschichtaufnahme der Kiefer (400 Punkte = 23,31 € Einfachsatz)

Die Panoramaschichtaufnahme (PSA) ist auch unter dem Begriff Orthopantomogramm (OPG) geläufig.

GOÄ 5002 – Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers (250 Punkte = 14,57 € Einfachsatz)

Die Panoramavergrößerungsaufnahme (PVA) ist keine Schichtaufnahme und wird deshalb nach GOÄ 5002 berechnet. Werden zwei PVA-Aufnahmen zur Darstellung des gesamten Kauorgans angefertigt, so ist die 5002 GOÄ auch zweimal berechnungsfähig, weil beide Kiefer dargestellt werden.

Die Technik der PVA wurde durch die Weiterentwicklung der Panoramaschichtgeräte zunehmend verdrängt. Der Vollständigkeit halber sollte sie jedoch erwähnt werden, da gelegentlich Anfragen zum Unterschied zwischen der 5004 und der 5002 GOÄ an uns herangetragen werden.

GOÄ 5090 – Schädelübersicht, in zwei Ebenen (400 Punkte = 23,31 € Einfachsatz)

Hierunter fällt auch die Fernröntgenaufnahme, auch wenn nur eine Projektionsebene geröntgt wird. Beim Fernröntgenseitenbild ist davon auszugehen, dass die Leistungsbeschreibung dieser Gebührennummer bei der Anwendung in der Kieferorthopädie zutreffend und dahingehend zu interpretieren ist, dass die entsprechenden Aufnahmen die ggf. erforderliche Herstellung bis zu zwei Ebenen beinhalten.

GOÄ 5095 – Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil (200 Punkte = 11,66 € Einfachsatz)

Hierunter fallen z. B. Kiefergelenkaufnahmen, OK-/UK-Aufbissaufnahmen, UK-Teilaufnahmen, Jochbogenaufnahmen.

GOÄ 5020 – Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, jeweils in zwei Ebenen (220 Punkte = 12,82 € Einfachsatz)

Hierunter werden Teilröntgenaufnahmen der Hand bzw. des Fußes

abgerechnet. Mit der Gebühr sind Aufnahmen bis zwei Ebenen abgegolten.

GOÄ 5030 – Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk, jeweils in zwei Ebenen (360 Punkte = 20,98 € Einfachsatz)

Hierunter fallen Handröntgenaufnahmen in der Kieferorthopädie, auch wenn aus fachlichen Gründen und vor allem aus Strahlenschutzgründen die zweite Aufnahme in einer anderen Ebene entbehrlich ist. Auch bei dieser Gebührennummer geht die Interpretation dahin, dass die entsprechenden Aufnahmen die ggf. erforderliche Herstellung in bis zu zwei Ebenen beinhalten.

GOÄ 5037 – Bestimmung des Skeletalters – ggf. einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung (300 Punkte = 17,49 € Einfachsatz)

Die für kieferorthopädische Zwecke erforderliche Auswertung der Handröntgenaufnahme ist im allgemeinen mit der Nr. GOÄ 5030 abgegolten. Sofern in Einzelfällen die Bestimmung des Skeletalters einschließlich der Berechnung der prospektiven Endgröße des Patienten für die kieferorthopädische Diagnostik und Therapie zweckmäßig ist, so ist diese spezielle Auswertung nach GOÄ 5037 vorzunehmen.

GOÄ 5298 – Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie) Der Zuschlag beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.

Für die Nummern GOÄ 5000 bis 5004 hat der Gesetzgeber diesen Zuschlag nicht vorgesehen (Die Versagungsansprüche sind bis heute unbekannt und die Nichtgewährung des Zuschlags unlogisch). Die Aufwendungen für das digitale Röntgen können über einen erhöhten Steigerungssatz bis 2,5 bei den Gebüh-

renummern 5000 bis 5004 GOÄ berechnet werden. Es ist dabei die Begründung „digitales Röntgen“ für die Überschreitung des Schwellenwertes oberhalb des 1,8-fachen Faktors anzugeben.

Eine Erstattungsgarantie ist diese verfahrensbezogene Begründung allerdings nicht, da private Kostenträger zunehmend nur noch patientenbezogene Besonderheiten akzeptieren.

Volumen-Tomographie

Die Volumen-Tomographie-Aufnahme („New-Tom“) ist gemäß Ziffer 5370 GOÄ (Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich - ggf. einschließlich des kraniozervicalen Übergangs) zu berechnen. Ggf. kommt der Zuschlag nach GOÄ 5377 (Zuschlag für computergesteuerte Analyse einschließlich speziell nachfolgender 3D Rekonstruktion) hinzu.

Transversale Schichtaufnahmen

Die GOÄ-Nr. 5290 „Schichtaufnahme(n) (Tomografie) bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion“ ist hier die richtige Leistungsposition. Bei der Anwendung des digitalen Verfahrens kommt der Zuschlag GOÄ 5298 hinzu.

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

Gelungene Premiere – 1. Implantologie-Symposium in Neubrandenburg

Freude bei den Veranstaltern über große Resonanz

„Wie viele Implantate braucht der Kiefer – wie viel Implantate braucht der Patient?“ – dieser Frage ging das 1. Implantologie-Symposium am 8. März in Neubrandenburg nach. Mehr als 120 Zahnärztinnen, Zahnärzte und Zahntechniker waren zu der Premiere in die Vier-Tore-Stadt gekommen.

Namhafte Referenten wie Prof. Dr. Uwe Rother und PD Dr. Joachim Hermann informierten über neueste Techniken und Entwicklungen in der digitalen Volumetomografie oder den Einsatz von Schmelz-Matrix-Proteinen.

Dabei wurde deutlich, dass die Ästhetik in der Zahnmedizin eine wachsende Bedeutung erlangt. Hohe Ansprüche der Patienten, sich ständig verändernde Materialien und Techniken stellen die Zahnmediziner vor immer neue Herausforderungen.

Parallel zu dem Symposium wurde eine Fortbildungsveranstaltung für Zahnärzthel-

ferinnen angeboten, an der 80 Helferinnen teilnahmen. Das Spektrum der Vorträge reichte von Hygienemaßnahmen in der Zahnarztpraxis, über Kommunikation bis hin zur Einführung in die Basismaßnahmen der Notfallbehandlung.

Die Initiatoren des 1. Implantologie-Symposiums zeigten sich überrascht und erfreut über die gute Resonanz: Die rege Teilnahme und das große Interesse an den Vorträgen hat gezeigt, dass der Bedarf an Informationen/Weiterbildung und einem fachlichen Austausch auf diesem Gebiet sehr groß ist. Daher wird der Premiere sicherlich eine zweite Veranstaltung im kommenden Jahr folgen. Die Initiatoren hoffen, dass sich das Symposium als feste Größe im Kalender der Kollegen etabliert.

Dr. Gerd Wohlrab,
Dr. Jens Stoltz
(Neubrandenburg)

Anzeige

Stellenausschreibung

Beim Landkreis Uecker-Randow ist ab August 2008 die Stelle der/des

Jugendzahnärztin/Jugendzahnarzt

zu besetzen.



Wesentlicher Aufgabeninhalt

- Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie prophylaktische Maßnahmen,
- Befunddokumentation, statistische Auswertung, Gesundheitsberichterstattung, Öffentlichkeitsarbeit,
- Erstellung zahnärztlicher Gutachten,
- Koordinierung der Kreisarbeitsgemeinschaft und Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft der Jugendzahnärzte,
- Ableistung von Rufbereitschaft im Fachdienst Gesundheit

Anforderungen

- Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt,
- mehrjährige Berufserfahrungen, Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen sind erwünscht,

- Fähigkeit zum selbstständigen und eigenverantwortlichen Arbeiten, Belastbarkeit,
- Organisationsgeschick und Teamfähigkeit,
- Führerschein der Klassen B

Die Stelle ist mit der Entgeltgruppe 15 TVöD bewertet. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 30 Stunden. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung und Befähigung bevorzugt. Die im Rahmen der Bewerbung entstehenden Kosten können nicht erstattet werden. Bewerbungen werden bis zum 30.05.2008 mit vollständigen und aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen erbeten an

Landkreis Uecker-Randow
Fachbereich Zentrale Dienste
An der Kürassierkaserne 9 • 17309 Pasewalk

Fortbildungsangebote im Juni und Juli 2008

4. Juni *7 Punkte*

Das ABC der Schienentherapie
Prof. Dr. Dr. h.c. G. Meyer
14 – 20 Uhr
Zahnärztekammer
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Seminar Nr. 44
Seminargebühr: 180 €

4. Juni *5 Punkte*

Praktisches digitales Röntgen
Prof. Dr. U. Rother
14 – 18 Uhr
HELIOS Kliniken, Haus 0
Wismarsche Straße 397
19055 Schwerin
Seminar Nr. 45
Seminargebühr: 90 €

7. Juni *9 Punkte*

Die mikrochirurgische Wurzelspitzen-
resektion unter dem OP-Mikroskop –
Overtreatment oder Qualitätssprung?
Zahnarzt H. Thun, Dr. A. Kuhr
9 – 17 Uhr
Zahnarztpraxis Thun

Steinstraße 11
19053 Schwerin
Seminar Nr. 46
Seminargebühr: 290 €

21. Juni *9 Punkte*

RundUm Endo
Dr. M. Cramer
9 – 18 Uhr
Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8
17487 Greifswald
Seminar Nr. 47
Seminargebühr: 290 €

11./12. Juli *14 Punkte*

Ästhetische Aspekte der
Parodontalthherapie
Prof. Dr. H. Renggli
11. Juli 14 – 17 Uhr
12. Juli 9 – 16 Uhr
Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103
18055 Rostock
Seminar Nr. 49
Seminargebühr: 150 €

Das Referat Fortbildung ist unter

Telefon: 0 385/ 5 91 08 13 und
Fax: 0 385/ 5 91 08 23 zu erreichen

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

**Bitte beachten Sie die
Terminänderung**

Das Seminar Nr. 35 „Die prothe-
tische Planung – eine lebenslange
Strategie“ mit dem Referenten Prof.
Dr. Reiner Biffar geplant am 25./26.
April 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 Insee,
Heidberg 1 in Güstrow statt.

Anzeige

Heraeus

Heraeus Dental Fortbildung
13. Juni 2008

<p>13. Juni 2008 Neubrandenburg Heraeus Dental Fortbildung Abform- und Gewebemanagement für optimalen Zahnersatz Prof. Dr. Bernd Wöstmann – Justus-Liebig-Universität Gießen</p>	<p>80 Euro Teilnahmegebühr 3 Fortbildungspunkte nach BZÄK + DGZMK (inkl. Abendessen und Produktproben) Tagungsort: Radison SAS Neubrandenburg Treptower Strasse 1 17033 Neubrandenburg</p>	<p>Anmeldung und weitere Informationen Ursula Nüchter 06181/355 588</p>
--	---	--

Prof. Ursula Klink-Heckmann feiert am 4. Juni ihren 80. Geburtstag

30 Jahre an der Rostocker Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Als die gerade 30-jährige Dr. Ursula Heckmann am 1. September 1958 die Leitung der neu gegründeten kieferorthopädischen Abteilung im Südflügel der Klinik übernahm, war das Gebäude der Klinik gerade 20 Jahre alt und hatte den 2. Weltkrieg unbeschadet überstanden. Während der folgenden 30 Jahre bis zum Eintritt in den Ruhestand hat Professorin Klink-Heckmann von dort aus die Geschicke der Kieferorthopädie in Rostock im jetzigen Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und darüber hinaus in der DDR maßgeblich beeinflusst und gestaltet.

In Oppeln geboren, studierte sie von 1946 bis 1950 an der Martin-Luther-Universität Halle Zahnmedizin und promovierte mit Studienabschluss zum Dr. med. dent. Die Fachzahnarztweiterbildung im Fach Kieferorthopädie wurde 1955 abgeschlossen.

