



dens

6

2009

9. Juni

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen

Notwendiger Ost-West-Angleich und Gründung einer Genossenschaft

Besondere Zeiten erfordern besondere Maßnahmen. Diese, von den Politikern weltweit getroffene Aussage, als Reaktion auf die bisher nicht beherrschbare Finanz- und Wirtschaftskrise, lässt sich unter einem anderem Gesichtspunkt mit Fug und Recht auch auf die derzeitigen Handlungsoptionen der Macher im Gesundheitswesen in unserer Republik übertragen. In unserem Gesundheitswesen, zurzeit noch relativ unberührt von der alle und alles erfassenden Krise, ist das politisch gewollte Zeitalter eines Wettbewerbs ausgebrochen, der wohl völlig eigenen Regeln unterworfen sein wird.

Zu fragen ist: Wird es ein fairer Wettbewerb als sportlicher Wettstreit um die beste medizinische Leistung zu einem für alle Seiten akzeptablen Preis? Wird es für die Versicherer ein Verdrängungs- und Vernichtungskampf um Marktanteile, um die Versicherten, die kranken oder die gesunden? Wird er für uns als medizinische Leistungsträger ein Kampf um die bloße, künftig zeitlich befristete, Teilhabe am Vergütungssystem der GKV? Auch wenn zurzeit dieser gesetzliche Wettbewerbsauftrag noch vorrangig zu einem Kampf um Neuorientierung jeder einzelnen Krankenkasse im Markt geführt hat, so gilt es auch für uns als körperschaftliche Berufsvertretung mit einer Zwangsmitgliedschaft jedes Einzelnen, sich auf die zu erwartenden veränderten Bedingungen konkret vorzubereiten. So sehen wir unsere Aufgabe, über das von einer KZV zu erledigende Tagesgeschäft hinaus, darauf hinzuarbeiten, dass für uns als Zahnärzte die Wettbewerbsbedingungen möglichst fair gestaltet werden. Für den Vorstand der KZV M-V ist es nicht erst seit 2008 das erklärte Ziel, die Ost/Westangleichung zu erreichen. Zwischenzeitlich ist es nun zu einer bundesweit konzertierten Aktion gekommen und auch die vielen Wortmeldungen aus den Praxen unserer Kollegen sind nicht ohne politisches Echo bei den Politikern des Deutschen Bundestages geblieben. Ziel ist es jetzt, endgültig und in absehbarer Zeit die längst überfällige Angleichung zu erreichen, um zumindest in dieser Hinsicht die für einen Wettbewerb erforderliche Chancengleichheit herzustellen. Gilt es doch, künftig mehr denn je, sich mit einem



Dr. Manfred Kohn

leistungsstarken Team zusammenzutun, das fähig ist, auch die neuerlichen gesetzlichen Anforderungen ohne Beeinträchtigung der eigentlichen zahnärztlichen Versorgung zu erfüllen. Einer der wesentlichsten Gründe bei der argumentativen Untermauerung der berechtigten Forderungen der Vertragszahnärzte in den Neuen Bundesländern ist die Unmöglichkeit der hiesigen Praxisinhaber, ebensolche Vergütungen an die Praxismitarbeiter zahlen zu können, wie es im Westen üblich ist, um insbesondere hochqualifiziertes Fachpersonal langfristig binden zu können und damit die seit Jahren zu verzeichnende Abwanderung zu stoppen. Darüber hinaus ist eine stärker auf Prophylaxe ausgerichtete moderne Zahnheilkunde ohnehin nur mit einer zahlenmäßig vergleichbaren Personalausstattung wie im Westen zu erbringen. Diese notwendige Honorarangleichung wird ohnehin nicht ausschließlich und auch nicht vorrangig allein dem einzelnen Praxisinhaber zu Gute kommen. Sie ist notwendig, um uns in die Lage zu versetzen, unsere Mitarbeiter leistungsadäquat honorieren zu können.

Dieses auf ein Solidarprinzip beruhende Versorgungssystem dem freien Spiel des Wettbewerbs auszusetzen, dürfte zudem höchst problematisch und riskant insbesondere für die Schwächsten, die Kranken, in diesem Gefüge sein, wie es der Kampf um Marktanteile der Versicherer bereits zeigt.

So legen wir als KZV unser Augenmerk auf den Erhalt fairer Rahmenbedingungen auch für uns als Leistungserbringer. Es ist daher als weitsichtig einzuschätzen, sich als Zahnärzteschaft organisatorisch so aufzustellen, dass wir gegen zu erwartende künftige Selektionsbestrebungen in diesem Markt effektiv gewappnet sind. Selektivverträge werden je nach eigenen Vorstellungen und individuellen Wünschen interpretiert. Nach meiner Auffassung werden diese Verträge allerdings künftig ihrem begrifflichen Inhalt entsprechend tatsächlich zu Selektionszwecken genutzt werden. Jeder Betroffene wird dann sehr schnell einschätzen können, ob diese dann mehr Chancen oder mehr existentielle Gefahren beinhalten: Selektion als Instrument bei der Entscheidung über die Teilhabemöglichkeit jedes einzelnen Zahnarztes in diesem Markt und diese immer wieder aufs Neue zeitlich begrenzt.

Hier hilft uns – wie ein Blick in die erste Hälfte des vorigen Jahrhunderts belegt – nur eine einige, starke Berufsgemeinschaft, wenn die körperschaftlichen Strukturen einer KZV dies nicht mehr in vollem Umfang leisten können oder dürfen bzw. wenn sich deren Aufgaben lediglich noch auf Restriktionen und Disziplinarmassnahmen gegenüber ihren Mitgliedern beschränken sollten.

Es ist sicherlich abzuwägen, welche Organisationsform gewählt wird, um sich dann bei Bedarf optimal aufgestellt zu haben. Dies ist durch entsprechende Vorarbeit zu recherchieren und dann letztlich durch die Zahnärzteschaft im Plenum der VV zu entscheiden. Dies allein darf bei der Entscheidungsfindung den Ausschlag geben, denn es gilt auch die Zukunft unseres Berufsstandes für künftige Kollegengenerationen zu sichern. Es geht bei der Schaffung dieser sog. Parallelstrukturen nicht um die Schaffung und Verteilung neuer Posten, Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten. Solch ein Ansatz würde jeden konzeptionellen Ansatz, der wirklich geeignet ist, sich fair und chancenreich dem Wettbewerb stellen zu können, zunichte machen.

Dr. Manfred Krohn

Einladung Zahnärzteball 2009

am Sonnabend, 27. Juni 2009

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

Wir hoffen, dass Sie zahlreich die Gelegenheit nutzen, mit der Kollegenschaft unbeschwerte Stunden zu verbringen.

In der Zeit von 14.30 bis 17 Uhr findet ein Fortbildungsseminar zum Thema „Die erfolgreiche Praxisabgabe/Praxisübernahme“ statt.

Der Ball beginnt traditionell um 20 Uhr.

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

Einladung zum Zahnärzteball 2009

Schicken Sie den Anmeldecoupon an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Straße 304
Öffentlichkeitsarbeit -
Schwerin

0385 - 54 92 498 , Tel: 0385 - 54 92 103
oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de

Kommen Sie zum Ball mit insgesamt _____ Personen.

Falls möglich möchte/n ich/wir zusammensitzen mit _____

Unterschrift (bitte gut leserlich schreiben)

Platzstempel

Apothekenurteil

EuGH betont Patientenschutz

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) begrüßt das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zum Apothekenfremdbesitzverbot. „Dies ist ein deutliches Zeichen des Patientenschutzes durch die Stärkung der Freiberuflichkeit“, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit sind aus Sicht der BZÄK wichtige Aspekte einer sicheren und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung.

Mit der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes wird zunehmend auch auf europäischer Ebene erkannt, dass Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen einen wichtigen Garanten für den Patientenschutz darstellt. Tendenzen einer zunehmenden Kommerzialisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens, politisch immer wieder unter dem Begriff des Wettbewerbs subsumiert, besitzen deutliche Gefahren für die Patienten. Auch die Zahnärzteschaft nimmt ihre Verantwortung im Rahmen ihrer freiberuflichen Berufsausübung wahr und erhofft sich dabei politische Unterstützung.

BZÄK

Fonds fehlt Geld

Hecken garantiert Einnahmen

Die Krankenkassen verbuchen sinkende Einnahmen und bekommen die Wirtschaftskrise zu spüren. Exakt 2,9 Milliarden Euro fehlen im laufenden Jahr, 1,7 Prozent des Finanzvolumens des Gesundheitsfonds. Dies hat Ende April der Schätzerkreis für die gesetzliche Krankenversicherung bekannt gegeben. Steigende Arbeitslosen- und Kurzarbeiterzahlen sind ursächlich für das Defizit. Die Mindereinnahmen werden jedoch vom Bund ausgeglichen in Form eines Liquiditätsdarlehens, welches im Zuge des zweiten Konjunkturpakets nicht im Jahr 2010 sondern erst 2011 zurückgezahlt werden muss, und gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen. Josef Hecken, Präsident des Bundesversicherungsamts und damit zuständig für den Gesundheitsfonds, sieht für die von einigen Kassenfunktionären prophezeite Ausgabenexplosion derzeit keine Anhaltspunkte.

KZV

Patienten im Osten zahlen drauf

Zahnärzte kämpfen um Honorarangleichung

Im Gegensatz zu anderen Ärzten steht eine Honorar-Reform bei den Zahnärzten noch aus. Jetzt hat die Bundesregierung einen Antrag auf Angleichung der Ost- an die Westhonorare für 2009 abgelehnt. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) im Land warnt vor den Folgen: Ohne Angleichung müssen auch Patienten im Osten mit geringeren Zuzahlungen auskommen, als im Westen.

Wer lieber auf Amalgam verzichten und eine Kunststofffüllung (Komposit) haben möchte, bekommt dafür einen Zuschuss von seiner Krankenkasse. Der ist in den neuen Bundesländern allerdings geringer als in den alten, weil er sich am so genannten Punktwert der Arzthonorare orientiert – und der ist im Osten ebenfalls niedriger als im Westen. Beispiel: Für eine mehrflächige Füllung erhält ein Versicherter der Arbeiterersatzkasse (AEV) in Bayern einen Zuschuss von 52,94 Euro. Sein Eigenanteil: 21,85 Euro. Ein AOK-Versicherter in

Mecklenburg-Vorpommern bekommt dagegen für die gleiche Leistung nur einen Zuschuss von 44,72 Euro. Seine Zuzahlung beträgt daher 30,07 Euro. Damit zahlt er einen um 37,6 Prozent höheren Eigenanteil, als der Versicherte in Westdeutschland.

Das Beispiel verdeutlicht das Dilemma mit dem geltenden Honorarsystem für Zahnarztleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, sagt Wolfgang Abeln, Vorstandsvorsitzender der KZV im Land. Seit Jahren kämpft die KZV um eine Angleichung der Honorare, die derzeit 10,9 Prozent unter denen im Westen liegen. Bislang ohne Erfolg.