Die Hallenser Lehrjahre bis 1958 unter Prof. Reichenbach haben sowohl ihren Arbeitsstil als auch die wissenschaftliche Thematik wesentlich geprägt. Von Prof. Herfert, dem damaligen Klinikdirektor, nach Rostock geholt, galt es sofort umfangreiche Versorgungsaufgaben zu bewältigen. Von montags bis Sonnabendmorgen wurden regelmäßig 2000 Patienten behandelt. Die selbst in Facharztweiterbildung sich befindlichen Mitarbeiter bedurften bei eigenem Elan und Ehrgeiz ihres fachlichen Rats und ihrer Hilfestellung.

Trotz dieser hohen Betreuungsaufgaben war es der jungen, zielstrebigen Oberärztin gelungen, 1960 ihre Habilitationsschrift vorzulegen. Diese hatte die Bewertung der Brust- und Flaschnahrung für das Unterkieferwachstum von Neugeborenen und Säuglingen zum Inhalt. Am 1. Juni 1965 erfolgte ihre Berufung zum Professor mit Lehrauftrag und am 1. September 1969 die zum ordentlichen Professor. Dieses Datum hat historischen Wert. An diesem Tag wurde der erste Lehrstuhl für „Orthopädische Stomatologie“ der DDR in Rostock errichtet. 14 Jahre lang war Ursula Heckmann einzige Professorin des Fachgebietes in der DDR. Nach dem frühen Tod von Brückl waren seit 1966 wichtige Entschei-



Professorin Ursula Klink-Heckmann

dungen für die Entwicklung der Kieferorthopädie nach Rostock verlegt. Die politisch erzwungene Gründung einer eigenen Arbeitsgemeinschaft für Orthopädische Stomatologie in der DDR, aus der 1968 die Gesellschaft für Orthopädische Stomatologie der DDR hervorging, fiel in diese Zeit. Als erste Vorsitzende und als Sekretär war sie bis 1986 aktiv im Vorstand der Gesellschaft tätig. Die Entwicklung des Fachgebietes in der DDR war prägend mit ihrem Namen verbunden. Nach 1990 wurde Professorin Klink-Heckmann für ihre Leistungen um die Entwicklung des Fachs Kieferorthopädie in der damaligen DDR mit der Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie geehrt.

Die Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V. hat anlässlich ihres 50-jährigen Bestehens im Jahr 1999 Professorin Klink-Heckmann zum Ehrenmitglied ernannt und würdigte damit ihre Verdienste für die wissenschaftliche Entwicklung des Faches Kieferorthopädie in der Region Mecklenburg-Vorpommern.

Der durch sie gegründete Kieferorthopädische Arbeitskreis für die drei Nordbezirke der DDR verband nicht nur die Kieferorthopäden dieser Region und nahm sich ihrer aktuellen Pro-

bleme an. Er hat sich bis 1988 immer auch mit der internationalen wissenschaftlichen Entwicklung des Fachs befasst. Deshalb war die Fortbildung der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie ein Schwerpunkt der Arbeit.

Ihre Leistungen als Hochschullehrerin und Wissenschaftlerin drücken wenige Zahlen aus.

Nach dreißig Jahren war die Zahl ihrer Publikationen dreistellig, ebenso die ihrer Vorträge. 55 Doktoranden wurden erfolgreich betreut und in dreijähriger Weiterbildungszeit 22 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie ausgebildet.

Bis heute nachhaltig, weil international nahezu einmalig, sind ihre Langzeitstudien auf dem Gebiet der Gebissentwicklung und des Gesichtsschädelwachstums von der Geburt bis zum 18. und 25. Lebensjahr.

Dieser Funke des akribischen Beobachtens und Dokumentierens sprang auf ihre Mitarbeiter über. So entstanden viele Studien in interdisziplinärer Zusammenarbeit, z. B. die, die sich mit gehörlosen Kindern befassten oder mit Spaltpatienten des Rostocker Rehabilitationszentrums. Die Einbindung in nationale Forschungsprojekte wie die des „Defektiven Kindes“ waren Ausdruck der Wertschätzung und Leistungsfähigkeit der Rostocker Kieferorthopädie unter Klink-Heckmanns Leitung. Bis in jüngste Zeit wirken diese Einflüsse nach.

Dr. Franka Stahl hat 2007 als Oberärztin der Poliklinik für Kieferorthopädie im Rahmen ihrer Habilitationsschrift neue Methoden der Wachstumsanalysen des Gesichtsschädels entwickelt und sie an Probanden der Rostocker Längsschnittstudie von Klink-Heckmann ausgewertet. Dies mag für die Jubilarin nach einem wissenschaftlich engagierten Leben ein gutes Geburtstagsgeschenk sein, präsentiert vom wissenschaftlichen Nachwuchs.

Ihre Schüler und ehemaligen Mitarbeiter gratulieren herzlich zum Geburtstag und wünschen an der Seite ihres Ehemannes weiterhin eine gute Gesundheit, um den gemeinsamen Lebensabend aktiv gestalten und genießen zu können.

Rosemarie Grabowski

Amalgam – schädlich oder ungefährlich?

Groß angelegtes zwölfjähriges Forschungsprojekt gibt teilweise Entwarnung

Seit Jahren wird das Schädigungspotenzial von Amalgam kontrovers diskutiert; Berichte von Patienten, die über Beschwerden wie Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, Depressionen, Müdigkeit und Sehstörungen klagen, reißen nicht ab. Vor dem Hintergrund eines Gerichtsverfahrens gegen die Firma Degussa hat der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft im Jahr 1996 das Zentrum für naturheilkundliche Forschung am Klinikum rechts der Isar der TU München mit der Durchführung des interdisziplinären Forschungsprojektes GAT (German Amalgam Trial) beauftragt. In diesem groß angelegten, zwölf Jahre dauernden, Projekt untersuchten schulmedizinische und komplementärmedizinische Einrichtungen in mehreren Teilprojekten das Schädigungspotential von Amalgam, die diagnostischen Möglichkeiten sowie geeignete Therapien. So wurden beispielsweise erstmals die Auswirkungen einer Amalgamentfernung bei Erwachsenen erforscht. „Ob und wie schädlich Amalgam wirklich ist, muss aus wissenschaftlicher Sicht sehr dif-

ferenziert betrachtet werden“, erläutert PD Dr. Dieter Melchart, der als Leiter des Zentrums für naturheilkundliche Forschung am Münchner Klinikum rechts der Isar für die Studie verantwortlich war. „Eine eindeutige Aussage, ob es gefährlich oder harmlos ist, können wir daher nicht machen. Wir können jedoch fundiert empfehlen, welche Therapiemöglichkeiten es bei einer subjektiv empfundenen Amalgam-Schädigung gibt.“ Zunächst befragten die Wissenschaftler rund 5000 zufällig ermittelte Patienten von Zahnärzten nach ihren Beschwerden. Dabei konnte kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Amalgamfüllungen und dem Auftreten bestimmter Symptome nachgewiesen werden. Bei der Analyse der Fallberichte von Klägern im „Degussa-Verfahren“, die zahlreiche Beschwerden im Zusammenhang mit Amalgam angegeben hatten, zeigten sich deutliche Hinweise darauf, dass sowohl zwischen Amalgamversorgung und Auftreten der Symptome als auch zwischen Amalgamsanierung und Besserung der Beschwerden ein zeitlicher Zusammenhang vorliegt.

Allerdings geben die Forscher zu bedenken, dass diese Daten aufgrund der methodischen Mängel in den retrospektiv ausgewerteten Fragebögen mit Vorsicht interpretiert werden sollten. Um der Frage nachzugehen, welche Schäden durch geringe Amalgam-Dosen im Körper langfristig und möglicherweise auch unbemerkt entstehen können, untersuchten die Wissenschaftler den Effekt auf verschiedene menschliche Zelltypen. Die Ergebnisse sind, wie Melchart erläutert, nicht eindeutig: „Während sich Monozyten insbesondere gegenüber geringen Dosen von Quecksilber als unempfindlich erwiesen, reagierten Lymphozyten deutlich empfindlicher. Wir haben auch festgestellt, dass sich Zellen nach einer Amalgam-Exposition weniger gut auf Stresssituationen wie Fieber oder Umweltgifte einstellen können.“ Allerdings seien auch diese Ergebnisse unter Vorbehalt zu sehen: „Die Reaktion der Zellen im Labor muss nicht unbedingt der im menschlichen Körper entsprechen.“

Ein weiteres Teilprojekt widmete sich den diagnostischen Möglichkeiten, eine Belastung des Organismus durch Amalgam zuverlässig nachzuweisen. Hier zeigte sich, dass die gängigen Testverfahren nicht zwischen Probanden mit Amalgam-Beschwerden und solchen, die keine Beschwerden verspüren oder ganz frei von Amalgam sind, unterscheiden können.

Die aktuellste Studie vergleicht verschiedene Therapiemöglichkeiten für subjektiv amalgamgeschädigte Patienten. Das Ergebnis war für die Forscher recht überraschend: Einerseits führt die Entfernung der Amalgamfüllungen tatsächlich zu deutlich niedrigeren Quecksilberwerten in Speichel und Blut und auch zu einer klinisch relevanten Verbesserung der subjektiven Beschwerden. Ob eine zusätzliche Ausleitungstherapie durchgeführt wird oder nicht, spielt dabei keine Rolle. Andererseits brachte ein spezielles Gesundheitstraining den Betroffenen eine ähnlich positive Linderung ihrer Beschwerden, auch wenn sich die gemessenen Quecksilberwerte dadurch natürlich nicht veränderten.

CED bestätigt Stellungnahmen zu Amalgam

Der Council of European Dentists (CED) antwortete in der vergangenen Woche auf die öffentliche Konsultation über die Sicherheit von Amalgam. Die beiden Stellungnahmen von wissenschaftlichen Ausschüssen der Europäischen Kommission kommen vor allem zu dem Schluss, dass Amalgam mit Ausnahme von möglichen allergischen Reaktionen keine Gesundheitsrisiken birgt, und dass auch die Umweltgefahren bedeutend niedriger sind als die erlaubten Grenzwerte. Da der CED der Kommission im Laufe der vergangenen Jahre bereits sein Expertenwissen übermittelt hat, hat der CED in seiner Antwort keine wissenschaftlichen oder fachlichen Daten mitgeschickt, sondern die folgenden Erklärungen abgegeben.

In Bezug auf Gesundheitsrisiken: Der CED begrüßt das Gutachten des wissenschaftlichen Ausschusses „Neu auftretende und neu identifizierte Gesundheitsrisiken“ (SCE-

NIHR), in dem anerkannt wird, dass Amalgam weiter zum Rüstzeug der Zahnärzte gehören sollte, um die Bedürfnisse der Patienten in der gesamten Gemeinschaft am besten zu erfüllen. Es ist wichtig, dass Patienten weiter frei über die Behandlungsmöglichkeiten bestimmen können, insbesondere da Amalgam für viele Füllungen weiterhin das am besten geeignete Material ist, da es leicht zu verarbeiten, haltbar und preisgünstig ist. In Bezug auf Umweltgefahren: Der CED begrüßt das Gutachten des wissenschaftlichen Ausschusses „Gesundheits- und Umweltrisiken“ (SCHER), in dem das seltene Auftreten von Umweltgefahren anerkannt wird. Der zahnärztliche Berufsstand nimmt die potenziellen Auswirkungen all seiner Tätigkeiten auf die Umwelt sehr ernst und ist bemüht, die Risiken zu minimieren, z. B. indem er nachdrücklich den Einsatz von Amalgamscheidern unterstützt.

CED

Klinikum rechts der Isar
TU München

15. Kurs „Fortgebildete Zahnarzhelferin / Zahnmedizinische Fachangestellte – Verwaltung“

Letzter Kurs durch die Rostocker Bildungsgesellschaft gestaltet

Am 5. April wurde zum 15. Mal der Kurs „Fortgebildete Zahnarzhelferin/Zahnmedizinische Fachangestellte im Bereich Verwaltung“ beendet. Dieser Kurs wurde wiederum im Auftrag der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern von der Rostocker Bildungsgesellschaft (RoBi) durchgeführt. 18 hochmotivierte und fleißige Praxismitarbeiterinnen wurden mit einer bestandenen mündlichen Prüfung belohnt.

Mit Beendigung dieses Kurses verabschiedet sich die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern von Dr. Winfried Kaschitzki, dem Leiter der RoBi, einem engagierten und zuverlässigen Mitstreiter, der sich den Ruhestand wohl verdient hat.

In den letzten 15 Jahren wurden von der RoBi über 246 Teilnehmerinnen zum erfolgreichen Abschluss zur „Fortgebildeten ZAH/ZFA im Bereich Verwaltung“ geführt. 133 von ihnen absolvierten die Fortbildung zur „Zahnmedizinischen Verwaltungshelferin“ bzw. „Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin“ und wurden damit zu einer wertvollen Arbeitskraft in ihren Zahnarztpraxen. Das Referat ZAH/ZFA der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern bedankt sich auch im Namen der Zahnärzteschaft unseres Bundeslandes bei der RoBi und Dr. Winfried Kaschitzki.

Mario Schreen, Annette Krause,
Referat ZAH/ZFA



Von links: Referatsleiter Mario Schreen, die beiden Absolventinnen Steffanie Maas und Ramona Storch sowie die Referenten Kerstin Nitsche und Dr. Winfried Kaschitzki.



Mario Schreen mit den zwei glücklichen Absolventinnen Jacqueline Schmidt (links) und Franziska Herischek.



Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte ruft alle Kolleginnen und Kollegen dazu auf, einen jährlichen Beitrag von zehn Euro – am besten per Dauerauftrag – zugunsten des Stiftungskapitals zu leisten.

Zehn Euro für mehr Menschlichkeit

Bankverbindung:
Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hannover
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000
Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
BLZ 250 906 08

www.hilfswerk-z.de

BDK: „Absurdistan in Niedersachsen“

Kassen fordern Honorare von ausgestiegenen Kieferorthopäden zurück



Dr. Gundi Mindermann

Die Bundesvorsitzende des Berufsverbandes der deutschen Kieferorthopäden (BDK), Dr. Gundi Mindermann, bezeichnet die Honorarrückforderungen der Krankenkassen als „Absurdistan in Niedersachsen“. Der Anspruch sei unzulässig.

Zum Hintergrund: Ein Drittel der niedersächsischen Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden hatte in den vergangenen Jahren einen schweren Konflikt mit der Politik um die Entwicklung im Gesundheitswesen. Die Kieferorthopäden sahen einen „Ausstieg“ aus dem GKV-System als einzig qualitätssichernde Lösung an. Daraus entwickelte sich ein lang anhaltender Rechtsstreit mit den Krankenkassen.

Im Verlauf der Auseinandersetzung versuchten die Krankenkassen intensiv, die Patienten der „Aussteiger“-Kieferorthopäden zu einem Praxiswechsel hin zu „Nicht-Aussteigern“ zu überreden. Dies war auch deshalb erfolglos, weil es an einer ausreichenden Anzahl solcher Praxen mangelte. Um die Versorgung der Patienten sicherzustellen, standen die „Aussteiger“ ihren Patienten jedoch in der ganzen Zeit der Auseinandersetzung als Behandler zur Verfügung und versorgten die

Patienten zu einem gesetzlich festgelegten Nothonorar, welches weit unter dem normalen Kassenhonorar lag. Dr. Gundi Mindermann: „Die Kieferorthopäden legten ihre fachlichen Auswertungen zur Behandlung ihrer Patienten den Kassen vor, in den meisten Fällen wurden diese Behandlungspläne vom medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft und befürwortet.“

Fachlich bestand dringender Behandlungsbedarf, und die Behandlung duldeten meist keinen Aufschub. Die betroffenen Kieferorthopäden behandelten zu einem so genannten Strafhonorar, weit unter dem Kassenhonorar. Jetzt wollen die Krankenkassen auch noch dieses Strafhonorar zurückfordern. Die

Krankenkassen haben die Mitgliedsbeiträge voll vereinnahmt – wollen aber jetzt für die notwendigen und bereits auch zur Zufriedenheit durchgeführten Behandlungen der Mitglieds-Kinder rein gar nichts bezahlen.“

Behandlung genehmigt – Bezahlung verweigert

Die Krankenkassen berufen sich bei Ihrer aktuellen Aufforderung nach Rückzahlung von Behandlungshonoraren aus den Jahren 2004 bis 2007 an 17 niedersächsische Kieferorthopäden auf ein Urteil des Bundessozialgerichtes. Der dort verneinte Zahlungsanspruch der ausgestiegenen Kieferorthopäden gegen die Krankenkassen stellt jedoch keine Grundlage für Rückforderungsansprüche für bereits geleistete und bezahlte Behandlungen dar. Das BSG stellte darüber hinaus klar, dass Behandlungen in unaufschiebbaren Fällen bei Fehlen gleich qualifizierter fachärztlicher Behandlungsmöglichkeiten zu honorieren sind.

Dr. Mindermann: „Das bedeutet: In allen Fällen, in denen ein fachgerechter Behandlungsplan erstellt wurde, war auch die medizinische Notwendigkeit der Behandlung festgestellt worden. In vielen Fällen hatte das sogar der krankenkasseneigene medizinische Dienst bestätigt. Jetzt wollen die Kassen sogar in diesen ganz eindeutigen Fällen noch das Honorar zurück haben.“

BDK

Zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

Standardarbeitsanweisung sollte genutzt werden

Mit einer im Jahr 2006 erfolgten Änderung der Berufsgenossenschaftlichen Regel/Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe 250 (BGR/TRBA 250) zielt der Gesetzgeber darauf, das Verletzungsrisiko beim Umgang mit scharfen und spitzen Gegenständen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst weiter zu minimieren. In der TRBA 250 wird der Einsatz von so genannten „sicheren Arbeitsgeräten“ bei der Injektion

gefordert. Auszug aus der BGR 250/TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“, Punkt 4.2.4.7: „.... Dem Einsatz sicherer Arbeitsgeräte stehen auch Verfahren gleich, bei dem das sichere Zurückstecken der Kanüle in die Schutzhülle mit einer Hand erfolgen kann, z.B. Lokalanästhesie in der Zahnmedizin oder bei der Injektion von Medikamenten (Pen).“

Um weiter die herkömmlichen Spritzensysteme anwenden zu können, ist es erforderlich, dass im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung Arbeitsabläufe festgelegt werden sowie Systeme zur Anwendung kommen, die ein Zurückstecken der Kanülen in die Schutzhülle mit einer Hand erlauben, sodass das Verletzungsrisiko für die Beschäftigten in der Praxis ausgeschlossen sein sollte.

Aus diesem Grunde sollte (nebenstehende) Standardarbeitsanweisung in der Praxis genutzt werden. (Die Standardarbeitsanweisung ist im Internet unter www.zaekmv.de/Intern/Handbuecher/Checkliste in den Kapiteln 4 und 6 zu finden).

Standardarbeitsanweisung zur Arbeitssicherheit bei der Injektion und der Kanülenentsorgung

Diese Standardarbeitsanweisung bezieht sich auf die sachgerechte Vorbereitung und Durchführung von Injektionen sowie auf die sichere Entsorgung von Kanülen.

Benutzte Spritzen und Spritzensysteme sind grundsätzlich als mit Mikroorganismen kontaminiert anzusehen. Bei allen Schritten der Injektion sind die Regeln des Arbeitsschutzes zu beachten. Die Anweisungen gelten für Arbeitsverfahren, die ein Zurückstecken von benutzten Kanülen in die Schutzhüllen mit einer Hand erlauben. Diese stehen damit dem Einsatz von „sicheren Verfahren“ gleich.

1. Einmalspritze/Einmalkanüle

Bei der Vorbereitung ist zu prüfen, ob die Ampulle mit dem richtigen Medikament und der entsprechenden Konzentration bereit liegt. Der Ampullenhals sollte vor dem Aufsägen bzw. Abbrechen leer sein.

Beim Aufsägen/Aufbrechen der Ampulle wird diese mit dem Daumen und der Beuge des Zeigefingers gefasst. Das Abbrechen der Ampullenspitze erfolgt mit einem Tupfer.

Beim Aufziehen der Spritze beachten, dass die Kanüle nicht die Aussenseite der Ampulle berührt bzw. verbiegt. Wird zum Aufziehen eine stumpfe Kanüle genommen, erfolgt anschließend das Aufsetzen der Injektionsnadel. Nach erfolgter Injektion wird die Spritze mit aufgesetzter Kanüle einhändig in ein Abfallbehältnis gegeben bzw. die Kanüle wird in eine entsprechende Öffnung des Abfallbehältnisses eingeführt und mit einer bestimmten Bewegung von der Spritze entfernt, sodass die Kanüle in das Abfallbehältnis fällt.

2. Zylinderampullensysteme (Spritzengestell/Einmalkanülen)

2.1. In Vorbereitung der Injektion prüfen, ob die Ampulle mit dem richtigen Medikament und der entsprechenden Konzentration bereit liegt.

2.2 Nach Einbringen der Zylinderampulle in das Spritzengestell und des Verbindens der Kolbenstange mit der Ampulle, wird der patientenferne Teil der Kanüle so auf das Gestell aufgesetzt, dass die Membran der Ampulle durchstoßen wird.

2.3. Das Abziehen der Schutzkappe von der Injektionsnadel erfolgt erst dann, wenn der Behandler das Spritzengestell in der Hand hat.

2.4. Nach der Injektion erfolgt das Einbringen der benutzten Kanüle in die Schutzkappe. Am sichersten ist es, wenn die Kappe in einem Ständer steht. Die Kanüle wird einhändig eingeführt und anschließend vom Spritzengestell abgeschraubt.

2.5. Abschließend wird die mit der Schutzkappe umschlossene benutzte Kanüle in ein Abfallbehältnis entsorgt.

Lars-Peter Boger, Ausschuss für
zahnärztliche Berufsausübung und
Hygiene der ZÄK M-V

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 Zahnarzthelferinnen

Outlook 2003 - leicht & verständlich

Inhalt:

- Basiswissen, Nachrichtenaustausch
- Adressverwaltung
- Termin- und Aufgabenverwaltung
- Verwaltung und Organisation

Wann: 4. Juni, 16 – 19 Uhr, Schwerin

Schatztruhe Gratissoftware

Inhalt:

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

Ich melde mich an zum Seminar:

(Bitte zutreffendes Seminar ankreuzen)

- 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

KZV Mecklenburg-Vorpommern
Antje Peters
Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin
Fax: 03 85-5 49 24 98
E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

Abrechnung von Kfo-Leistungen

Fehlstellung bei Milchzähnen durch Einschleifen beseitigen

Geb.- Nr. 124 **Bew.zahl 16**

Das Einschleifen von Milchzähnen bei Kreuz- oder Zwangsbiss, je Sitzung

Es können Einschleifmaßnahmen an Milchzähnen erforderlich sein, wenn durch ihre Form und/oder Länge ein Kreuzbiss oder Zwangsbiss entstanden ist. Dieser wird in der Regel mit dem Kürzen der Milchzahnkrone beseitigt und damit die Fehlstellung behoben.

Diese notwendigen Einschleifmaßnahmen sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechenbar, wenn ein Kreuz- oder Zwangsbiss bei Milchzähnen diagnostiziert wird.

Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen:

1. Neben Leistungen nach den Nrn. 119/120 ist eine Leistung nach Nr. 124 nicht abrechnungsfähig.

2. Eine Leistung nach Nr. 124 ist bis zu zweimal abrechnungsfähig.

Aus den beiden Abrechnungsbestimmungen ist ersichtlich, dass zum einen neben den Nrn. 119/120 die Abrechnung der Nr. 124 ausgeschlossen ist und zum anderen, dass die Nr. 124 nur bis zu zweimal in einem Behandlungsfall abgerechnet werden darf. Die Berechnung ist auf die jeweilige Sitzung, unabhängig davon, wie viele Zähne eingeschleift werden müssen, begrenzt.

Die Nr. 124 ist eine alleinige kieferorthopädische Leistung, die zu hundert Prozent über die KZV zur Abrechnung gelangt. Die Aufstellung eines Kfo-Behandlungsplans entfällt.

Die Gebührennummer 124 wird auf dem Kfo-Abrechnungsschein, dem EDV-Ausdruck oder auf der Diskette unter der Rubrik „Kieferorthopädische Leistungen“ abgerechnet.

Elke Köhn

Fortbildung auf Usedom

Bereits zum 15. Mal findet das Sommersymposium des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) vom 19. bis 24. Mai statt. Tagungsort ist seit 1998 das Maritim Hotel Kaiserhof in Heringsdorf auf Usedom.

Der Sommerkongress hat sich zu einer festen Größe in der Fortbildung entwickelt. Kongressleiter Dr. Norbert Grosse hat auch in diesem Jahr wieder ein attraktives Programm zusammengestellt. Hochschullehrer und Praktiker vermitteln in Referaten und Seminaren aktuelle Ergebnisse aus Wissenschaft und Forschung sowie praxisnahe Konzepte. Seminare für das Praxisteam über Patientenberatung, Prophylaxe, Stressbewältigung und Informationen zum neuesten Stand der GOZ-Novellierung ergänzen das Programm.

Ausführliches gibt es über die Bundesgeschäftsstelle des FVDZ:
Telefon 02 28 - 85 57 55,
Fax: 02 28 - 34 54 65,
Mail: rs@fvdz.de, Web: www.fvdz.de.

FVDZ

Motto 2008: „Gesund beginnt im Mund – aber bitte mit Spucke!“

Thema zum Tag der Zahngesundheit lautet diesmal „Speichel“

Die Vollversammlung des Aktionskreises zum Tag der Zahngesundheit hat Ende Januar bei ihrer Zusammenkunft in Köln das Schwerpunktthema für den Tag der Zahngesundheit 2008 festgelegt: „Speichel“.

Dieses Thema bietet nicht nur unter dem Aspekt der Bedeutung der Zahnmedizin für die Allgemeinmedizin viele Anknüpfungspunkte für alle Akteure, sondern spielt auch eine wichtige Rolle in der Prävention oraler Erkrankungen – und dies zudem über alle Altersklassen hinweg. Mit dem bewusst etwas lässig formulierten Slogan 2008 „Gesund beginnt im Mund – aber bitte mit Spucke!“ soll auf die Bedeutung des Speichels für die Mundgesundheit und weitere diagnostische Möglichkeiten von Allgemeinerkrankungen aufmerksam gemacht und gleichzeitig die Hemmschwelle heruntergesetzt werden, mit der einige Menschen diesem Thema begegnen. Wie immer, steht es allen

Akteuren in ganz Deutschland frei, einen eigenen Zugang zum Thema zu entwickeln und das Aufklärungsziel für die eigene Zielgruppe umzusetzen – die Apotheker beispielsweise werden vermutlich andere Schwerpunkte formulieren als die Ärzte oder Zahnärzte.



Nach Einschätzung der Vollversammlung bietet das diesjährige Thema ganz besonders gute Möglichkeiten, gemeinsam am Strang

„Prävention“ zu ziehen, denn Aspekte wie „Biotop Mundhöhle“ mit Facetten wie Bakterien und Infektionen, Mundtrockenheit mit Facetten wie Medikamente und Karies, Speichel und seine Rolle bei Zahnstein/Plaque, Remineralisationseffekt und nicht zuletzt die diagnostischen Chancen des Speichels bei Allgemeinerkrankungen liefern ein vielfältiges Spektrum an Themen für diverse Aktionen.

Hinweis:

Auch dieses Jahr wird die Website www.tag-der-zahngesundheit.de wieder allen Akteuren, die eine Veranstaltung planen, ein Forum bieten, sich mit der geplanten Aktion in den „Veranstaltungskalender“ aufnehmen zu lassen. Dieser Kalender wird von sehr vielen regionalen Medien genutzt – er bietet den Akteuren also auch eine gute Gelegenheit, wahrgenommen zu werden. Informationen zum Eintrag finden sich auf der Website.

Pressestelle Tag der Zahngesundheit

Broschüre zu Zahnfüllungen

KZV sendet Exemplare an interessierte Praxen

Um das Thema Füllungstherapie geht es in der neuen Patientenbroschüre der KZBV. Unter dem Titel „Zahnfüllungen – Was Sie als Patient wissen sollten“ wird auf 16 Seiten aktuell und laienverständlich über Zahnaufbau und Kariesentstehung, Behandlungsalternativen in der Füllungstherapie und deren Vor- und Nachteile sowie den Leistungsumfang der GKV geschrieben. Die Broschüre soll Zahnarzt und Praxisteam im Patientengespräch unterstützen bzw. dem Patienten eine sinnvolle Hilfe bei Therapieentscheidungen bieten.

Bei der KZV Mecklenburg-Vorpommern kann die Patientenbroschüre weiterhin kostenlos bestellt werden. Interessierte Praxen können Exemplare telefonisch bestellen unter Telefon: 03 85 - 5 49 20.

KZV



Fernsehen über Gesundheit

Seit fast genau einem Jahr gibt es den ersten deutschen Free-TV-Gesundheits-Fernsehsender und der kann bereits auf eine positive Entwicklung zurückblicken. „Die letzten zwölf Monate haben gezeigt, dass die Zuschauer einen unabhängigen, seriösen TV-Sender, der ihnen anspruchsvoll aufbereitete Gesundheitsinformationen bietet, sehr zu schätzen wissen. Der Informationsbedarf in diesem Bereich ist weiterhin enorm hoch“, resümiert Gerd Berger, Gründer und Gesellschafter des Deutschen Gesundheitsfernsehens (DGF).

2008 wird das DGF diverse Kooperationen mit Partnern aus Wirtschaft, Krankenhaus- und Gesundheitswesen umsetzen. Aktuell wurde die Ärztezeitung als Partner gewonnen. Ab Juni produzieren beide Medienunternehmen gemeinsam tagesaktuelle Gesundheitsnachrichten, die dann als Web-TV auf www.dgf.tv und www.aerztezeitung.de zu sehen sind.

Bedarfsplan für die allgemein Zahnärztliche Versorgung

Bekanntmachung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV M-V) im Einvernehmen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen

Stand: 31. Januar 2008

Planbereich	Einwohner per per 31.09.2007	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad
Greifswald-Stadt	53 118	43	31,6	136,1
Neubrandbg.-Stadt	66 957	62	39,9	155,4
Rostock-Stadt	199 766	204,25	156,1	130,8
Schwerin-Stadt	96 044	85,25	57,2	149,0
Stralsund-Stadt	58 174	44	34,6	127,2
Wismar-Stadt	45 069	41	26,8	153,0
Bad Doberan	118 917	67	70,8	94,6
Demmin	83 938	51	50	102,0
Güstrow	103 229	69	61,4	112,4
Ludwigslust	131 806	78,75	78,5	100,3
Mecklenbg.-Strelitz	81 415	55	48,5	113,4
Müritz	66 727	44	39,7	110,8
Nordpommern	110 010	74,5	65,5	113,7
Nordwestmecklenbg.	118 874	63	70,8	89,0
Ostvorpommern	108 485	72,5	64,6	112,2
Parchim	100 458	63	59,8	105,4
Rügen	70 113	49	41,7	117,5
Uecker-Randow	75 610	49,5	45	110,0

Auszug aus den Richtlinien über die Bedarfsplanung vom 14. August 2007

1. Unterversorgung: Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks Vertragszahnarzt-sitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragszahn-

ärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung anderer Zahnärzte und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen nicht behoben werden kann. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist zu vermuten, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 Prozent überschreitet.

2. Verhältniszahlen für den allgemein bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung:

2.1 Für Regionen mit Verdichtungsansätzen (Kernstädte) 1:1280

Die Verhältniszahl 1280 findet demzufolge nur für den Planbereich Rostock Stadt Anwendung.

2.2 Für ländlich geprägte Regionen (verdichtete Kreise) 1:1680

Für alle Planbereiche (außer Rostock Stadt) trifft die Verhältniszahl 1680 zu.

3. Verhältniszahl für den allgemein bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung:

Es wurde für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kieferorthopädischen Versorgung eine Verhältniszahl von 1:16 000 festgelegt.

Bedarfsplan für die kieferorthopädische Versorgung

Bekanntmachung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZV M-V) im Einvernehmen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen

Planbereich	Einwohner per per 31.09.2007	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad
Greifswald-Stadt	53 118	3	3,3	90,9
Neubrandbg.-Stadt	66 957	3	4,2	71,4
Rostock-Stadt	199 766	11	12,5	88,0
Schwerin-Stadt	96 044	7	6,0	116,7
Stralsund-Stadt	58 174	3	3,6	83,3
Wismar-Stadt	45 069	2	2,8	71,4
Bad Doberan	118 917	5	7,4	67,6
Demmin	83 938	3	5,2	57,7
Güstrow	103 229	4	6,5	61,5
Ludwigslust	131 806	4	8,2	48,8
Mecklenbg.-Strelitz	81 415	2	5,1	39,2
Müritz	66 727	2	4,2	47,6
Nordpommern	110 010	5	6,9	72,5
Nordwestmecklenbg.	118 874	1	7,4	13,5
Ostvorpommern	108 485	1	6,8	14,7
Parchim	100 458	2	6,3	31,7
Rügen	70 113	2	4,4	45,5
Uecker-Randow	75 610	2	4,7	42,6

SPRECHZEITEN

VORSTAND DER KZV MECKLENBURG-VORPOMMERN

DIPL.-BETRW. WOLFGANG ABELN
Vorsitzender des Vorstands

Telefon: 0385 – 54 92 - 121, Telefax: 0385 - 54 92 - 499
E-Mail: w.abeln@kzvmv.de

DR. MANFRED KROHN
stellv. Vorsitzender des Vorstands

Telefon: 0385 – 54 92 - 122, Telefax: 0385 - 54 92 - 499
E-Mail: dr.m.krohn@kzvmv.de

Telefonische Anfragen mittwochs in der Zeit von 14-16 Uhr. Für persönliche Gesprächstermine bitten wir um telefonische Voranmeldung. Anfragen per Fax oder E-Mail sind jederzeit möglich.

Service der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

Neue Praxen, Sitzungstermine des Zulassungsausschusses, Führung von Börsen

Praxisabgabe/-übernahmen

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

Die von Dr. med. dent. Theodor Böhringer und Dr. med. Cornel Böhringer geführte Zahnarztpraxis in 19288 Ludwigslust, Am Alten Forsthof 9a, wird seit dem 1. Januar von Dr. med. Cornel Böhringer geführt.

Die von Dr. med. Achim Haase seit dem 1. April 1991 geführte Zahnarztpraxis in 18356 Barth, Reiferweg 5, wird ab dem 1. Mai von Annett Haase weitergeführt.

Die von Hartmut Müller seit dem 17. Januar 2006 geführte Zahnarztpraxis in 19288 Ludwigslust, Clara-Zetkin-Straße 44, wird ab dem 1. Mai von Marion Löwenstein weitergeführt.

Ende der Niederlassung

Marion Löwenstein
Zahnärztin
Ziegenmarkt 6
19055 Schwerin

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte für

den 25. Juni 2008 (Annahmestopp von Anträgen: 3. Juni 2008) sowie 10. September 2008 (Annahmestopp von Anträgen: 19. August 2008) festgelegt wurden.