Gehaltsgefälle bei Mitarbeitern

Jüngster Rückschlag: Nachdem der Bundesrat bereits Zustimmung für eine Angleichung signalisiert hatte, lehnte die Bundesregierung nun einen entsprechenden Antrag aus den neuen Ländern für 2009 ab. Stattdessen soll das Thema als „Teil eines Gesamtkonzepts zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Vergütung in der

kommenden Legislaturperiode verfolgt werden“, heißt es. Für Abeln bedeutet das im Klartext: „Die Bundesregierung versucht wieder, das Thema auf die lange Bank zu schieben.“

Die Begründung aus Berlin, dass die Ausgaben für die gesamte zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz je Versicherter auf West-Niveau liege, beruht laut Abeln auf einem Vergleich zwischen Äpfeln und Birnen. Denn für den Zahnersatz gibt es bereits eine gesonderte Finanzierung und Angleichung, so dass sich die Gesamtrechnung verzerrt. Das hat der Bund in einem früheren Schreiben vom Dezember 2008 sogar selbst eingeräumt.



Auszug aus der Schweriner Volkszeitung vom 4. Mai.

Neben den Patienten wirke sich das Honorargefälle bei den Zahnärzten auch auf die Löhne der Mitarbeiter aus. So verdiene eine Zahnarzhelferin in Hannover rund 1800 Euro, in Leipzig dagegen nur etwa 1400 Euro. „Wenn die Mitarbeiterinnen für die gleiche Arbeit weniger Geld bekommen, müssen wir uns nicht wundern, wenn wir in Zukunft einen Mangel an gut ausgebildeten Fachkräften in Mecklenburg-Vorpommern haben“, sagt Abeln. „Für die Krankenhäuser und die Ärzte sind mit der Honorarreform jeweils 3,5 Milliarden Euro gezahlt worden – wir würden nur 165 Millionen für alle neuen Länder benötigen“, rechnet er vor.

Trotz der jüngsten Stellungnahme der Bundesregierung will die KZV in Mecklenburg-Vorpommern nicht aufgeben. In den kommenden Tagen soll es noch einmal Gespräche mit Bundespolitikern aus MV geben. Abeln: „20 Jahre nach der Wende sollten für gleiche Leistungen auch gleiche Honorare und Löhne gezahlt werden.“

Angela Hoffmann, SVZ

Stillstand bedeutet Rückschritt

Vertreter waren aufgerufen, ihre Selbstverwaltung weiter zu entwickeln

Zwei Tage waren angesetzt für die Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Es ging einmal mehr um die spannende Frage, wie geht es weiter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie begegnet die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Veränderungen des Marktes und was bedeutet das für die Praxen?

„Wir haben ein Krisenjahr, doch langsam habe ich den Verdacht, dass dies immer wieder für Entschuldigungen erhalten muss“, machte Vorsitzender Dr. Peter Schletter seinen Unmut über die derzeitige politische Lage Luft. Versagen und Defizite der Politik seien an der Tagesordnung. Dabei sei hinter mancher Politikwelle der Hai schwer zu erkennen, der da fordert, die KZVs komplett abzuschaffen. „Wir müssen uns mit den Argumenten auseinandersetzen, die uns entgegengesetzt werden, um Flächenbrände für unseren Berufsstand zu verhindern“, mahnte Schletter. Und dafür sei es notwendig, einig zu sein. „Nur eine Gruppe, die geteilt ist, ist hervorragend zu beherrschen.“ Da ist er sich mit seinen Kollegen aus den anderen Bundesländern einig. Regelmäßig treffen sich die Vorsitzenden der Vertreterversammlung aus den Ländern und beraten über Themen, wie Haupt-



VV-Vorsitzender, Dr. Peter Schletter, forderte zur Verbundenheit innerhalb des Berufsstandes auf. Vorstandsstellvertreter, Dr. Manfred Krohn stellte u. a. eine QM-CD für den Herbst des Jahres in Aussicht.



Vorstandsvorsitzender Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln erbat das Votum der Vertreter, um Konzepte für eine Genossenschaft erstellen zu können. Rechtsanwalt Rainer Peter ergänzte rechtliche Aspekte.

amtlichkeit und Ehrenamtlichkeit der Vorstände, Protokollführungen, Reise- und Sitzungskostenordnungen, Satzungen, die Möglichkeit von Selektivverträgen und die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften oder Genossenschaften.

Mit der Frage von Selektivverträgen beschäftigte sich auch Dr.



Jens-Uwe Kühnert in seinem Bericht über die Arbeit des Koordinationsgremiums. Konkret stellte er den Selektiv-/Kollektivvertrag der KZV Bayern mit der AOK Bayern im kieferorthopädischen Bereich vor. Aus seiner Sicht eine interessante Sache, denn dieser Vertrag ist ein Angebot an alle Kollegen und er ermöglicht den Patienten einen Zugang zur Kieferorthopädie ohne Mehrkosten. In den Mittelpunkt der Behandlung rückt wieder vorrangig das Behandlungsziel, möglich wird dieses, da die AOK Bayern finanziell gut aufgestellt ist. Das Besondere an diesem Vertrag: Jeder kann beitreten und jeder kommt auch wieder heraus.

Wolfgang Abeln appellierte an die Vertreter, die Bemühungen des Vorstands und aller anderen KZVs zur Angleichung der ostdeutschen Honorare an den Westen zu unterstützen. Mehr als 600 Briefe sind bereits aus den mecklenburgischen Praxen an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses versandt worden. „Ich bitte Sie ganz herzlich, schreiben Sie“, sagte Abeln. „Denn nur wenn die Bundestagsabgeordneten die Betroffenheit der Praxen vor Ort wahrnehmen, gelingt es uns, sie zum Nachdenken und zum Handeln zu bewegen“. Abeln sieht die Anpassung

der Honorare mittlerweile als Konjunkturpaket und greift damit dieses aktuelle Schlagwort der Wirtschaftspolitik auf raffinierte Weise auf. „Es geht um Arbeitsplätze und u. a. auch darum, durch die Möglichkeit der Delegation von Verwaltungsarbeit in den Praxen zugunsten der medizinischen Versorgung reduzieren zu können“, erklärte der Vorstandsvorsitzende. Denn die Statistik zeige, dass dies eine besondere Belastung in den ostdeutschen Praxen darstellt.

Wenn Abeln davon spricht, dass sich in absehbarer Zeit entscheiden wird, wie es mit der gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig weitergehen wird, sieht er nicht ausschließlich die zahnärztliche Selbstverwaltung in der Pflicht, politische Vorgaben umzusetzen. „Wir haben auch Rechte und diese müssen wir innerhalb eingeräumter Spielräume nutzen, um gemeinsame Ziele zu erreichen“, führte er an. Dafür ist es wichtig, eine geeinte Zahnärzteschaft zu haben. „Das haben wir jetzt. Wodurch? Durch die Zwangsmitgliedschaft in der Körperschaft“, sagte Abeln. Hier wird es Veränderungen geben. Der Wettbewerb unter den Zahnärzten nimmt zu, aber auch der Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Krankenkassen verändern den Aufgabenumfang ihrer Landesvertretungen, bieten Selektivverträge an und können damit den Sicherstellungsauftrag in diesem



Nachdenkliche Gesichter in der Versammlung. Es standen knifflige Fragen auf der Tagesordnung. Fotos: Kerstin Abeln

Bereich und die Datenhoheit gewinnen. Ein Privileg der Zahnärzte bislang. „Sie werden keine Freude daran haben, wenn der Staat in ihre Praxis hineinregiert“, resümierte Abeln. Doch genau das passiert bei einer Aufsplitterung innerhalb des Berufsstands. Es wird keine höheren Honorare in Selektivverträgen für alle Zahnärzte geben. Einige wenige profitieren auf Kosten der anderen. Denn das Geld innerhalb der Patientenversorgung ist endlich und wird durch entsprechende Verträge nicht aufgestockt.

Abeln stellte ein mögliches Modell einer Genossenschaft, gegründet durch finanzielle Mittel der KZV, und vor allem mit dem Know-how einer KZV, vor. Diese würde nicht nur das derzeitige KZV-Abrechnungsgeschehen abwickeln können, sie könnte darüber hinaus politisch echter Interessenvertreter sein, auch nach außen. Aus seiner Sicht ist das beste Beispiel für gesellschaftsrechtliche Unternehmensstrukturen und somit für eine Genossenschaft die Apobank in Düsseldorf. „Die Heilberufler haben die Bank gegründet und wunderbar aufgestellt“, stellte Abeln fest. Tischklopfen in den Reihen.

Dipl.-Stom. Gerald Fleming meldete Bedenken an. „Wenn wir uns pro Genossenschaft entscheiden, werden wir uns möglicherweise gegen die KZV entscheiden.“

Die KZV hat uns lange begleitet und zwar auch in schlechten Zeiten.“ Für ihn müssten im Vorfeld viele Details geklärt werden. Dr. Dagmar Stave sah gar in einer gesunden Diktatur eine gute Demokratie.

„Es geht nicht darum, die KZV schnell zu ersetzen“, erklärte Abeln. „Sie müssen den Spielraum, den der Gesetzgeber eingeräumt hat, diskutieren und Sie müssen keine Genossenschaft gründen“, ergänzte er. Das könnte ohnehin erst eine Vertreterversammlung in der Zukunft. Für die Vertreter stand an diesem Nachmittag nur die klare Willensäußerung auf der Tagesordnung, soll eine Genossenschaft geplant werden oder nicht. Dafür sollte die Versammlung entsprechende Mittel für ein konkretes Konzept bewilligen. Denn erst dieses Konzept wird es den Vertretern erlauben, eine Entscheidung zu fällen, pro oder kontra Genossenschaft.

Dr. Karsten Georgi beschwor die Anwesenden, für Veränderungen offen zu sein. „Wir müssen und wir können nicht immer hinterherrennen. Es wird gehofft, dass die nächsten 10 bis 15 Jahre alles so weiterläuft. Aber das tut es nicht.“ Georgi sah die zwei Zwangsgesellschaften, Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer, mittelfristig aber vor allem langfristig nicht in der Lage, dem Berufsstand eine Plattform zu geben, auf der wieder fachliche Zahnheilkunde möglich ist.

„Ich bin gerade aus einer Genossenschaft ausgetreten“, verwies Dr. Lutz Knüpfer. Aus der Treuhandgenossenschaft der Kieferorthopäden. Diese machte keinen Sinn mehr, da



Dr. Cornel Böhringer und Dr. Dagmar Stave. Kollegengespräche sind wichtig und geben neue Impulse.



Wolfgang Abeln war auch in den Pausen ein vielgefragter Gesprächspartner ...

der Berufsverband jetzt auch Vertragsverhandlungen führen kann. Eine Genossenschaft über die KZV hält er dagegen für sinnvoll.