Wir weisen 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 Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

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

Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (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/angestellte Zahnärzte
- Praxisabgabe
- Übernahme von Praxisvertretung
- Praxisübernahme

KZV

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

Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer – aktueller Wissensstand

Empfehlungen zur zahnärztlichen Prophylaxe und Erkennung Teil 2: Prophylaxe, Therapie und Prognose

Prophylaxe der BP-ONJ

a) Vor Beginn einer Bisphosphonattherapie

Zahnärztliche Maxime muss sein, vor Beginn einer Bisphosphonat-Therapie – evtl. in Zusammenarbeit mit Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen – möglichst durchgreifend zu sanieren, um während der langfristig angelegten Therapie so wenig wie möglich invasiv behandeln zu müssen. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, das Bisphosphonat-Patienten im Gegensatz zu Patienten nach Strahlentherapie weder eine radiogene Mundtrockenheit (Xerostomie) und erhöhte Vulnerabilität der Mundschleimhaut noch rapid verlaufende Karies aufweisen. Somit wird zumindest die Indikation zu Zahnentfernungen weniger durch Karies als durch parodontale Erkrankungen vorgegeben.

Nach entsprechender klinischer und radiologischer Diagnostik (Rö-OPG, Zahnfilme) sollte zunächst eine professionelle Zahnreinigung mit Entfernung sämtlicher Beläge und supra-/subgingivalem Zahnstein durchgeführt werden. Tegumentalgetragener Zahnersatz muss auf korrekten Sitz und Druckstellen kontrolliert werden. Wurzelreste, tief kariöse, devitale, apikal beherdete, teilretinierte und parodontal

insuffiziente Zähne sind zu entfernen. Scharfe Kanten müssen (ggf. durch einen hinzugezogenen MKG-Chirurgen) geglättet werden. Bei apikal beherdeten Zähne ist die Indikation zur Wurzelspitzenresektion außerordentlich zurückhaltend zu stellen, da Misserfolge (persistierende Parodontitis apicalis) erhebliche Konsequenzen für die unter BP-Therapie stehenden Patienten haben können. Bei allen chirurgischen Maßnahmen sollte zur Vermeidung von Wundheilungsstörungen eine möglichst atraumatische OP-Technik mit speicheldichtem Wundverschluss und prophylaktischer Antibiose angewendet werden. Mit einer Bisphosphonattherapie sollte, komplikationslose Wundheilung vorausgesetzt, frühestens zwei Wochen nach erfolgter zahnärztlicher/mkg-chirurgischer Behandlung begonnen werden.

Eine intensive Aufklärung des Patienten über die Risiken der Bisphosphonate und die Erläuterung entsprechender Verhaltensmaßregeln (z. B. Mundhygiene, Verhalten bei beginnenden Druckstellen etc.) sind wesentlicher Bestandteil der zahnärztlichen Prophylaxe. Regelmäßiger und engmaschiger Recall (je nach Risikogruppe und Befund im Abstand von drei bis zwölf Monaten) sollte in jedem Fall vereinbart werden.

b) Während einer Bisphosphonattherapie

Innerhalb der Wirkdauer einer Bisphosphonattherapie (die je nach Substanz auch nach Absetzen noch Jahre anhalten kann) kehrt sich die Maxime der durchgreifenden prätherapeutischen Zahnsanierung zugunsten eines möglichst konservativen Vorgehens um. Oberstes Ziel ist es nunmehr, jegliche Schleimhautverletzung bzw. Exposition von Alveolarfortsatzknochen zu vermeiden.

Im Rahmen des Recalls sollte eine gründliche Inspektion der Zähne und Mundschleimhaut durchgeführt werden. Hierbei sind auch der Retromolarbereich sowie der linguale Alveolarfortsatz gezielt nach Mukosadefekten abzusuchen. Bei der professionellen Zahnreinigung müssen Schleimhautverletzungen möglichst vermieden werden, bei avitalen Zähnen geht Endodontie vor Extraktion. Die Neuanfertigung schleimhautgetragenen Zahnersatzes unter BP ist problematisch (cave Druckstellen) und bedarf besonderer Sorgfalt. Im eigenen Krankengut wurde eine zahnlose Plasmozytom-Patientin wegen einer BP-ONJ im linken Oberkiefer dekortikiert. Die nachfolgend ohne besondere Vorsichtsmaßnahmen vorgenommene Neuversorgung mit Zahnersatz führte über Prothesendruckstellen zu einer manifesten BP-ONJ in allen 4 Quadranten.

Die Versorgung von BP-Patienten mit Zahnimplantaten wird aufgrund des damit verbundenen chirurgischen Traumas kontrovers diskutiert, im Zweifelsfall sollte bei Hochrisikopatienten nach anderen prothetischen Möglichkeiten gesucht werden. Bei asymptomatischen Patienten mit Zustand nach BP-ONJ wird von einer kaufunktionellen Rehabilitation mit Implantaten derzeit abgeraten.

Falls chirurgische Eingriffe (z. B. Extraktionen) notwendig werden, sollte immer stationären mkg-chirurgischen Behandlungsbedingungen der Vorzug gegeben werden. Oralchirurgische Behandlungen sind mit atraumatischer OP-Technik, speicheldichtem Wundverschluss, Antibiotikatherapie (Amoxicillin, Amoxicillin-

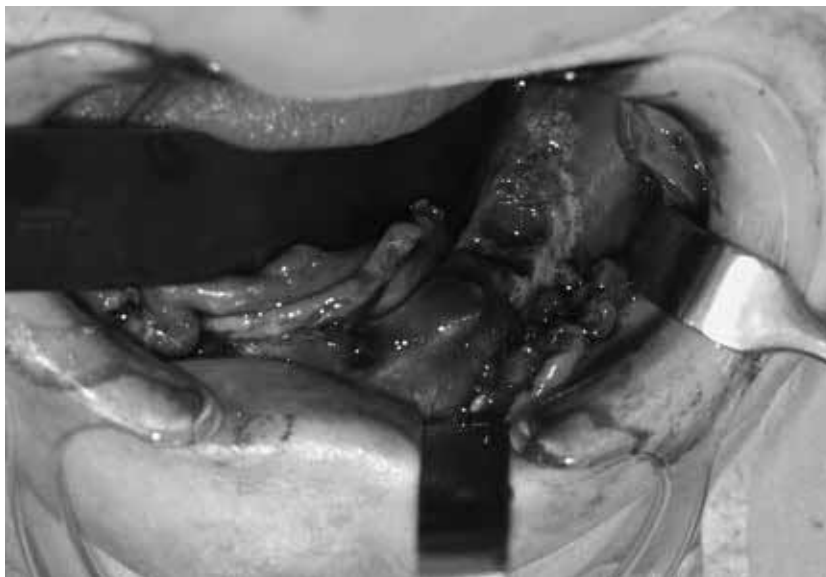


Abbildung 5: Dieselbe Patientin wie in Abb. 1 und 3 (dens 4/2008); Extraktion der Wurzelreste und Darstellung des nekrotischen UK-Alveolarfortsatzes.



Abbildung 6: Dieselbe Patientin wie in Abb. 2 (dens 4/2008); Postoperatives Orthopantomogramm nach lokaler Dekortikation distaler Unterkiefer/aufsteigender Unterkieferast links.

Clavulansäure; bei Penicillin-Allergie Clindamycin oder Clarythromycin), mechanischer Schonung der Mundhöhle (evtl. durch Nasen-Magensonde), intensiver Kontrolle und Nachsorge und verzögerter Nahtentfernung durchzuführen. Eine längerfristige klinische Verlaufskontrolle (mindestens alle drei Monate) ist notwendig. Im Falle von Wundheilungsstörungen, persistierender Beschwerden bzw. klinischer Symptome sind weitere radiologische/mkg-chirurgische Diagnostik und Lokalmaßnahmen unverzichtbar.

Zahnärztliches Vorgehen bei Verdacht auf eine BP-ONJ

Finden sich bei einem Patienten anamnestische bzw. klinische Hinweise für eine Kiefernekrose unter Bisphosphonattherapie, sollten zunächst die Dauer der Anamnese und vorangegangene Therapieversuche (Beschwerdebesserung, Therapieresistenz) abgeklärt werden. Vorliegende Allgemeinerkrankungen, Art und Dauer der Bisphosphonattherapie, Begleittherapien (Chemotherapie, Radiatio, Kortison-/Immuntherapie) und evtl. vorangegangene zahnärztliche Behandlungen oder die Beschreibung sonstiger Mukosalläsionen (z. B. Prothesendruckstellen) stellen in Zusammenschau mit dem intraoralen Befund wegweisende Informationen dar. Anschließend ist die umgehende Überweisung an eine mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Fachabteilung unverzichtbar. Weitere lokale Maßnahmen wie Spülungen, Curretagen, Streifeneinlagen und perorale Antibiotikagaben verzögern lediglich die notwendige chirurgische Therapie.

Therapie der BP-ONJ

Eine standardisierte, effektive und erfolgversprechende chirurgische

Therapie der BP-ONJ existiert derzeit nicht. Die bis heute publizierten, teils sehr unterschiedlichen Therapieregime finden aber in der Regel unter stationären Bedingungen, intravenöser und möglichst nach Antibiotogramm ausgerichteter Antibiose sowie unter Vollnarkose statt. Vor einer Operation ist eine Konditionierung des Operationsgebietes durch lokale Keimreduktion (z. B. Chlorhexidin-Spüllösung) und mechanische Schonung (Magensonde, evtl. PEG) sinnvoll. Eine Antibiose sollte zunächst blind, im Verlauf nach Antibiotogramm angesetzt werden. Anschließend muss der nekrotische und bakteriell besiedelte Alveolarfortsatzbereich freigelegt (Abb. 5) und entfernt werden. Die hierzu notwendigen Maßnahmen reichen je nach Lokalbefund von lokalen Dekortikationen (Abb. 6) bis zu ausgedehnten Kieferresektionen (Abb. 7, 8). Die Abgrenzung von vitalem und nekrotischem Knochen kann sich klinisch schwierig gestalten. Bei Patienten mit maligner Grunderkrankung ist

es zum Ausschluß von Metastasen außerdem notwendig, Weichteil- und Knochenbiopsien für eine histopathologische Untersuchung zu gewinnen. Zur Abschottung des verbliebenen Knochens von der Mundhöhle ist ein speicheldichter Wundverschluß unverzichtbar. Um eine weitere Verschlechterung der Durchblutung des ortsständigen Alveolarfortsatzes zu vermeiden, werden hierzu möglichst epiperiostale Schleimhautlappenplastiken durchgeführt. Im postoperativen Verlauf sollten intravenöse Antibiose, intensive Lokalmaßnahmen und Ernährung über nasogastrale Sonde zur Vermeidung fataler Wunddehiszenzen fortgeführt werden und die Nahtentfernung frühestens nach zwei Wochen erfolgen. Die Effektivität einer alleinigen oder begleitenden hyperbaren Sauerstofftherapie bei BP-ONJ kann derzeit ebenfalls nicht abschließend beurteilt werden.

Prognose der BP-ONJ

Trotz erheblichen therapeutischen Aufwands, physischer und psychischer Belastungen der Patienten, Kosten und teils erheblich verstümmelnder Eingriffe ist die Prognose der BP-ONJ gegenwärtig unbefriedigend. Die vorliegenden Sammelstatistiken belegen – unabhängig von der Ausdehnung und Radikalität des chirurgischen Eingriffs – eine ca. 50-prozentige Erfolgswahrscheinlichkeit. Viele Patienten mit einer BP-ONJ leiden also längerfristig unter rekurrenten Beschwerden und müssen sich mehrfach stationär-chirurgischen Behandlungen unterziehen. Ob Patienten vor invasiven oralchirurgischen Maßnahmen bzw. im Falle einer bereits eingetretenen BP-ONJ von einer Therapieunter-



Abbildung 7: Dieselbe Patientin wie in Abb. 1, 3 und 4 (dens 4/2008); Z. n. Dekortikation Regio 35-48 und UK-Kontinuitätsresektion links; Fragmentstabilisation mittels Rekonstruktionsplatte

brechung profitieren, wird z. Zt. kontrovers diskutiert. Da im Knochen gebundene Bisphosphonate eine lange Halbwertszeit (bis zu 10 Jahre) haben, dürfte ein solches Vorgehen zumindest bei Patienten mit malignen Erkrankungen und intravenöser BP-Therapie weder das Erkrankungsrisiko vermindern noch die Therapie der BP-ONJ entscheidend unterstützen. Bei Osteoporosepatienten mit geringem Frakturrisiko sollte dies aber mit den verschreibenden Fachkollegen erörtert werden.