Die Vertreter sprachen sich dafür aus, dem Vorstand genügend Rückendeckung zu geben und konkret 20 000 Euro zur Verfügung zu stellen, mit denen dann unter Einbeziehung von juristischem Sachverstand ein tragbares Konzept im Sinne einer Unternehmensgründung erarbeitet wird. Dieses Konzept enthält dann tragbare und belastbare Zahlen und Fakten, anhand derer die Vertreter einen Beschluss fassen können, ob eine Genossenschaft bzw. Managementgesellschaft für die Zahnärzteschaft interessant ist. Um genügend zahnärztlichen Sachverstand einzubringen, sprach sich Vorstandsvorsitzender Abeln dafür aus, eine Arbeitsgruppe zu installieren, die losgelöst von betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Aspekten zahnmedizinische Vorstellungen einbringt. Die Bereitschaft war groß und VV-Vorsitzender Peter Schletter notierte vier Namen für das entsprechende Gremium.

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) stand auf der Tagesordnung. Abeln stellte die Parameter für die Praxen zur Einführung des umstrittenen IT-Projekts vor. Dass die Karte kommt, steht trotz aller Proteste fest, dass die Praxen einen regional unterschiedlichen Pauschalvertrag erhalten, ebenfalls. Die Finanzierung ist auch geklärt, doch ansonsten bereitet

die Karte selbst und deren Etablierung in den Praxen weiterhin Probleme. Die KV Nordrhein hat die Verbreitung derzeit gestoppt, da keine Terminals verfügbar sind. Unterdessen wird der längst überfällige Zeitplan – ursprünglich sollte die eGK bereits im Jahr 2006 eingeführt werden – immer weiter fortentwickelt.

„Meine Praxis ist von Seiten der Telekom nicht DSL-fähig“, warf Dipl.-Stom. Christiane Fels ein. „Es sieht nicht so aus, als ob ich sehr schnell in der Lage sein werde, elektronisch eingebunden zu werden und ich bin sicher nicht die Einzige“, fragte sie nach einer Lösung.



... wie auch Rechtsanwalt Peter und die Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dr. Peter Schletter und Hans Salow.

Das ist ein Punkt, um den sich das Bundesgesundheitsministerium nicht kümmert, wusste Wolfgang Abeln. Die Problematik ist bekannt und wird von der KZBV laufend in Gesprächsrunden vorgetragen. Eine Lösung gibt es derzeit nicht.

Auf zum Teil schwierige Vertragssituationen und Vertragsverhandlungen in Sachen Budget schaute Wolfgang Abeln zurück. Problematisch er-

scheint bei den Verhandlungen, dass die vereinbarte Gesamtvergütung nicht ausgeschöpft und es somit immer schwieriger wird, den gesetzlich festgelegten Spielraum auszunutzen. Zudem hat die Bundesregierung per Gesetz die unterschiedlichen Grundlohnsummenveränderungsraten für Ost und West gestrichen. Da die Veränderung-Ost in Verhandlungen jedoch eine Rolle spielt, haben die KZVs der neuen Bundesländer beschlossen, gegen diese Regelung zu klagen. Der ehemalige VdAK fordert unterdessen die Absenkung der Vergütung auf das AOK-Niveau. Die gewonnenen Gelder sollen für Sondertarife der Versicherten und Beitragsnachlässe sowie zur Stützung der höheren Vergütungen in den alten Bundesländern eingesetzt werden. „Ich hoffe, dass das Schiedsamt einer Absenkung nicht folgen wird“, teilte Abeln mit. Im Bereich der Bundesknappschaft hatte der Vorstand die Fusion mit der Seekrankenkasse zu regeln. Hier unterstrich Wolfgang Abeln seine Auffassung, keinen Vertrag mehr abzuschließen, solange es regelmäßige hohe Überschreitungen gibt. „Wenn Sie eine andere Auffassung dazu haben, so bitte ich Sie, dies auch kundzutun“, forderte er die Anwesenden auf. Aus dem Auditorium kam uneingeschränkte Zustimmung für seine Vorgehensweise.

Im Bereich der Wohnortkassen konnte auf dem Verhandlungsweg die volle Weitergabe der Grundlohnsummenveränderung vereinbart werden. Darüber hinaus ist mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen ein so genannter Kopfpauschalvertrag vereinbart, der die Vergütung auch dann garantiert, wenn Leistungen nicht in gewohnter Höhe von den Versicherten abgefordert werden.

Am schwierigsten gestalten sich die Verhandlungen im Bereich der Innungskrankenkassen. Hier gibt es hohe Überschreitungsgrößen, sodass seit Jahren kein Vertrag geschlossen worden ist. Die derzeitige Strategie besagt, mit einzelnen Krankenkassen das Gespräch zu suchen. Der neue vdek wirft die Frage auf, welche Punktwerte anzusetzen sind. Ebenfalls eine Frage, die das Schiedsamt klären muss.

„334 zahnmedizinische Praxen, 19 kieferorthopädische und 7 zahnärztliche Praxen, die auch kieferortho-

pädische Leistungen erbringen, hatten im Jahr 2008 Überschreitungen innerhalb des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zu verzeichnen“, rechnete Wolfgang Abeln vor. Insbesondere die Kfo-Einbehalte werden entsprechend des HVMs bis zu 90 Prozent im Überschreibungsbereich ausgezahlt, um diesen Anteil innerhalb der Gesamtvergütung für die Kieferorthopäden zu nutzen.



Kollegengespräch am Rande: Dr. Holger Garling und Dr. Ralf Bonitz.

„Mit der jetzt erzielten personellen Besetzung in der Prüfstelle ist wieder die lang vermisste Kontinuität eingezogen“, schloss sich Dr. Manfred Krohn in seinem Bericht an die Ausführung Abelns an. Dies schätzen auch die Krankenkassen des Landes. Nach Austausch vieler unterschiedlicher Positionen und etlichen Verhandlungen ist es nun gelungen, sich auf eine einheitliche Vorgehensweise zu einigen. Grundsätzliches Ziel der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist es dabei gewesen, erklärte Krohn, die Wirtschaftlichkeitsprüfung möglichst zeitnah umzusetzen, um Prüfungsstaus zu vermeiden.

Wesentlich größere Bauchschmerzen bereitet es dagegen, die Prüfvereinbarung an die letzten Gesetzesänderungen anzupassen. Grundsätzlich unterschiedliche Ausgangspositionen prägten die Gespräche zwischen Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Krankenkassen, die dennoch in teilweise konstruktiver Atmosphäre stattfanden, berichtete Krohn. Von der KZV vorgebrachte Sachargumente konnten zum Einlenken beitragen, allerdings verfestigten sich Absprachen nicht unbedingt und wurden wieder umgestoßen. Der Kassenzahnärztlichen

Vereinigung ist es wichtig, dass die seit Januar 2008 geschaffene Prüfstelle organisatorisch völlig selbstständig arbeite. „Sie ist keine Abteilung der KZV, auch wenn eine räumliche Nähe existiert“, stellte Krohn klar. Einen immensen Unterschied sieht er zwischen der zu leistenden, gesetzlich vorgeschriebenen Sacharbeit auf der so genannten Arbeitsebene und dem politischen Getöse der Krankenkassen nach außen. „Hier werden Abmachungen und Entscheidungen letztlich noch mal geopfert“, bedauerte Krohn. Die Krankenkassen sehen ihre Einflussmöglichkeiten schwinden, die in der Vergangenheit durch paritätisch besetzte Prüfungsausschüsse gesichert waren. Die Einbindung eines Vertragszahnarztes in die Prüfstelle verschafft der KZV darüber hinaus einen Wissensvorlauf, heißt es von Krankenkassenseite. Andererseits ist die Bildung eines Beirats, der dieses auch aus Sicht der KZV existierende Defizit behoben hätte, abgelehnt worden. „Detaillierte Abläufe in der Prüfvereinbarung und eine regelmäßige Berichtspflicht pro Quartal

Fairness.

Eine der obersten Prämissen im Sport. Auch für Schiedsrichter. Darauf haben die Spieler ein Recht. Aber auch die Schiedsrichter. Für den Spaß am Sport. Für den menschlichen Umgang miteinander.

Auch für Versicherungen ist Fairness wichtig. Vom Kunden zum Unternehmen. Vom Unternehmen zum Kunden. Nur gemeinsam können Ziele erreicht werden.

*Das ist Fairness.
Das gibt Sicherheit.
Das ist die INTER.*

sollen nun in die Prüfvereinbarung aufgenommen werden, die damit ihre bislang schlanke Form verliert, schildert Krohn weiter. Positiv wertet er den Verzicht auf die Durchnitsprüfung und damit auf die Zusendung der 100-Fall-Statistiken. „Dieses Thema wäre dann endgültig vom Tisch“, so Krohn.

Insgesamt sieht Krohn die Verhandlungen für eine neue Prüfvereinbarung positiv. Es ist gelungen, die Struktur und Systematik zu ändern, sodass die logische Abfolge der erst- und zweitinstanzlichen Verfahren deutlicher abgegrenzt wurde und fachliche Unkorrektheiten juristisch ausgemerzt wurden.

„Keinen Verhandlungsmarathon erwarten wir bei der Vereinbarung zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung“, sagte Krohn. Hier sind die Aufgaben der KZV und der Krankenkassen klar definiert und voneinander

abgegrenzt.

Innerhalb der Gutachterbestellung kam es immer wieder zu Verzögerungen. Jetzt sind neun Zahnersatzgutachter, vier Gutachter für Parodontologie sowie zwei ZE-/PAR-Gutachter bestellt worden sowie ein Obergutachter für den Raum Neubrandenburg. „Gerade im Gutachterbereich findet ein echter Generationswechsel statt“, resümierte Manfred Krohn. Mittlerweile sind die neuen Kollegen entsprechend geschult worden und das neu gestaltete Gutachterkompendium überreicht. Aktuelle Gutachterfälle und damit verbundene unterschiedliche Auffassungen zu Umfang und Notwendigkeit bestimmter Behandlungskonzeptionen verdeutlicht auf der letzten Gutachtertagung den Ablauf der Verfahren für die einzelnen Instanzen.

„Wann können wir mit der CD-Rom zur Qualitätssicherung rech-

nen?“, wollte Annegret Neubert wissen, denn einige Kollegen sind bereits den Angeboten anderer in Sachen QM erlegen. Hier bat Dr. Krohn die Zahnärztekammer um die Darstellung der zeitlichen Abläufe bei der Erstellung der CD-Rom, da diese die organisatorische Verantwortung übernommen hat. Seitens der KZV habe man akribisch versucht, Prozessabläufe und QM-Checklisten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung und das Gutachterwesen zu beschreiben, die dann von den Kollegen möglichst unverändert genutzt werden können.

Die Zuarbeit der KZV liegt der ZÄK vor, jeder hat seinen Part erfüllt. Probleme gibt es bei der EDV-seitigen Umsetzung der beauftragten Softwarefirma. Sie signalisiert nun eine Fertigstellung bis Oktober dieses Jahres.

Kerstin Abeln

Antragsteller: Vorstand der KZV

Wortlaut des Antrages: Die Vertreterversammlung möge beschließen, dass die Jahresschlussrechnung entsprechend des zweiten Abschnittes des Honorarverteilungsvertrages der KZV Mecklenburg-Vorpommern so durchgeführt wird, dass, soweit die Honorarverträge dies zulassen, die Vergütung aller abgerechneten Leistungen möglichst mit dem Vertragspunktwert erfolgt. Sollten darüber hinaus

noch Finanzmittel vorhanden sein, so sind diese dem Honorarspitzenkonto 504000 zuzuführen

Abstimmungsergebnis: einstimmig beschlossen

Antragsteller: Vorstand der KZV

Wortlaut des Antrages: Es wird beantragt, § 14 der Satzung der KZV Mecklenburg-Vorpommern wie nachfolgend aufgeführt zu beschließen:

§ 14 Sitzungen der Vertreterversammlung

(4) ... Über den Gang der Vertreterversammlung und die von ihr gefassten Beschlüsse ist eine Niederschrift zu fertigen und von dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung zu unterzeichnen. Die Niederschrift soll den Vertretern innerhalb von 6 Wochen zugehen.

Abstimmungsergebnis: einstimmig beschlossen



Am 15. April stellten der Vorstand und das Koordinationsgremium der Kassenzahnärztlichen Vereinigung dem Vorstand der Zahnärztekammer und dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern sein Konzept für eine Genossenschaft vor. Anwesende: Dr. Jens-Uwe Kühnert, Dr. Peter Bührens, Dr. Holger Garling, RA. Peter Ihle, Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Manfred Krohn, Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln, Dr. Peter Schletter und ZA. Hans Salow (v.l.n.r.).

Vorläufige Tagesordnung

Kammerversammlung am 4. Juli 2009

TRIHOTEL am Schweizer Wald

Tessiner Straße 103, 18055 Rostock

Beginn: 10 Uhr

1. Eröffnung der Kammerversammlung durch den Präsidenten
 2. Feststellen der Beschlussfähigkeit
 3. Grußworte der Gäste
 4. Bericht des Präsidenten zur aktuellen Gesundheitspolitik Dr. Dietmar Oesterreich
 - Leitbild der Freien Berufe Rechtsanwalt Peter Ihle
 - Aktuelle Fragen zur Werbung
 - Diskussion zum Bericht des Präsidenten
 5. Bericht des Vorsitzenden des Versorgungsausschusses der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Dipl.-Stom. Holger Donath
 6. Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes für 2008 sowie Entlastung des Vorstandes und des Versorgungsausschusses der Zahnärztekammer (gem. § 3 Abs. 1 c und 1 d des Versorgungsstatuts) Dr. Peter Schletter
 7. Novellierung der Weiterbildungsordnung Dr. Jürgen Liebich
 8. Einsparmaßnahmen im Kammerhaushalt Dipl.-Stom. Andreas Wegener
 9. Diskussion zur Beitragsordnung Dipl.-Stom. Andreas Wegener
 10. Beschlussfassung über eingebrachte Anträge
 11. Verschiedenes
- Berichte aus den Kreisstellen, Termin der nächsten Kammerversammlung

Dr. Dietmar Oesterreich
Präsident



Fortbildung - kollegiale Gespräche - Erholung

- **18. Zahnärztetag**
der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- **60. Jahrestagung**
der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.
- **6. Jahrestagung**
des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der DGI

4. bis 6. September 2009
im Hotel „Neptun“, Rostock-Warnemünde

Themen

1. Möglichkeiten und Grenzen der zahnärztlichen Chirurgie im Zeitalter der Implantologie
2. Professionspolitik
3. Aus der Praxis für die Praxis

Standespolitische Leitung: Dr. Dietmar Oesterreich (Stavenhagen)
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Sümnick (Greifswald)

- **17. Fortbildungstagung**
für Zahnarzhelferinnen und
Zahnmedizinische Fachangestellte

am 5. September 2009
im Kurhaus Warnemünde

Programm/Anmeldung unter www.zaekmv.de, Menüpunkt Zahnärztetag

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

BZÄK-Positionspapier zur Europawahl 2009

Anzeige

Ihre gesundheitspolitischen Forderungen und Erwartungen zu den Europawahlen 2009 hat die BZÄK im Vorfeld in ein Positionspapier gefasst. Darin sind Grundsätze beschrieben, deren Beachtung durch die europäischen Institutionen eingefordert wird und an denen die Politik der Parteien gemessen werden soll. Adressaten des Positionspapiers sind die 99 von Deutschland in das EU-Parlament entsandten Abgeordneten. Das Positionspapier kann in Kürze unter: www.bzaek.de/list/presse/eu-positionspapier.pdf abgerufen werden. **BZÄK-Klartext 04/09**



ASI
Wirtschaftsberatung AG

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

„Erfolgreich altern – der demografische Wandel als Herausforderung“

5. Nationale Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft in Rostock

Telemedizin und moderne Assistenzsysteme seien die Antworten auf die Herausforderung der Zukunft, darüber waren sich die Experten auf der 5. Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft einig, die am 7. und 8. Mai 2009 in Rostock/Warne- münde unter dem Titel „Erfolgreich altern – der demografische Wandel als Herausforderung für die Gesundheitswirtschaft“ stattfand. Über 600 nationale und internationale Experten aus Wirtschaft, Wissenschaft und Politik berieten über neue medizinische Herausforderungen und zugleich wirtschaftliche Chancen, insbesondere im Bereich der Gesundheitswirtschaft. Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der Bevölkerung in Deutschland um rund sieben Millionen auf 75 Millionen sinken. Gleichzeitig werden 28 Prozent der deutschen Bevölkerung über 65 Jahre alt sein.

„Wir brauchen Veränderungen im Gesundheitswesen“, unterstrich der Ministerpräsident des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Erwin Sellering. Im ländlichen Raum stehe man vor großen Problemen, die ärztliche Versorgung abzusichern. Einen Ärztemangel gebe es aber nicht, betonte Konferenzpräsident Prof. Horst Klinkmann. Der Ärztliche Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin, Prof. Axel Ekkernkamp, sieht gar den Höhepunkt des Ärztemangels überschritten: Bald werde man wieder

viele deutsche Ärzte in den Kliniken haben, in der Niederlassung werde dies verzögert zu merken sein.

Der Ministerpräsident unterstrich, dass in allen gesellschaftlichen Bereichen ein Umdenken erforderlich sei und man flexibel auf die demografische Entwicklung reagieren müsse. „Gesundheitsangebote müssen weiter entwickelt werden“, sagte Sellering. Für die Generation 55 plus werde man künftig Produkte anbieten, die Mecklenburg-Vorpommern auch für Zuwanderer weiter attraktiv mache. Als Beispiel nannte Klinkmann „Gesundheitshäuser“, die ähnlich wie Autos je nach Geldbeutel und Bedürfnis mit Assistenzsystemen ausgerüstet werden können. „Mit moderner Elektronik entwickelt die Universität Rostock Hilfssysteme für alte Menschen“, betonte der Rektor, Prof. Wolfgang Schareck. Sei es die Kaffeemaschine, die sich in Erinnerung ruft, wenn sie ausgemacht werden muss oder ein Sensor, der es ermöglicht, dass Alarm ausgelöst wird, wenn jemand stürzt.

Untersuchungen ergaben, dass 40 000 alte Menschen in das nord-östliche Bundesland gezogen sind, 40 Prozent haben eigenes Wohneigentum erworben. „Wir wollen neue Lebenswelten für diese Menschen schaffen“, betonte Klinkmann.

Auch die Telemedizin sei geeignet,

die medizinische Versorgung zu sichern. „Nicht die Patienten, sondern die Daten reisen“, sagte Sellering. Dies müsse alte Menschen nicht beunruhigen, da dies in erster Linie Aufgabe der Ärzte sei. Telemedizin sei besonders in der Neurologie und Pathologie vorstellbar, ergänzte Professor Ekkernkamp.

Der Altersdiskriminierung erteilte der Ministerpräsident eine Absage. Er kündigte an, dass die Landesregierung derzeit alle Gesetze und Verordnungen überprüfe, inwieweit ältere Menschen benachteiligt werden. „Warum kann ein Mensch mit über 58 Jahren nicht mehr Landrat werden?“, nannte der SPD-Politiker ein Beispiel. Die Mediziner unterstrichen, dass auch die Reglementierung der Arbeitszeit bei Ärzten ein Ende haben müsse. „Arbeitsfähige und willige Menschen müssen die Chance haben, über 68 Jahre hinaus arbeiten zu dürfen“, betonte Klinkmann.

Die nächste Branchenkonferenz findet am 2./3. Juni 2010 statt und steht unter dem Titel: „Gesundheitswirtschaft: krisenfest durch Qualität und zukunftssicher durch Innovationen.“ Hier habe Deutschland erheblich Nachholbedarf: In den Gesundheitsausgaben liege das Land an dritter, bei der Qualität an 32. Stelle, so die Veranstalter.

Renate Heusch-Lahl

Parlamentarischer Abend

„Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen“

Als großen Erfolg für die politische und öffentliche Wahrnehmung der Probleme im Zusammenhang mit der notwendigen Verbesserung bei der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen wertet der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dietmar Oesterreich, den Parlamentarischen Abend, den die BZÄK und die CDU-Bundestagsabgeordneten Dr. Rolf Koschorrek und Dr. Hans Georg Faust Mitte April gemeinsam in Berlin veranstaltet haben. Der Zahnarzt und der Facharzt für Anästhesie, zugleich stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bundestag, hatten neben Parlamentariern auch Vertreter von Ministerien, Verbänden und Vereinen sowie der Zahnärzteschaft zum Thema „Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen“ eingeladen.

„Die guten Besucherzahlen der Veranstaltung zeugen von einem wachsenden Problembewusstsein für diese versorgungspolitische Herausforderung“,

erklärte Oesterreich im Anschluss an die Veranstaltung. „Notwendig sind jetzt konkrete Handlungsansätze für die besonderen Behandlungsbedarfe von Menschen mit Behinderungen.“ Dafür müssten gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, die auch Präventionsangebote und Planungsgrundsätze außerhalb des Budgets zuließen.

Neben der Verbesserung der Mundgesundheit zielen die Aktivitäten der BZÄK auch auf die Vermeidung von Folgeerkrankungen, die Verbesserung der Lebensqualität und der Rehabilitation/Integration sowie der sozialen Akzeptanz.

„Hier haben wir einen Stein ins Rollen gebracht“, setzt Oesterreich auf eine gesteigerte Sensibilität für diese Anliegen.

Als ein Beispiel der vielfältigen Aktivitäten der Zahnärzteschaft stellte Dr. Imke Kaschke, stellvertretende Vorsitzende der AG Behindertenbehandlung des Berufsverbands deutscher Oralchirurgen und Managerin der Healthy Ath-

letes der Special Olympics Deutschland, in einem Vortrag Probleme und Ergebnisse des Berliner Gruppenprophylaxeprogramms zur Mundgesundheit behinderter Menschen vor. Dabei wurde auch klar, dass es nicht um eine Randgruppe geht: Insgesamt beträgt die Zahl der amtlich anerkannten Schwerbehinderten in der Bundesrepublik laut Statistischem Bundesamt etwa 6,6 Millionen. Vor allem bei verminderten motorischen und/oder geistigen Fähigkeiten zählen diese Menschen rasch zur Hochrisikogruppe für Karies- und Parodontalerkrankungen. In Berlin hat etwa das Modell mit Gruppenprophylaxe in Behinderteneinrichtungen in diesem Bereich nachweislich gute Erfolge gezeigt.