Quo vadis, Bisphosphonate/ BP-ONJ?

Nicht zuletzt aufgrund einer zunehmenden Alterung der modernen Industriegesellschaften steigt auch der Anteil von osteopenen oder osteoporotischen Patienten beider Geschlechter, die von einer Bisphosphonattherapie profitieren. Alleine in den USA zählen derzeit über 40 Millionen Menschen zu dieser Gruppe. Bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen ist die Anwendung von Bisphosphonaten trotz aller Nebenwirkungen und potentiellen Risiken alternativlos. Ihre vorbeschriebenen, multiplen positiven Effekte führten spätestens seit der Zulassung von Pamidronsäure (1999) bzw. Zoledronsäure (2002) zu einer Erhöhung der Verschreibungen um ein Vielfaches. Heute werden allein in Deutschland gesetzlich Krankenversicherten weit über 100 Millionen Tagesdosen rezeptiert, wobei nach wie vor weit über 90 Prozent der Verschreibungen auf benigne Erkrankungen entfallen. Als Resultat gilt die Alendronsäure als eines der verbreitetsten Medikamente weltweit.

Anzumerken bleibt, dass ein deutlich geringeres Risiko von Kiefernekrosen bei peroraler Bisphosphonattherapie kein Grund zur Sorglosigkeit sein sollte. Diese Patienten stellen ein zahlenmäßig ungleich größeres Kollektiv dar und sind im Gegensatz zu intravenösen BP-Patienten nicht durch eine maligne Erkrankung in ihrer Lebenserwartung beeinträchtigt. Insofern dürfte sich das geringere Risiko durch eine längere „Risikozeit“ relativieren. Außerdem erscheint eine Kiefernekrose mit allen potentiellen Folgen bei solchen Patienten besonders tragisch und somit vermeidenswert.

Ob ein zunehmender Kenntnisstand über BP-ONJ-Fälle eine kritischere haus-/fachärztliche Verschreibungspraxis von peroralen Bisphosphona-

ten (z. B. bei Osteoporose) bedingen wird, bleibt abzuwarten. Insgesamt ist (auch durch derzeit erweiterte Indikationsspektren mehrerer Substanzen) mit weiter steigenden Verschreibungszahlen zu rechnen. In gleichem Maß steigt der Anteil zahnärztlicher Patienten, die Risikopatienten für eine entsprechende Kiefernekrose sind bzw. unter dem Krankheitsbild bereits leiden.

Zusammenfassung

Bisphosphonate sind peroral oder intravenös zu verabreichende Substanzen, die zur Normalisierung eines krankhaft veränderten Knochenstoffwechsels eingesetzt werden. Der klinische Nutzen der hoch potenten Medikamente ist unbestritten, wird aber mit spezifischen Nebenwirkungen erkaufte. Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen der Kiefer (BP-ONJ) stellen ein im Jahr 2003 erstmals beschriebenes Krankheitsbild dar, dessen Inzidenz in Zukunft noch deutlich zunehmen dürfte und dem nur mit interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation sinnvoll zu begegnen ist. Aufgrund einer invasiven, mit erheblichen Funktionseinschränkungen verbundenen und derzeit nur teilweise erfolgreichen chirurgischen Therapie sollte das Augenmerk vor allem auf der Prophylaxe der BP-ONJ liegen.

Aufgabe zahnärztlicher Praktiker ist es in diesem Zusammenhang zunächst, vor Beginn einer Bisphosphonattherapie vorgestellte Patienten zahnmedizinisch zu beraten und (evtl. in Zusammenarbeit mit MKG-Chirurgen) eine konsequente

Zahnsanierung durchzuführen, für die definierte Kriterien vorliegen. Bei allgemeinmedizinisch gesunden Patienten mögliche „Zwischenlösungen“ oder Behandlungen mit eingeschränkten Erfolgsaussichten (wie z. B. Wurzelspitzenresektionen) sind hierbei unbedingt zu vermeiden.

Im täglichen Praxisalltag müssen bereits unter Bisphosphonattherapie stehende Neu- und Altpatienten durch gezielte Allgemein- und Medikamentenanamnese identifiziert, anschließend zielgerichtet untersucht und engmaschig betreut werden. Im Rahmen eines möglichst konservativen Vorgehens ist hierbei die Verletzung von Schleimhäuten bzw. die Exposition von Kieferknochen unbedingt zu vermeiden. Zu größeren chirurgischen Eingriffen oder bei Vorliegen von BP-ONJ-Symptomen ist die Überweisung an eine mkg-chirurgische Fachabteilung notwendig.

Da Bisphosphonate im Normalfall langfristig eingenommen werden bzw. selbst nach Absetzen jahrelang (nach)wirken können, müssen die zahnmedizinischen Bemühungen zeitlich entsprechend dimensioniert werden. Die hierzu notwendige Motivation der betroffenen Patienten zu erreichen, stellt mit Sicherheit eine besondere Leistung des ganzen Praxisteams dar. Informierte, instruierte und beschwerdefreie Bisphosphonatpatienten sind andererseits mit gleicher Sicherheit eine besonders dankbare zahnärztliche Patientenkollektel.

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



Abbildung 8: Orthopantomografie einer 56-jährigen Patientin, Zoledronat-Therapie bei Plasmozytom (ED 2004); primäre Diagnosesicherung durch Exirpation einer osteolytischen Raumforderung Regio 48; Z. n. rez. Chemotherapie; chirurg. Endzustand nach Dekortikationen, Kontinuitätsresektion UK rechts, verzögerter Implantation und anschließender Explantation einer gelenktraumaplatte wegen persistierender Wundheilungsstörungen

Schadensersatzansprüche bei unterlassener Aufklärung (IV)

Auch zu der Frage, wie und wann aufzuklären ist, bestehen häufig Unklarheiten. Grundsätzlich gilt: Die Aufklärung muss so erfolgen, dass der Patient sie versteht. Die Aufklärung soll kein medizinisches Detailwissen vermitteln, sondern gewährleisten, dass der Patient ein Bild vom Schweregrad und der Tragweite des Eingriffs und der Eingriffsrisiken gewinnt.

Aufklärung und Einwilligung bedürfen nicht unbedingt der Schriftform. Da der Zahnarzt jedoch im Streitfall zum Nachweis verpflichtet ist, dass ein Aufklärungsgespräch erfolgt ist, empfiehlt sich zumindest in schweren Fällen eine vom Patienten unterzeichnete Einwilligungserklärung.

Damit der Patient ausreichend überlegen kann, ob er in den Eingriff einwilligt, ist er rechtzeitig aufzuklären. Vor einer Operation muss der Patient die Gelegenheit erhalten, das Für und Wider des Eingriffs gegeneinander abzuwägen. Bei schweren Eingriffen kann deshalb eine Aufklärung erst am Vortag der Operation verspätet sein.

Bei einfachen Eingriffen und bei Eingriffen mit weniger einschneidenden Risiken, wie z. B. bei einigen diagnostischen oder ambulanten Operationen, wird dagegen zum Teil eine Aufklärung am selben Tag noch für ausreichend erachtet. Auch in diesen Fällen muss allerdings gesichert sein, dass eine Entscheidung des Patienten ohne psychischen Druck möglich ist: Eine Aufklärung auf dem Operationstisch wird daher, von absoluten Notfällen abgesehen, stets verspätet sein. Grundsätzlich empfiehlt es sich, den Patienten so früh wie möglich über die Behandlung und die möglichen Risiken aufzuklären.

Aufklärung nur durch den Zahnarzt selbst

Die Aufklärung ist regelmäßig durch den behandelnden Arzt oder Zahnarzt vorzunehmen. Eine Delegation auf nichtärztliches Personal ist grundsätzlich unzulässig.

Adressat der Aufklärung ist im Regelfall der betroffene Patient. Bei einem ausländischen Patienten muss der Arzt zum Aufklärungsgespräch ggf. eine sprachkundige Person hin-

zuziehen, wenn er nicht sicher sein kann, dass der Patient die deutsche Sprache beherrscht. Zu beachten ist auch hier, dass der behandelnde Zahnarzt die Beweislast für eine ordnungsgemäße Aufklärung trägt.

Beim minderjährigen Patienten sind Zustimmungsträger und Aufklärungsadressat grundsätzlich beide Eltern gemeinsam. Allerdings kann ein Elternteil den anderen ermächtigen, für ihn mit zu entscheiden. Bei alltäglichen, leichten Erkrankungen kann der Arzt auf eine derartige Ermächtigung vertrauen, wenn nur ein Elternteil zur Behandlung erscheint.

Bei erheblichen Erkrankungen ist beim erschienenen Elternteil nachzufragen, ob er bevollmächtigt ist, den anderen Elternteil zu vertreten. Der Arzt darf dann auf dessen Angabe vertrauen. Bei schweren Erkrankungen, deren Therapie eingreifend und schwierig ist und schwere, unter Umständen lebensbedrohliche Risiken birgt, ist stets die Aufklärung und Zustimmung beider Elternteile erforderlich.

**Rechtsanwalt Peter Ihle, Schwerin
Fachanwalt für Medizinrecht**

Ablehnung einer (Weiter-)Behandlung

In den letzten Wochen kamen vermehrt telefonische Nachfragen von Zahnärzten, was aus rechtlicher Sicht zu beachten sei, wenn man sich von einem Patienten lösen und dessen Behandlung nicht mehr fortsetzen oder aber die Behandlung eines Patienten erst gar nicht beginnen wolle. Hintergrund waren immer verschiedene Ereignisse, die die Zahnärzte zu dieser Fragestellung veranlassten.

Auszugehen ist zunächst von dem in § 76 SGB V festgeschriebenen Recht eines jeden gesetzlich versicherten Patienten auf freie Arztwahl unter den zugelassenen Vertragszahnärzten. Dem steht eine entsprechende Behandlungspflicht des Vertragszahnarztes gegenüber. Das heißt, jeder Vertragszahnarzt ist grundsätzlich verpflichtet, den gesetzlich Krankenversicherten, der in seiner Praxis erscheint, sich durch seine Krankenversichertenkarte ausweist und eine zahnärztliche (Weiter-)Be-

handlung wünscht, auch zu behandeln. Nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V bewirkt nämlich die Zulassung unter anderem, dass der Vertragszahnarzt zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ist. Daher muss ein Vertragszahnarzt im Rahmen dieser Pflicht grundsätzlich alle gesetzlich versicherten Patienten behandeln.

In bestimmten Ausnahmesituationen kann es aber auch geschehen, dass einem Vertragszahnarzt die Behandlung oder Weiterbehandlung eines Patienten nicht möglich oder aber nicht (mehr) zuzumuten ist.

In diesen begründeten Fällen darf der Vertragszahnarzt die Behandlung oder Weiterbehandlung ablehnen. Ausdrücklich ist dies in § 4 Abs. 6 Satz 1 BMV-Z und in § 7 Abs. 6 Satz 1 EKV-Z geregelt, ohne allerdings konkrete Sachverhalte hierzu zu umschreiben.

Auch in § 2 Abs. 3 der Berufsordnung der ZÄK M-V findet sich eine entsprechende sowohl für GKV-Patienten als auch für Privatpatienten geltende Regelung, die die nachfolgend aufgeführten Sachverhalte ebenso erfasst. Die Fallgruppen gelten sowohl für Primär- als auch für Ersatzkassenpatienten.