„Wir sind auf einem guten Weg“, zeigt sich BZÄK-Vizepräsident Oesterreich zuversichtlich. „Jetzt müssen weitere gemeinsame Schritte von Landespolitik, Wissenschaft und Politik folgen. Ziel bleibt es dabei, uns nachhaltig und wirkungsvoll für die Belange von behinderten Patienten und Menschen mit besonderen Bedürfnissen einzusetzen.“ Dies bleibe ein wichtiges präventives und berufsethisches Handlungsfeld.

BZÄK-Klartext 04/09

Die unendliche Geschichte einer Idee

2006, 2007, 2008, 2009... die elektronische Gesundheitskarte kommt – nur wann?

Sorgfalt vor Schnelligkeit lautet die Devise, wenn es um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte geht. Die ist mittlerweile drei Jahre überfällig und es sieht so aus, als wenn auch im Wahljahr 2009 die vertraute Krankenversichertenkarte ihren Dienst in den Praxen leistet. Auch wenn sicher ist, dass die elektronische Gesundheitskarte nicht in der Versenkung verschwindet, wie so mancher Funktionär das wünscht. Sie kommt in jedem Fall. Dafür ist das Projekt zu weit fortgeschritten und zu hoch angesiedelt. Der Weg dahin scheint jedoch immer beschwerlicher zu werden. Jetzt hat sich sogar Siemens aus dem Konnektorgeschäft zurückgezogen. „Keine wirtschaftliche Perspektive“, lautet die Begründung. Tatsächlich dürften der Schlingerkurs von Politik und Selbstverwaltung und ständig wechselnde technische Vorgaben der Grund für den Ausstieg sein. Die zuständige Gesellschaft gematik geht unterdessen davon aus, dass die Ausgabe der Karten wahrscheinlich erst 2011 abgeschlossen sein wird.

Die Ärztekammer Nordrhein, deren Einzugsbereich Testregion und offizielle Startregion ist, fordert nun erst mal eine Denkpause und hat ihre Ärzte zu einem Anschaffungsstopp von Kartenlesegeräten aufgefordert. Man habe weiterhin Bedenken wegen der Datensicherheit.

Eine Verzögerung mindestens bis Ende des Jahres sieht auch der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Günther Buchholz.

„Die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten macht vor Jahresende gar keinen Sinn. Die Voraussetzungen für den Betrieb fehlen ja noch, selbst in der Startregion Nordrhein“, sagte er aktuell. Und: „Wenn man die Ernte schon einfahren will, bevor man das Korn gesät hat, dann kann das nicht funktionieren. Wir brauchen für den weiteren Projektverlauf ein zielgerichtetes Verfahren, das auch die Bedürfnisse der Ärzte und Zahnärzte berücksichtigt. Die Projektplanung muss angepasst werden. Dazu

gehört eine realistische Zeitplanung. Ein entsprechender Auftrag an die gematik ist erteilt.“

Kerstin Abeln

Währenddessen bereiten sich die Zahnärztekammern auf die Ausgabe von elektronischen Heilberufsausweisen für ihre Mitglieder vor. Der so genannte elektronische Zahnarztausweis weist den Inhaber auch elektronisch als Zahnarzt aus und ermöglicht den Zugriff auf Patientendaten der eGK.

Die BZÄK koordiniert im Auftrag der Landes Zahnärztekammern das Projekt. Sie stimmt sich hierbei auch mit der KZBV ab, die mit der ZOD-Plattform (Zahnärzte Online Deutschland) für die Zahnärzteschaft bereits heute eine elektronische Informations- und Kommunikationsplattform für den sicheren Datenaustausch, z. B. im Rahmen der Online-Abrechnung oder zwischen Kollegen, anbietet.

BZÄK-Klartext 04/09

Praxiserhebung liefert wertvolle Zahlen

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bittet um Mitwirkung bei jährlicher Umfrage

Wie in den vergangenen Jahren führt die KZBV auch für das Jahr 2008 eine bundesweite Kostenstrukturhebung in zahnärztlichen Praxen durch, um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Parameter treffen zu können.

Gerade in den letzten Jahren ist die Bedeutung einer soliden Datengrundlage für die zukünftige Gestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen besonders ersichtlich geworden. Dies zeigte sich insbesondere bei der aufgrund gesetzlicher Bestimmungen durchgeführten Neubewertung zahnärztlicher Leistungen im Jahre 2004 und der Umgestaltung des Zuschussystems beim Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2005. Darüber hinaus ist die KZBV bis zum 30. September eines jeden Jahres gesetzlich verpflichtet, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Regelversorgungen beim Zahnersatz mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu vereinbaren.

Die KZBV als Gremium der berufsständischen Selbstverwaltung ist auf die Mitarbeit möglichst vieler Praxen angewiesen, denn nach wie vor wird behauptet, in den Praxen schlummern betriebswirtschaftliche Reserven, die noch erschlossen werden müssten. Hier gilt es, insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen der Reformen 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. Die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturhebung liefern zudem wertvolle Informationen

für die notwendigen Vertragsgestaltungen in den einzelnen Ländern.

Die Kostenstrukturhebung der KZBV wird in Zusammenarbeit mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bei einem repräsentativen Querschnitt der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte durchgeführt. Auf die Anonymität der Einzeldaten wird besonderer Wert gelegt. Insbesondere werden die Namen und Anschriften der ausgewählten Zahnärzte nicht gespeichert.

Wir bitten alle Praxen des Landes, den von der KZV mit dem Rundbrief Nr. 4 zugesandten Fragebogen auszufüllen und in dem beiliegenden Umschlag ohne Absenderangabe so bald wie möglich an die KZBV zurückzuschicken, auch dann, wenn nicht alle Fragen beantwortet werden können.

Die Beteiligung an der Erhebung ist freiwillig, jedoch hängt die Aussagekraft wesentlich von der Rücklaufquote ab.

KZV

Rubehn folgt Küchenmeister

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit neuem Vorstand

Neuer Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ist Dr. K. Ulrich Rubehn (Elmshorn). Rubehn, der sich als Gebührenexperte bundesweit einen Namen gemacht hat, wird vom wiedergewählten Vizepräsidenten Dr. Michel Brandt (Kiel) unterstützt. Der scheidende Präsident, Hans-Peter Küchenmeister, gehörte dem Vorstand

seit 25 Jahren an. Zwölf Jahre war er Vizepräsident, vier Jahre Präsident. Küchenmeisters Spezialgebiet war die Öffentlichkeitsarbeit, in der er bundesweit Akzente setzen konnte. Der 64jährige wird als Vorsitzender des Landesverbandes der Freien Berufe im Norden aktiv bleiben.

BZÄK-Klartext 04/09



Der neu gewählte Vorstand der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein: (v. l. n. r.): Dr. Joachim Hüttmann, Dr. Michael Brandt (Vizepräsident), Dr. Kai Voss, Dr. K. Ulrich Rubehn (Präsident) und Dr. Gerald Hartmann.

Anzeige

Beratungs-, Versicherungs- und Finanzdienstleistungen

Alles aus einer Hand

Mit exakt zugeschnittenen Lösungen betreuen wir Sie in jeder Berufs- und Lebensphase. Denn wir haben uns seit Jahrzehnten auf die entscheidenden wirtschaftlichen Fragen der Ärzte spezialisiert.

Unsere umfassenden Leistungen:

- berufliche und private Finanzplanung
- Beratung und Vermittlung von Altersvorsorge, Versicherungen, Finanzierungen, Kapitalanlagen
- Niederlassungsplanung
- betriebswirtschaftliche Beratung
- Praxisvermittlung

Interessiert? Dann informieren Sie sich jetzt!

Deutsche Ärzte Finanz

Beratungs- und Vermittlungs-AG

Wilfried König Dipl.-Jurist
Certified Financial Planner
Georg-Büchner-Str. 13 · 18055 Rostock
Telefon: 03 81/2 01 59 64 · Telefax: 03 81/2 01 59 62

Bianca Kraus

Finanzberater für Heilberufe
Georg-Büchner-Str. 13 · 18055 Rostock
Telefon: 03 81/2 01 59 63 · Telefax: 03 81/2 01 59 62



EU-Abstimmung

BZÄK zwiespältig bei Patientenrechterichtlinie

Als zwiespältig sieht die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) das Ergebnis der Abstimmung des Europäischen Parlaments (EP) am 23. April zur Patientenrechterichtlinie an. Intention dieser europäischen Initiative ist die Verstärkung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der Europäischen Union, zum Beispiel durch eine europaweite Sicherstellung der Kostenerstattung für Patienten. Dieser Ansatz wird von den deutschen Zahnärzten ausdrücklich unterstützt. Auch der Vorschlag des EP, nach dem der Patient künftig dem Recht des Landes unterliegt, in dem er behandelt wird (sog. Behandlungsmitgliedstaatsprinzip), sowie die Beteiligung der Selbstverwaltung der Heilberufe bei der Ausgestaltung der Richtlinie werden begrüßt. Positiv wird außerdem die Abschaffung der Vorabgenehmigung beim stationären Aufenthalt im Ausland gewertet.

Kritisch hingegen beurteilt die BZÄK u. a. die Vorschläge zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten und zur Weiterbehandlung im Inland nach eventuell missglückter Behandlung im Ausland. Darüber hinaus wehrt sich die BZÄK gegen jegliche Versuche, von der europäischen Ebene aus Einfluss auf die Gebührenstrukturen in den Mitgliedstaaten zu nehmen.

„Auch wenn einige Aspekte der Abstimmung von uns mitgetragen werden können, sind wir der Auffassung, dass es einer ausführlicheren Folgenabschätzung vor der entscheidenden Abstimmung im EP bedurft hätte. Bei zu vielen Forderungen des EP ist noch überhaupt nicht absehbar, zu welchen praktischen Folgen dies in den Mitgliedstaaten führt“, so BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. Die BZÄK behalte es sich daher vor, entsprechende Änderungen nach Beendigung der Diskussionen auf Ebene des Ministerrates gegebenenfalls in der zweiten Lesung in Brüssel durchzusetzen, so Engel weiter.

BZÄK

Abrechnung schnell übers Netz

Vorteile für Online-Abrechnung bei der KZV überzeugen

Laut aktueller Zahlen nutzen zwei Drittel aller Deutschen das Internet. Regelmäßig und lange. Täglich zwei Stunden und 20 Minuten verbringen Internetnutzer im Durchschnitt im Netz. Tendenz steigend. Ob Bankgeschäfte, shoppen oder telefonieren, chatten mit Freunden im In- und Ausland, alles kein Problem und schnell zu machen. Das Internet bekommt einen immer größeren Stellenwert und kaum jemand schafft es, auf diese Errungenschaften zu verzichten. Diesen Trend nutzt die KZV auch für das Abrechnungsgeschehen. Neuestes Angebot: Einfache

Online-Einreichung der Leistungsarten „KCH“, „KFO“ und „ZE“. Immer mehr Zahnarztpraxen nutzen die Möglichkeit bereits und sind zufrieden. Zu erreichen ist das Service- und Abrechnungsportal über den Menüpunkt „Serviceportal“ auf den Internetseiten der KZV Mecklenburg-Vorpommern und direkt über www.kzvmv.de/service.

Für Fragen steht Daniel Scheffe unter der Telefonnummer 0385/5492135 oder per E-Mail unter: edv@kzvmv.de zur Verfügung.

KZV

Schon alle Punkte zusammen?

Nachweispflicht zur Fortbildung läuft aus

83 Prozent aller Zahnarztpraxen im Land haben daran gedacht. Seit 30. Juni 2004 galt es erstmals, Fortbildungspunkte zu sammeln. Jetzt ist der vorgeschriebene Fünf-Jahres-Zeitraum um. Bis spätestens 30. Juni müssen alle Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber der KZV 125 Fortbildungspunkte nachweisen und dokumentieren, dass sie fachlich auf dem neuesten Stand sind.

So will das der Gesetzgeber in § 95 d des SGB V. Eine eigentlich unnötige Regelung. Denn das große

Engagement von Zahnärzten und deren Praxisteams in der Fortbildung ist weit über den Berufsstand hinaus bekannt.

Dennoch sind einige Praxen dieser Vorgabe bislang nicht gefolgt. Es bleibt nur noch wenig Zeit, um dies nachzuholen. Denn: Die KZV hat vom Gesetzgeber auch die Verpflichtung auferlegt bekommen, bei fehlenden Fortbildungsnachweisen die verordneten Honorarkürzungen durchzuführen.

KZV

Zahnzusatzversicherungen

Kostenlose Infografik von proDente abrufbar

Festzuschuss, Bonusheft, Zahnzusatzversicherung oder Heil- und Kostenplan: Wenn es um die Kosten von Zahnersatz geht, wird es manchmal kompliziert. Dennoch wollen die Deutschen nach einer aktuellen Umfrage weiter in schöne und gesunde Zähne investieren. Mit einigen Tipps können Patienten dabei ihr Portemonnaie schonen. Regelmäßige Zahnarztbesuche spielen hier eine wichtige Rolle. Selbst Steuern können mit Zahnersatz eingespart werden. Und wer weiß schon, dass ab bestimmten, niedrigen Einkommen die Festzuschüsse der Krankenkas-

sen glatt verdoppelt werden. Doch Vorsicht: Zahnersatz zum Nulltarif ist zumeist Bauernfängerei.

Das Thema Versicherungen erklärt die Initiative proDente jetzt mit einer neuen Infografik (Hinweis: Ausdruck auf zweiter Umschlagseite). Zahnärzte und Zahntechniker können die einseitige Übersicht für ihre Patienten ausdrucken und in die Praxen auslegen. Die Dateien können im Internet unter <http://www.pro-dente.de/1404.0.html> heruntergeladen werden. Einmalige Anmeldung genügt.

Initiative proDente e.V.

Nachruf auf Dr. Torsten Heydenreich

Wer ihn gekannt hat, weiß, was wir verloren haben

Dr. Torsten Heydenreich ist tot. Der Zahnarzt und Kieferorthopäde starb am 4. Mai an den Folgen einer aggressiven Krebserkrankung im Alter von nur 47 Jahren in Rostock.

Es gibt Menschen, von denen man sich gar nicht vorstellen kann, dass sie überhaupt sterben. Sie haben so viel Elan, neue Ideen und brauchen einfach Zeit, um alle Pläne und Träume noch in die Tat umsetzen zu können. Zu diesen Menschen zählte Torsten Heydenreich.

Der gebürtige Haldenslebener studierte nach seinem Abitur von 1982 bis 1987 Zahnmedizin in Rostock. Nach dem Abschluss als Diplomstomatologe und zweijähriger Fachzahnarztausbildung bei der NVA in Sanitz, war ihm klar, er wollte zukünftig seinen Schwerpunkt auf die Kieferorthopädie legen. Ab 1989 qualifizierte er sich zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, erhielt 1994 die Promotion in Rostock. Mit einem Kollegen betrieb er seit 1993 eine Gemeinschaftspraxis in der Hansestadt.

Die tägliche Arbeit in der Praxis reichte ihm irgendwann nicht mehr aus. Das war vor etwa zwölf Jahren. Er begann sich über sein eigenes Unternehmen hinweg, für die Belange der Kollegen zu engagieren. 1997 erwarb sich Torsten Heydenreich das Vertrauen der Zahnärzteschaft und wurde in die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gewählt. Von dort engagierte er sich u. a. im Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung und im Fachausschuss für Kieferorthopädie.

Torsten Heydenreich hatte die



Dr. Torsten Heydenreich

Gabe, Türen zu öffnen und Menschen zu gewinnen. Er war diplomatisch und konnte dennoch für Standpunkte kämpfen. Mit ihm verlieren wir einen großartigen Kollegen und Freund, der über Fachgrenzen hinaus gedacht hat. Sein Engagement für den zahnärztlichen Berufsstand war beispielgebend. Dieser Tod hinterlässt eine sichtbare Lücke in den Reihen der Zahnärzteschaft, insbesondere in der kieferorthopädischen Versorgung.

Die Mitglieder des Vorstands sowie der Vertreterversammlung und die Zahnärzteschaft unseres Landes trauern um Torsten Heydenreich. Unser tiefes Mitgefühl und unsere Hilfe gelten der Familie. Er wird uns sehr fehlen.

**Die Zahnärzteschaft
Mecklenburg-Vorpommern
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**

Anzeige

Praxiseinrichtungen

- Planung, Fertigung, Montage
- Um- und Ausbauleistungen
- Behandlungszeilen

Klaus Jerosch GmbH
 Tel. (030) 29 04 75 76
 Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
www.jerosch.com



Kooperationsvertrag unterzeichnet

Ausstattung aller Grund- und Förderschulen in Mecklenburg-Vorpommern

Epidemiologische Studien belegen, dass jedes zweite Kind vor dem 16. Lebensjahr ein Zahntrauma erleidet. Zu über 70 Prozent werden dabei die mittleren Schneidezähne des Oberkiefers verletzt. Neben den Verletzungen der Zahnhartsubstanz mit oder ohne Beteiligung des Zahnnervens bzw. der Zahnwurzel, Zahnlockerung und Stellungsveränderung der Zähne ist der vollständig verloren gegangene Zahn

sorgung mit schwierigen ästhetischen Ergebnissen, als auch psychischen Beeinträchtigungen für die Geschädigten. Fast immer kommt es in der Folge der Behandlungen zu weiterem Verlust von Zahn- oder Knochengewebe. Solche Verletzungen entstehen nicht selten in Schuleinrichtungen. Wissenschaftlich belegt ist, dass bei schnellstmöglicher Einbringung von Zahnbruchstücken oder verloren gegangenen Zähnen in

auch vollständig verloren gegangene Zähne zumeist erfolgreich replaziert bzw. replantiert werden können, ist die Ausrüstung der Grund- und Förderschulen unseres Bundeslandes mit Zahnrettungsboxen ein wichtiges Anliegen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist dieses Vorgehen effizient und vermeidet aufwendige Versorgungen von Spätfolgen.



Am Rande der 5. Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2009 wurde am 8. Mai in Rostock von Präsident Dr. Dietmar Oesterreich und dem Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Volker Möws, ein Kooperationsvertrag zur Ausstattung der Grund- und Förderschulen unseres Bundeslandes mit Zahnrettungsboxen unterzeichnet.

die schwerste Zahnverletzung für den Patienten. Ursachen eines Zahntraumas können beispielsweise ein Sturz, ein Schlag oder ein sonstiger Unfall sein. Folgen eines Zahntraumas sind oftmals eine lang anhaltende zahnärztliche Ver-

das Nährmedium einer Zahnrettungsbox die Chancen für eine erfolgreiche Replazierung und damit die Vermeidung von größeren Folgeschäden für den Patienten erheblich steigen. Da bei korrektem Verhalten Bruchstücke als

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat nunmehr mit der Techniker Krankenkasse einen Kooperationsvertrag zur Ausstattung der Grund- und Förderschulen des Landes mit Zahnrettungsboxen abgeschlossen. Der Vertrag wurde am Rande der 5. Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2009 am 8. Mai in Rostock von Präsident Dr. Dietmar Oesterreich und dem Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Volker Möws, unterzeichnet.

Geplant ist, mit Unterstützung des Kultusministeriums die Grund- und Förderschulen des Landes zu Beginn des neuen Schuljahres mit Zahnrettungsboxen auszustatten.

Die Techniker Krankenkasse wird die Kosten für den Kauf der Zahnrettungsboxen tragen und für Ersatz bei Gebrauch oder Verfall in den nächsten drei Jahren sorgen. Die Zahnärztekammer wird im Rahmen ihrer internen und externen Öffentlichkeitsarbeit auf dieses gemeinsame Projekt hinweisen und es durch fachliche Expertise fördern.

Die Möglichkeit der Evaluation des Projektes wird noch diskutiert.

ZÄK M-V

Zahnpasta: Markenprodukte schlecht

Test: Viele Zahncremes enthalten schädliche Inhaltsstoffe

Eine gute Zahnpasta sollte Karies vorbeugen – sie sollte aber auch frei von Schadstoffen sein. Pasten gibt es viele – doch welche ist die beste? Das Magazin „Öko-Test“ hat 36 Zahnpasten ins Labor geschickt und auf bedenkliche oder umstrittene Inhaltsstoffe untersuchen lassen. Das Ergebnis: Einige große Marken fallen wegen bedenklicher Inhaltsstoffe durch, viele Discounter-Pasten schneiden gut ab.

Von den 36 getesteten Zahnpasten schnitten 14 Produkte sehr gut ab, sie sind somit bedingungslos empfehlenswert. Neben bekannten Marken wie Lavera, Elmex und El-Cemed brillant 40 Vital waren auch 11 preiswerte Hausmarken von Discountern und Drogeriemärkten unter den Testsiegern. Knapp ein Viertel der Produkte landete mit befriedigend im Mittelfeld.

Wünschenswerter Zusatz: Fluorid
Ein weiteres positives Ergebnis im Test: Fast alle Pasten enthalten Fluoride.

Wünschenswert ist der Zusatz von 1000 bis 1500 Milligramm pro Kilogramm. Nur eine „Bio-Zahncreme“ gibt es auch mit Fluorid: Die sehr gut getestete Lavera Basis Sensitiv Zahncreme Mint.

Öko-Test

Service der KZV M-V

Nachfolger gesucht

Gesucht wird ein Zahnarzt als Nachfolger für eine allgemeinärztliche Praxis im Planungsbereich Neubrandenburg sowie ein Zahnarzt im Planungsbereich Rügen. Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der KZV M-V erfahren (Tel.: 0385-54 92-130 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 Vorbereitungsassistent/ Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt
- Praxisabgabe
- Praxisübernahme
- Übernahme von Praxisvertretung

Sitzungstermin des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am 16. September 2009 (**Annahmestopp von Anträgen: 26. August 2009**) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Mecklenburg-Vorpommern, Wis-

marsche 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:

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

Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam)

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

Ende der Niederlassung

Gudrun Jesse
Zahnärztin
Bahnhofstraße 09
18190 Sanitz

Dr. med. dent. Renate Friedrich
Zahnärztin
Willem-Barents-Str. 6
18106 Rostock

Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes

Marianne Bürenheide, niedergelassen in 18055 Rostock, Lange Straße 6, beschäftigt ab 1. Juni Erik Tiede als ganztags angestellter Zahnarzt.