Begründete Fälle sind zum einen Beschränkungen der Zulassung, z. B. auf das Gebiet der Kieferorthopädie, Oralchirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, oder auch auf Überweisungen. Denkbar ist auch, dass der Vertragszahnarzt nach der Untersuchung den Patienten an einen Spezialisten überweist.

Persönliche Überlastung, Krankheit oder fehlende instrumentelle Ausstattung oder fehlende bzw. nicht ausreichende persönliche (medizinische) Kenntnisse und Fähigkeiten wären ebenso Gründe, die Behandlung eines Patienten nicht zu übernehmen bzw. fortzusetzen.

In Zeiten der Budgetierung und Honorarverteilung durch individuelle Praxisbudgets ist ein Vertragszahnarzt ebenfalls berechtigt, den Patientenzulauf gegebenenfalls durch das einschneidende Mittel der Abweisung von Patienten zu steuern. Dies kann auch durch zeitweises Schließen der Praxis oder eine Verringerung der Sprechstundenzeiten geschehen.

Die Aufnahme neuer Patienten kann außerdem abgelehnt werden, wenn bereits so viele Patienten in Behandlung sind, dass eine ausreichende zahnmedizinische Versorgung dieser Patienten durch die Übernahme weiterer Patienten gefährdet wird und dem Vertragszahnarzt in diesem Zusammenhang zusätzliche Behandlungszeiten durch Veränderung seiner Sprechstunden nicht zugemutet werden können.

Ein weiterer Ausnahmefall liegt vor, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient – die Basis einer beide Seiten zufriedenstellenden Behandlung – zerstört ist. Ursache hierfür können massive Beleidigungen oder Aggressionen des Patienten gegenüber dem Zahnarzt oder seinem Praxispersonal sein,

ebenso erhebliche Eingriffe und Störungen in den Praxisablauf oder die Androhung von Strafanzeigen im Rahmen von Auseinandersetzungen. Zu dieser Fallgruppe gehört auch das eindringlich geäußerte Verlangen des Patienten gegenüber dem Zahnarzt nach einer Wunschbehandlung, also einer Behandlung, die nicht den einschränkenden Vorgaben gesetzlicher und vertraglicher Regelungen in der GKV entspricht, zum Beispiel medizinisch nicht indiziert ist, eine unwirtschaftliche Behandlungsmaßnahme darstellt, ein Wunschrezept oder eine Wunsch-Krankschreibung beinhaltet.

Auch das Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen oder Verordnungen kann das notwendige Vertrauensverhältnis des Zahnarztes zu seinem Patienten erschüttern.

Problematisch dagegen sind finanzielle Gründe. Denkbar ist, dass ein Patient, der prothetisch versorgt werden muss, bereits Rechnungen wegen anderer Behandlungen nicht beglichen hat. Hier kann es dem Vertragszahnarzt nicht verwehrt werden, die neue Behandlung von einer Vorauszahlung abhängig zu machen,

auch wenn ein Vertragszahnarzt in der Regel nicht berechtigt ist, Vorauszahlungen zu verlangen.

Wichtig ist in allen Fällen der Ablehnung einer Behandlung, dass die zuständige Krankenkasse hierüber und über die Gründe informiert wird. Dies schreibt § 4 Abs. 6 Satz 2 BMV-Z für den Bereich der Primärkassen als Pflicht ausdrücklich vor. Für den Ersatzkassenbereich ist in § 7 Abs. 6 Satz 2 EKV-Z dies als Berechtigung zur Information formuliert. Lediglich bei kieferorthopädischen Leistungen ist eine ausdrückliche vertragliche Pflicht in § 7 Abs. 5 Satz 2 EKV-Z vorhanden, nach der über den Abbruch einer KFO-Behandlung die Ersatzkasse unter Angabe der Gründe schriftlich zu unterrichten ist. Zur eigenen Absicherung sollten Vertragszahnärzte allerdings in allen Fällen die Krankenkasse informieren.

Eine Ausnahme von den dargestellten Fallgruppen bildet allerdings der Notfall. Hier muss eine Behandlung erfolgen, nicht zuletzt um sich nicht dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung auszusetzen.

Assessorin Jana Bethge

Neues Umweltschadensgesetz in Kraft

Risiko eines Umweltschadens durch eine Zahnarztpraxis ist minimal

Das neue Gesetz über die Vermeidung und Sanierung von Umweltschäden (Umweltschadensgesetz – USchadG), welches am 14. November 2007 in Kraft getreten ist, dient der Umsetzung der europäischen Umwelthaftungsrichtlinie (Richtlinie 2004/35/EG) in nationales Recht. Von diesem neuen Gesetz sind die Zahnarztpraxen insoweit betroffen, als sie z. B. „gefährliche Stoffe und Zubereitung“ gem. § 3a Chemikaliengesetz verwenden, lagern und abfüllen. Solche „gefährlichen Stoffe“ sind beispielsweise

- Flächen-, Hände- und Instrumentendesinfektionsmittel
- Sanitärreiniger/Rohrreiniger/Entkalker
- Ätzelgel
- Wasserstoffperoxid (H₂O₂)
- Methylmethacrylat im Praxislabor
- Flusssäure im Praxislabor

Was ist für den Zahnarzt im Zusammenhang mit dem neuen Umweltschadensgesetz von Bedeutung?

- Die an den Behandlungseinheiten eingebauten, bauartzugelassenen und bei den unteren Wasserbehörden in Mecklenburg-Vorpommern angezeigten Amalgamabscheider stellen bei einem bestimmungsgemäßen Betrieb keine mögliche Umweltschadensquelle dar.
- Beim Umgang mit Gefahrstoffen in der Zahnarztpraxis sind die Angaben der Produkthersteller im mitgelieferten Sicherheitsdatenblatt (zu finden auch unter www.vddi.de) und der entsprechenden Betriebsanweisung unter anderem für das Verwenden, Lagern, Abfüllen und die innerbetriebliche Beförderung bindend.

- In jedem Fall ist darauf zu achten, dass in der Zahnarztpraxis anfallende Gefahrstoff-Restmengen (z. B. Entwickler und Fixierbadflüssigkeiten) fach- und sachgerecht über einen Entsorgungsfachbetrieb entsorgt werden und hierüber der notwendige Nachweis (Übernahmeschein) geführt wird.

Wenn diese Punkte in der Zahnarztpraxis beachtet werden, ist das Risiko eines Umweltschadens auf ein Minimum reduziert. Entsprechend sollte der Abschluss einer Umweltschadensversicherung – wie von verschiedenen Versicherungen nach Inkrafttreten des Umweltschadensgesetzes angeboten – durchdacht werden.

Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene, ZÄK M-V

Schriftlicher Arbeitsvertrag ist wichtig

Angestellte Zahnärzte müssen wöchentliche Arbeitsstunden beachten

Eine der am häufigsten gestellten Fragen in der Zulassungsabteilung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung betrifft den schriftlichen Arbeitsvertrag zwischen Praxisinhaber und angestelltem Zahnarzt. Gemäß § 5 Abs. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinien ist der Vertrag mit dem Antrag auf Genehmigung dem Zulassungsausschuss vorzulegen. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden angeführt ist.

Ein Vertragszahnarzt, der seine vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig

ausübt, kann gemäß § 4 Abs. 1 BMV-Z und § 8 Abs. 3 EKV-Z zwei vollzeitbeschäftigte oder bis zu vier halbzzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen. Ein Vertragszahnarzt mit Teilzulassung kann entweder einen vollzeitbeschäftigten Zahnarzt, zwei halbzzeitbeschäftigte Zahnärzte oder bis zu vier Zahnärzte, deren Arbeitszeiten sich höchstens auf eine Vollzeitstelle summieren, anstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass – unter Rückgriff auf § 5 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinien – eine vertraglich vereinbarte Arbeitszeit:

- bis 10 Stunden pro Woche als Viertagsanstellung,
- über 10 bis 20 Stunden pro Woche als Halbtagsanstellung,
- über 20 bis 30 Stunden pro Woche als Dreiviertagsanstellung,
- über 30 bis 40 Stunden pro Woche als Ganztagsanstellung genehmigt wird.

Jede Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit ist dem Zulassungsausschuss für Zahnärzte unaufgefordert mitzuteilen und bedingt gegebenenfalls die erneute Beschlussfassung. **Ursula Plüchhahn**

Zu endodontischen Misserfolgen

Chong, Bun San

Trotz neuer Materialien, innovativer Techniken und einer Vielzahl neuer Instrumente ist der ständig zunehmende Trend zu einer immer komplexeren Endodontie begleitet von einer zunehmenden Notwendigkeit, endodontische Misserfolge zu behandeln. Dieses Buch bietet einen knappen, praktischen Überblick über das zeitliche und praktische Vorgehen zur Rettung von Zähnen, bei denen die endodontische Behandlung unzureichend und erfolglos war.

Die interessante und kurzweilige Lektüre dieses Buches wird noch gesteigert durch die flüssige Darstellung der Thematik und die große Zahl qualitativ hochwertiger Illustrationen.

DS Gerald Flemming

144 Seiten
310 Abbildungen
Hardcover
Preis: 48 Euro
ISBN 978-3-938947
Quintessenz Verlags GmbH,
Berlin 2007



1. Auflage, 136 Seiten, 77 Abbildungen, Hardcover, Preis: 48 Euro, ISBN 978-3-938947-34-0, Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2007

Behandlung von Kindern

Chadwick, Barbara L. / Hosey, Marie Therese

Es überrascht kaum, dass der Besuch beim Zahnarzt bei einem Kind große Angst auslöst. Der Umgang mit Kindern ist für den Zahnarzt eine große Herausforderung. Es geht in diesem Buch weniger darum, Kinder zu bändigen, sondern eher darum, dem Praxisteam und den Eltern zu vermitteln, wie sie am besten zusammenarbeiten, damit Kinder sich in der Zahnarztpraxis wohlfühlen. Wenn der Zahnarzt und sein Team sich bewusst machen, dass schon die meisten Erwachsenen etwas Angst haben, können sie vor allem Kindern verständnisvoll begegnen. Das macht es wahrscheinlicher, dass die Kinder nach dem ersten positiven Erlebnis ihr Leben lang keine Angst mehr vor der zahnärztlichen Behandlung

haben. Dazu zeigen die Autoren auf, wie man:

- eine kinderfreundliche Atmosphäre schafft,
- das gesamte Praxisteam koordiniert,
- mit Kindern und ihrer Familie kommuniziert,
- einen Behandlungsplan aufstellt, der individuell auf das Kind abgestimmt ist,
- Techniken des Verhaltensmanagement nutzt,
- entscheidet, wann und wie man die leichte Sedierung und Vollnarkose einsetzt,
- gemeinsam mit anderen Spezialisten und Organisationen vor Ort ein Netzwerk bildet.

DS Gerald Flemming

In aller Munde ...



Haben Sie sich Ihre Mehrfunktions-spritze schon einmal von Nahem angesehen? Den „Ausgang“ des Püsters meine ich? Wie sieht der unter der Lupe wohl aus?

Semikritisch B? Was ist das? Und was hat das mit dem Püster zu tun? Lesen Sie mal genau nach. Schwer zugängliche Hohlräume sind nämlich das, was die „Funktion“ der Mehrfunktionsspritze mit dem getrennten Austreten von Wasser und Luft oder aber Spray ausmacht. Bekommen Sie dieses komplizierte Innenleben immer sauber? Im Laufe der Zeit sammelt sich da einiges an und dieser Biofilm ist, wenn überhaupt, nur schwer zu beseitigen.

Einwegplastikbecher zum Ausspülen des Mundes und Einwegspeichelsauger sind heute Standard. Aber auf den Gedanken, den Ansatz für die Mehrfunktionsspritze erst dann aufzusetzen, wenn der Patient das sehen kann, darauf sind wir noch nicht gekommen. Und was denkt Ihr Patient?

Rücksaugeffekt

Sobald das Luft-Wasser-Ventil ausgelöst (und wieder losgelassen) wurde, ist, wie bei Übertragungsinstrumenten, ein Rücksaugeffekt möglich. Die Sprühkanüle der Spritze wird so kontaminiert. Der Ausweg? Der PRO-TIP Einweg-Mehrfunktionsspritzen-Ansatz der Firma

Looser aus Leverkusen. Ich habe mir diesen Ansatz (und den entsprechenden Adapter für mein MFS System) bestellt und bin begeistert.

Adapter für alle Gerätetypen

Bei meiner Einheit war´s ganz einfach: Ich habe lediglich den alten Spritzenansatz ab- und den Adapter für den PRO-TIP Ansatz aufgeschraubt. Die Kanüle selbst wird mit einem Bajonettverschluss auf dem Ansatz verriegelt. Im Unterschied zu anderen Produkten besteht somit auch nicht mehr die Gefahr, dass sie sich von selbst löst.

Der Ansatz einer Mehrfunktionsspritze ist ein kompliziertes Gebilde. Lässt sich so was qualitativ genügend, dafür aber preisgünstig überhaupt herstellen? Es lässt. Ich habe nunmehr die Ansätze über längere Zeit ausprobiert, es war kein „Ausrutscher“, wie das manchmal von Einwegprodukten bekannt ist, dabei war ein Ansatz so gut wie der andere.

MPG

Man mag zu den Anforderungen durch die neuen Hygienerichtlinien des Robert-Koch-Instituts stehen



wie man will. Die Listung des Ansatzes der Mehrfunktionsspritze in Ihrem Medizinproduktebuch oder Bestandsverzeichnis könnte zukünftig diesbezüglich (da ein Einwegprodukt nicht mehr gelistet zu werden braucht) entfallen. Ein weiterer kleiner Mosaikstein auf dem Weg zur hygienisch optimierten Praxis. Und das mühselige Reinigen entfällt auch, Ihre Schwester wird sich freuen!

Dr. Sellmann, Marl

Weitere Informationen

Looser & Co GmbH
Telefon: 0 21 71 / 70 66 70
E-Mail: info@looser.de



Alle Herstellerinformationen sind Informationen der Produzenten.
 Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers / der Redaktion wieder.

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Monat Mai und Juni vollenden

das 80. Lebensjahr

MR Prof. Dr. Ursula Klink-Heckmann (Rostock) am 4. Juni,

das 70. Lebensjahr

Dr. Otto Müll (Neubrandenburg) am 14. Mai,
Dr. Peter Steinhöfel (Kröpelin) am 16. Mai,
Zahnärztin Gisela Masurowski (Hohen Wangelin) am 31. Mai,
Dr. Peter-Jochen Behrmann (Rostock) am 5. Juni,

das 65. Lebensjahr

Prof. Dr. Dr. Karsten Gundlach (Rostock) am 8. Mai,
Dr. Bärbel Scheibner (Neuburg) am 19. Mai,
Zahnärztin Irmtraud Rathmann (Woldegk) am 23. Mai,
Zahnärztin Heidrun Hujer (Putbus) am 24. Mai,
Dr. Angret Lauckner (Sievershagen) am 27. Mai,
Dr. Rolf Schulz (Krakow) am 1. Juni,

das 60. Lebensjahr

Zahnärztin Marianne Vitze (Pasewalk) am 11. Mai,
Dr. Dieter Harnack (Rostock) am 25. Mai,
Dr. Peter Jendersie (Parchim) am 3. Juni,

das 50. Lebensjahr

Zahnärztin Sabine Freitag (Wismar) am 11. Mai,
Dr. Norbert Bauer (Rostock) am 19. Mai,
Zahnärztin Martina Ibrügger (Rostock) am 1. Juni und
Zahnärztin Marie-Luise Reimann (Strasburg) am 5. Juni.

Wir gratulieren ganz herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

Schiedsrichter beendet Karriere

Dr. Markus Merk tauscht Rasen gegen Seminarraum

Deutschlands prominentester Zahnarzt, Schiedsrichter Markus Merk, legt zum Saisonende seine Pfeife zur Seite. Er beendet seine Karriere. Obwohl der 46-Jährige noch bis Mai 2009 in der 1. Bundesliga hätte pfeifen dürfen, lässt er sein Instrument vorzeitig verstummen. Merk war bislang für die Leitung von 333 Bundesliga-Partien und 50 Länderspielen verantwortlich. Dabei hat er mehr richtige als falsche Pfiffe ausgestoßen. Deshalb ist er sechsmal zu Deutschlands bestem Unparteiischen und dreimal zum Welt-Schiedsrichter erklärt worden.

Mit Markus Merk hört nicht nur der prominenteste deutsche Schiedsrichter, sondern auch der körperlich fitteste auf. Den Marathon beendete er unter drei Stunden und hätte den nötigen Leistungstest wohl noch ein weiteres Jahrzehnt lang geschafft.

Mit Entscheidungen beschäftigt sich Markus Merk nach Abschluss seiner Karriere aber weiterhin, nur im Seminarraum. Schon seit 2004 praktiziert er nicht mehr als Zahnarzt, sondern arbeitet als gefragter Referent für Managerseminare.

KZV

Zeitung: Strafe für Zahnpasta-Kartell

Das Bundeskartellamt hat Bußgelder in Höhe von 37 Millionen Euro gegen vier Markenhersteller von Drogerieartikeln verhängt, die Preiserhöhungen untereinander abgesprochen haben sollen. Bei den Unternehmen handelt es sich um zwei Tochterfirmen des Waschmittel- und Kosmetikkonzerns Henkel sowie um Sara Lee und Unilever mit Sitz in Hamburg. Laut Ermittlungen der Kartellwächter hatten die Kon-

zerne zum Jahreswechsel 2005/2006 auch die Preise für die Zahnpasten Signal, Colgate und Dentagard um jeweils rund fünf Prozent heraufgesetzt. Auf die Spur der Drogerieartikelhersteller hatte Colgate -Palmolive die Wettbewerbshüter gebracht. Der Konzern hatte selbst bei den Absprachen mitgewirkt, dann aber das Kartellamt informiert. Das Unternehmen gilt so als Kronzeuge und muss kein Bußgeld zahlen.

Anzeigen

Raum Neubrandenburg

Freundliches und motiviertes Team mit angenehmer und qualitätsorientierter Arbeitsatmosphäre sucht angestellte **Zahnärztin/Zahnarzt** bzw. **Vorbereitungsassistenten** unter Umständen auch **gemeinschaftliche Praxisführung** künftig möglich. 10-köpfiges Behandlungsteam mit ZMV, zwei ZMP und eigenständigem Praxislabor bietet Voraussetzung für Prophylaxe und qualitätsorientierte Zahnheilkunde. Teamfähigkeit, Kommunikationsfertigkeiten, Fortbildungswille und Interesse an einem guten Betriebsklima wären für uns wichtige Voraussetzungen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. **Chiffre 0700**

Praxisabgabe in Schleswig-Holstein.

Praxis voll ausgestattet an Neustarter mit Zulassung sofort abzugeben, 2 BHZ + entspr. Nebenräume. Parterre (Rollstuhlgerecht), Ärztehaus. Praxisgemeinschaft wäre möglich, sehr günstige Verkehrslage. **Telefon 04323/7272 oder 7271 (abends)**

Moderne, umsatzstarke Praxis in reizvoller Landschaft in einer Kleinstadt an der Nordsee abzugeben.

Kontakt: LÖWER & PARTNER
Telefon: (0 30) 27 87 59 75

Zahnarztpraxis in HGW sucht ab sofort ZMV/ZAH mit Prophylaxeerfahrung zur Festeinstellung; **Tel. 03834/885992**

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

Sabine Sperling
Satztechnik Meißen GmbH
01665 Nieschütz
Am Sand 1c

ZahnRat 53

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Schönheit auch beim Zahnarzt „Ästhetische Zahnheilkunde“ – was ist dran?

Ästhetische Zahnheilkunde ist die Kunst, ein strahlendes Lächeln zu erhalten und zu verbessern. Sie umfasst alle zahnärztlichen Maßnahmen, die auf die Verbesserung des Erscheinungsbildes der Zähne und des Mundes abzielen. Dazu gehören die Zahnaufhellung, die Zahngestaltung, die Zahnersatzherstellung und die Zahnerhaltung.



Patienzentwurf der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 54

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Zähne zusammenbeißen – und durch ...

Zusammenbeißen der Zähne ist ein häufiges Problem, das zu Zahnschäden und Schmerzen führen kann. Es wird durch Stress, Bruxismus und andere Faktoren verursacht. Ein Zahnarzt kann Ihnen helfen, diese Gewohnheit zu überwinden.



Patienzentwurf der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 55

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Ein strahlend weißes Lächeln – ein Leben lang!

Ein strahlend weißes Lächeln ist ein Zeichen für gute Zahngesundheit. Durch Zahnaufhellung und Zahnerhaltung können Sie Ihr Lächeln langfristig erhalten. Ein Zahnarzt kann Ihnen dabei helfen.



Patienzentwurf der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 56

MOGLICHKEITEN • BEHANDLUNGSABLAUF • 3-D-DIAGNOSTIK • RISIKO

Sicherer Halt mit Implantaten

Zahnimplantate bieten eine sichere und dauerhafte Lösung für fehlende Zähne. Sie sind in das Kieferknochen eingebettet und funktionieren wie natürliche Zähne.



Patienzentwurf der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 57

VORGESICHT • MOGLICHKEITEN • MATERIALIEN • PFLEGE

Einen Zahn(ersatz) zulegen – aber welchen?

Die Wahl des richtigen Zahnersatzes hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie dem Zustand der Zähne, dem Budget und den persönlichen Wünschen. Ein Zahnarzt kann Ihnen bei der Entscheidung helfen.



Patienzentwurf der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 58

Zucker, Säuren • Fremdkörper • Stress • Mundtrockenheit • Zahntrauma • Östrogen

Vorsicht, Falle ... Risiken für Ihre Zahn- und Mundgesundheit

Einige Faktoren können die Zahn- und Mundgesundheit gefährden. Dazu gehören Zuckerkonsum, Stress und Mundtrockenheit. Ein Zahnarzt kann Ihnen helfen, diese Risiken zu minimieren.



Patienzentwurf der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen



Versandkosten (zuzüglich 7% MwSt.)		
Menge	Preis/Bestellung	Versand
10 Exemplare	2,60 €	2,40 €
Gesamt		5,00 €
20 Exemplare	5,20 €	2,80 €
Gesamt		8,00 €
30 Exemplare	7,80 €	4,70 €
Gesamt		12,50 €
40 Exemplare	10,40 €	5,00 €
Gesamt		15,40 €
50 Exemplare	13,00 €	5,20 €
Gesamt		18,20 €

FAX-Bestellformular 0 35 25 - 71 86 12

- Stück
- 53 Schönheit auch beim Zahnarzt?
 - 54 Zähne zusammenbeißen – und durch ...
 - 55 Ein strahlend weißes Lächeln – ein Leben lang!
 - 56 Sicherer Halt mit Implantaten
 - 57 Einen Zahn(ersatz) zulegen – aber welchen?
 - 58 Vorsicht, Falle ... Risiken für Ihre Zahn- und Mundgesundheit

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis _____

Ansprechpartner _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

Datum _____ Unterschrift _____



Kleinanzeigen in dens

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

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

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

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

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

Kleinanzeigen-Coupon

Bitte veröffentlichen Sie folgenden Text:

Mit Chiffre: (bitte ankreuzen!)

Ja

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

Preis:

7,- € je Druckzeile zzgl. MwSt.

Chiffregebühr:

10,- € zzgl. MwSt.

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

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Plz./Ort: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

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

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____

Unterschrift: _____