Dr. med. Klaus-Dieter Groth, niedergelassen in 18057 Rostock, Am Trotzenburger Weg 14, beschäftigt ab 1. Juni Astrid Kannenberg als ganztags angestellte Zahnärztin.

Praxisveränderung

Die Praxis von Dr. med. Bodo Böttcher in 23946 Boltenhagen, Ostseeallee 32, wird ab 1. Juli von Dr. med. Bernd Czieschnek in Boltenhagen, Ostseeallee 22, weitergeführt.

Angebote zur Fortbildung



Ich melde mich an zum Seminar:

- Einführung in Windows Vista am 10. Juni 2009, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

PC-Schulungen

Referent: Andreas Holz, KZV M-V
Wo: KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
Punkte: 3
Jeder Teilnehmer arbeitet an einem PC.
Gebühr: 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorb.-Ass. und Zahnarzhelferinnen

Einführung in Windows Vista

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

Wann: 10. Juni 2009, 16 – 19 Uhr

KZV M-V, Tel: 0385-54 92 131
Fax-Nr.: 0385-54 92 498
Ansprechpartnerin: Antje Peters
E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de

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

Unterschrift, Datum

Stempel

Was Zahnärzte und Kardiologen verbindet

75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Mannheim

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) tagte vom 16. bis 18. April im Rosengarten in Mannheim und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden vom 18. bis zum 22. April.

Nachdem die DGP-Jahrestagung 2008 in bislang einmaliger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) die Thematik parodontale und Allgemeingesundheit bearbeitet hatte, war die DGP in Mannheim und in Wiesbaden mit einem Satellitensymposium bei den Kardiologen und Internisten zu Gast. Erneut ein absolutes Novum.

Zahnärzte treffen sicherlich häufig Kardiologen und Internisten. Allerdings zumeist in Situationen, in denen der eine Patient des anderen ist. Dies sollte nicht das Thema in Mannheim sein. Was muss der Kardiologe und Internist über seine Patienten vom Zahnarzt wissen und umgekehrt? Welchen Einfluss haben orale/parodontale Erkrankungen auf das Herz-Kreislauf-System? Können parodontale Prävention und Therapie einen Beitrag zur kardiovaskulären Gesundheit unserer Patienten leisten? Unter dem Vorsitz von Prof. Georg Ertl (Innere Medizin, Universität Würzburg) und Prof. Peter Eickholz (Parodontologie, Universität Frankfurt am Main) sollten Antworten auf diese Fragen gefunden werden.

In Wiesbaden gab es nochmals eine Wiederholung zu demselben Themenkomplex. Prof. Maisch aus Marburg referierte zum Thema Endokarditis und Professor Dr. Thomas Kocher (Universität Greifswald)

sprang für den erkrankten Professor Maurizio S. Tonetti (Bogliasco, Italien) ein.

Fragen des Zahnarztes an den Kardiologen

Prof. Ulrich Schlagenhauf (Universität Würzburg) erläuterte die Mundhöhle als Eintrittspforte in den Organismus mit den Zähnen als einzigartigen Festkörpern, die singulär im menschlichen Organismus die Integrität der Körperhülle physiologisch durchdringen und deshalb besonderer Reaktionsmechanismen bedürfen, um ein Eindringen von Mikroorganismen in Bindegewebe und Knochen zu verhindern. In diesem Spannungsfeld von mikrobiologischer Exposition und der Reaktionslage des Wirts kommt es bei vielen Menschen früher oder zumeist später zu Entgleisungen der Infektabwehr, die Zerstörungen des Zahnhalteapparates und schließlich im ungünstigsten Fall Zahnverluste zur Folge haben. Die chronische Entzündung Parodontitis hängt einerseits von der Reaktionslage des Gesamtorganismus ab, kann aber andererseits über Ausbreitung von Mikroorganismen (Bakteriämie) und Entzündungsmediatoren den Gesamtorganismus beeinflussen.

Leitlinien für die Endokarditisprophylaxe: Wird fehlende Evidenz durch fehlende Evidenz ersetzt?

Unter diesem provokativen Titel reflektierte Prof. Ferenc Follath (Universität Zürich, Schweiz) die aktuellen Empfehlungen. Von Veröffentlichung der Empfehlungen zur

Endokarditisprophylaxe der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC 2004) bis zu den Empfehlungen der Amerikanischen Fachgesellschaft (AHA) im Jahr 2007 hat sich die Evidenzlage zu diesem Thema nicht erweitert. Geändert hat sich lediglich die Interpretation der vorhandenen Daten. Der Referent stellte die Zurückhaltung bei der Antibiotikaprophylaxe in den aktuellen Leitlinien in Frage und konstatierte dringenden Bedarf für valide Daten als Entscheidungsgrundlage für zukünftige Empfehlungen. Die Abwägung zwischen dem Risiko einer Endokarditis bei Unterlassung einer antibiotischen Abschirmung und dem Risiko eines allergischen Schocks nach Verabreichung einer Antibiotikaprophylaxe trägt letztlich der behandelnde Arzt.

Kardiovaskuläres Risiko zahnärztlicher Eingriffe

Prof. Kocher erläuterte zu Beginn die Schwierigkeit, den Schweregrad von Parodontitis auf Patientenebene zu messen bzw. zu beschreiben. Das Ausmaß der Zerstörung kann sich von Zahn zu Zahn erheblich unterscheiden. Der Schweregrad der Entzündung drückt sich in der Taschentiefe, das Ausmaß der Zerstörung im Attachmentverlust aus. Ist die Zerstörung maximal weit fortgeschritten, geht der Zahn verloren und die Parameter Taschentiefe und Attachmentverlust können nicht mehr gemessen werden. In diesem Kontext ist es schwierig, das Ausmaß von Parodontitis mit z. B. kardiovaskulären Erkrankungsparametern zu korrelieren. Aus den umfangreichen Daten der seit ca. 10 Jahren im nordöstlichen Mecklenburg-Vorpommern laufenden Greifswalder SHIP-Studie (Study of Health in Pomerania) mit ca. 4000 Studienteilnehmern konnte Kocher dennoch Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad von Parodontitis und Intimadicke der Arteria Carotis oder Mortalität insbesondere bei Männern zeigen. Wenn Daten aus den Nachfolgeuntersuchungen vorliegen, können nicht nur Assoziationen beschrieben, sondern möglicherweise Aussagen zu Wechselwirkungen gemacht werden. Schwere Parodontitis könnte einer der Faktoren sein,

Anzeige

KERA-DENT

Gesellschaft für Dentaltechnik mbH

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



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

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

der die Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen begünstigt.

Parodontale Therapie und Gefäßentzündung

Lässt sich dieser kardiovaskuläre Risikofaktor Parodontitis therapeutisch so beeinflussen, dass das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen abnimmt? Prof. Tonetti konstatierte eingangs seines Referates, dass es plausibel ist, dass der gesamte Organismus einen entzündlichen Prozess vom Ausmaß einer schweren Parodontitis systemisch wahrnimmt. Bei Patienten mit Parodontitis ist das C-reaktive Protein (CRP), ein Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen, deutlich gegenüber parodontal Gesunden erhöht. Patienten mit Parodontitis haben ein 1,2 – 3,9-fach erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Aber Parodontitis teilt mit den Herz-Kreislaufkrankheiten gemeinsame Risi-

kofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Ernährung, Gesundheitsverhalten. Ist Parodontitis Folge der gleichen Risiken wie Herz-Kreislaufkrankungen oder selbst einer ihrer Mitverursacher? Diese Frage kann nur durch Interventionsstudien geklärt werden. Erste Ergebnisse zeigen, dass konsequente parodontale Therapie den CRP-Spiegel im Blut senkt und die Elastizität der Brachialarterie verbessert.

Fazit

Nach der gemeinsamen Tagung mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in 2008 konnte die DGP als Gast auf der Tagung der Deutschen Kardiologen bzw. Internisten den Dialog zwischen Parodontologie und Medizin fortsetzen. Viele Fragen sind noch unbeantwortet, aber beide Seiten erkennen Anknüpfungspunkte. Die Zahnärzte könnten wichtige Partner der Ärzte

in der Verbreitung von Information zu gesunder Lebensführung werden. Zahnärzte sehen große Teile der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr bereits lange bevor z.B. Herz-Kreislaufkrankungen sich manifestiert haben. Zu Zeitpunkten also, zu denen Primärprophylaxe noch möglich wäre. Setzen wir den Dialog im Interesse unserer Patienten also fort.

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhaut
Abteilung für Parodontologie
Klinik und Polikliniken für ZMK
Universität Würzburg
Pleicherwall 2
97070 Würzburg

Prof. Dr. Peter Eickholz,
Poliklinik für Parodontologie, Zentrum
der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
(Carolinum), Klinikum der Johann Wolfgang
Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Regelung des Schutzes vor nichtionisierender Strahlung

Bundesrat befürwortet Streichung der medizinischen Anwendung

Am 11. März passierten vier Gesetzentwürfe zur Neuordnung des Umweltschutzes das Bundeskabinett. Unter diesen vier Gesetzentwürfen befand sich auch das „Gesetz zur Regelung des Schutzes vor nichtionisierender Strahlung“. Dieses Gesetz besitzt aufgrund neuer verschärfter Anforderungen eine für die Zahnheilkunde nicht unerhebliche Brisanz.

Am 15. Mai wurde der Gesetzentwurf im Bundesrat beraten. Hierzu lagen dem Bundesrat über 300 Änderungsanträge vor, die sich u.a. auf die Herausnahme der Medizin und der Zahnmedizin aus dem Geltungsbereich des Gesetzes zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung bezogen. Der Bundesrat hat nunmehr in seiner Stellungnahme eine medizinische Anwendung nichtionisie-

render Strahlung aus dem Gesetzentwurf gestrichen.

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hatte im Vorfeld ebenso beim Sozialministerium und beim Umweltministerium unseres Bundeslandes auf die Korrekturbedürftigkeit des Gesetzentwurfes hingewiesen.

ZÄK M-V

Anzeige

Auch Beamte müssen Kassengebühr bezahlen

Auch Beamte müssen die seit 2004 erhobene Kassengebühr bezahlen. Das entschied das Bundesverwaltungsgericht jetzt. Die Gebühr verletze nicht die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten, die Höhe von zehn Euro pro Quartal sei zumutbar. Geklagt hatte ein Beamter, der sich dagegen wehrte, dass von den Erstattungen seiner Kassenbeiträge pro Quartal zehn Euro einbehalten wurden. Er sah darin einen Verstoß gegen Verfassungsrecht, weil der Dienstherr nicht ausreichend geprüft habe, ob er durch die Gebühr nicht unzumutbar belastet werde. Die erste Instanz hatte die Klage abgewiesen, in der zweiten Instanz hatte der Kläger recht bekommen. **änd**



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

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

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

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

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

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

Achtung: Fristablauf für Wintersemester teilweise schon Mitte Juli!

www.anwalt.info
Fax 030-266 79 661
Kanzlei@anwalt.info

BEMA-Abrechnungshinweise

Das beratende Gespräch bzw. Telefonat durch den Zahnarzt (2)

Geb.- Nr. Ä 1	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	Datum	Zahn	Leistung	Bemerkungen	Datum	Zahn	Leistung	Bemerkungen
		17.06.		01		20.09.		01	
			11	40			15	13a	o
Bew.- Zahl	9			31			17	13b	d o
				32		12.10.		Ä 1	
				34			27	13c	m o d
		28.06.	11	34		Bitte beachten!			
		05.07.	11	34		12.10.	Ä 1 ist abrechenbar, da die 18-Tage-Sperrfrist nach vorausgegangener Leistung von 01 <i>quartalsüberschreitend</i> vorüber ist		
		10.07.	11	35					
		15.07.	11	13a	1				
		20.07.		Ä 1					
			17	40					
				44					
		25.07.	17	38					

Punkt 6
Die Tatsache, dass sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume erstreckt (z.B. Wurzelbehandlung, Maßnahmen nach chirurgischen Eingriffen), berechtigt für sich allein den Zahnarzt nicht, in jedem neuen Abrechnungszeitraum die Nr. Ä1 abzurechnen.

Was ist ein Krankheitsfall?
Unter Krankheitsfall ist im Vertragszahnarztrecht die Behandlung einer bestimmten Krankheit ohne zeitliche Begrenzung auf ein bestimmtes Abrechnungsvierteljahr zu verstehen, z.B. Wurzelbehandlungen oder Nachbehandlungen nach chirurgischen Eingriffen.

Abrechnungsbeispiel zu Punkt 6:
17.06. Eingehende Untersuchung, Trepanation des Zahnes 11, evtl. unter Anästhesiemaßnahmen, Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, medikamentöse Einlage, provisorischer Verschluss
28.06. Medikamentöse Einlage, provisorischer Verschluss
05.07. Medikamentöse Einlage, provisorischer Verschluss
10.07. Wurzelkanalfüllung, provisorischer Verschluss
15.07. Einflächige definitive Füllung
20.07. Allgemeine Untersuchung, Beratung, unter Infiltrationsanästhesie Extraktion des Zahnes 17, Naht
22.07. Wundkontrolle
25.07. Wundkontrolle, Nahtentfernung

Bitte beachten!
05.07. Obwohl neuer Abrechnungszeitraum ist (gem. Bestimmung Punkt 7 wäre die quartalsüberschreitende 18-Tage-Sperrfrist vorüber), keine Ä 1 möglich, Wurzelbehandlung von Zahn 11 erstreckt sich über zwei Behandlungsquartale – ein Krankheitsfall; das bedeutet, keine erstmalige zahnärztliche Leistung an diesem Zahn im neuen Quartal
20.07. Ä 1 abrechenbar, Extraktion des Zahnes 17 – erste zahnärztliche Leistung im Quartal, Bestimmung Punkt 1 wird erfüllt

Punkt 7
Erstreckt sich ein Krankheitsfall über mehrere Abrechnungszeiträume (Quartale), so ist nach vorausgegangener Leistung nach Nr. 01 oder Ä1 die Nr. Ä1 im Folgequartal nur abrechnungsfähig, wenn zwischen der Leistung nach Nr. 01 oder Ä1 im Folgequartal ein Zeitraum von 18 Kalendertagen überschritten ist, es sei denn, die Behandlung in diesem Folgequartal geht über den nach Nr. 01 oder Ä1 erhobenen Befund hinaus.
Als alleinige Leistung ist die Nr. Ä1 immer berechenbar.

1. Abrechnungsbeispiel zu Punkt 7:
20.09. Eingehende Untersuchung, Befund: drei kariöse Zähne – 15, 17, 27, Füllungstherapie an den Zähnen 15 und 17
12.10. Allgemeine Untersuchung, Beratung, Füllungstherapie an Zahn 27
17.10. Füllungspolitur

2. Abrechnungsbeispiel zu Punkt 7:
23.06. Eingehende Untersuchung, Befund: zwei kariöse Zähne – 46, 47, Zahnsteinbildung, Füllungstherapie an den Zähnen 46 und 47, Patient wird zum 04.07. zur Füllungspolitur und Zahnsteinentfernung wiederbestellt
02.07. Patient erscheint vor dem vereinbarten Termin (die 18-Tage-Sperrfrist ist quartalsüberschreitend nicht vorüber), allgemeine Untersuchung, neuer Befund: Abszess am Zahn 11, eine Inzision unter Infiltrationsanästhesie erfolgt, Einlage eines Drains
04.07. Zahn 11 Wundkontrolle, Drainentfernung,
10.07. Füllungspolitur, Zahnsteinentfernung

Datum	Zahn	Leistung	Bemerkungen
23.06.		01	
	46	13c	m o d
	47	13c	m o d
02.07.	11	Ä 1	
		40	
		Ä 161	
04.07.		38	
10.07.		107	

Bitte beachten!
02.07. Ä1 ist abrechenbar, da die Inzision über den 01-Befund des Vorquartals hinausgeht

Punkt 8
Eine Beratung eines Kranken kann nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechnet werden. Sie ist jedoch dann während einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen

Zwecken dient.

Erläuterung zu Punkt 8:

Die Leistung der Ä 1 ist nach den BEMA- Bestimmungen berechenbar. Im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Abschlagsbehandlungen nach den Nrn. 119/120 ist die Ä1 nicht berechenbar. Die Beratung ist Bestandteil der Nrn. 119/120.

Die Beratung muss zweifellos über den Leistungsinhalt der Nrn. 119/120 hinausgehen.

Ä 1 Fernmündliche Beratung

Der Ansatz der Ä 1 für ein Ferngespräch ist nur möglich bei einer echten Beratung des Kranken (bzw. des Ehepartners, des Erziehungsberechtigten, u. a.) durch den Zahnarzt über sein notwendiges Verhalten.

Telefonische Terminabsprachen rechtfertigen nicht die Abrechnung der Ä 1.

Ebenso sind telefonische Ratschläge einer nichtzahnärztlichen Hilfskraft nicht als Ä 1 abrechnungsfähig.

Anders jedoch, wenn die Auskunft über das zukünftige Verhalten des Patienten auf Anweisung des Behandlers erfolgt; dann ist die Ä 1 berechenbar.

Ä 1 und Individualprophylaxe

Im Zusammenhang mit Individualprophylaxeleistungen kann die Ä 1 abgerechnet werden. Somit kann auch die erste zahnärztliche Leistung im Quartal die Individualprophylaxeleistung sein.

Voraussetzung ist allerdings, dass keine andere Abrechnungsbestimmung dagegen steht.

Nicht abgerechnet werden kann die Ä 1 neben der IP 4, siehe Abrechnungsbestimmung Nr. 5 zur FU.

Die Abrechnung der Ä1 erfolgt auf dem Erfassungsschein bzw. auf der KCH- Diskette; ebenso auf dem Kfo- Abrechnungsschein oder auf der Kfo- Diskette.

Erforderlich ist die Angabe des Datums und der Leistung, einzutragen in die Datumsspalte und in die Leistungsspalte. Bei mehr als einer Ä1 an einem Tag als alleinige Leistung, vorstellbar im Bereitschaftsdienst, ist jedes Mal das Datum der Sitzung anzugeben.

Die ordnungsgemäße Dokumentation der Ä 1 sowie durchgeführte Behandlungen einschließlich Aufklärung, Besonderheiten, Zwischenfälle und Abrechnungspositionen erfolgt in der Karteikarte, siehe hierzu juristischer Beitrag der KZV M-V in dens 12/ 2008.

Elke Köhn

Kurs: Fortgebildete ZAH/ZFA im Kfo-Bereich

Das Referat ZAH/ZFA der Zahnärztekammer möchte sich noch einmal gezielt an Zahnarztpraxen mit dem Schwerpunkt Kieferorthopädie wenden.

Die Zahnärztekammer ist bestrebt, in diesem Jahr einen Kurs „Fortgebildete Zahnarthelferin/ Zahnmedizinische Fachangestellte im Bereich der Kieferorthopädie“ zu organisieren und anzubieten. Gemäß Bundeskonsens kann der Praxisinhaber bestimmte Tätigkeiten an Praxispersonal mit spezieller

Fortbildung unter Berücksichtigung der objektiven Qualifikation und individueller Fähigkeiten und unter fachlicher Weisung und Kontrolle delegieren (Zahnheilkundegesetz).

Bei Interesse für die spezielle Fortbildung im kieferorthopädischen Bereich sollten die Bewerbungsunterlagen schriftlich im Referat ZAH/ZFA eingereicht werden. Um die Zulassungsvoraussetzungen überprüfen zu können, bitten wir folgende Unterlagen der Bewerber

hinzufragen: Anerkennungs- urkunde ZAH/ZFA/Stomatologische Schwester, Nachweis über Erwerb Zertifikat Strahlenschutz, Nachweis über eine einjährige Berufserfahrung.

Bei Rückfragen steht Annette Krause unter der Rufnummer 0385- 5 91 08-24 oder per E-Mail a.krause@zaekmv.de zur Verfügung.

Referat ZAH/ZFA

Anzeige

GÜSTROWER FORTBILDUNGSGESELLSCHAFT FÜR ZAHNÄRZTE

GFZa • Pfahlweg 1 • 18273 Güstrow • Tel. (0 38 43) 84 34 95 • E-Mail: info@gfza.de • web: www.gfza.de

„Endodontie kompakt“

Ein Seminar für Zahnärztinnen und Zahnärzte, in dem in kompakter Form alles vermittelt wird, was man in der modernen Endodontie wissen muss.

Referent: Prof. Dr. Rudolf Beer (Essen)

Mittwoch, den 07. Oktober 2009 von 14.00 – 20.00 Uhr in Güstrow

Kursgebühr: 260,- € inkl. MwSt., Punkte ZÄK: 8

Noch ist es nicht zu spät – Ausbilden lohnt sich!

Aufruf der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Mit der Ausbildung eines jungen Menschen übernehmen Sie nicht nur eine gesellschaftliche Verantwortung gegenüber den Jugendlichen. Selbst auszubilden lohnt und rechnet sich auch betriebswirtschaftlich, wie eine aktuelle Studie des Bundesinstituts für Berufsausbildung gerade erneut belegt: Schon in der Ausbildungszeit sind die Auszubildenden produktiv und tragen zum reibungslosen Ablauf in den Zahnarztpraxen bei. Diese Investition zahlt sich besonders aus, wenn Sie die Auszubildende anschließend auch übernehmen. Der Ausbilder hat drei Jahre Zeit, die Auszubildende kennen zu lernen. Die Ausbildungszeit bietet ausreichend Gelegenheit, um die Motivation und Eignung der Auszubildenden zu prüfen. Wer selbst ausbildet, spart sich Kosten für die Einarbeitungszeit, die durch Fehlbesetzungen entstehen. Unabhängig davon, ob eine Übernahme im späteren erfolgen kann, appelliert das Referat ZAH/ZFA der Zahnärztekammer an die Verantwortung, Jugendliche in eine betriebliche Ausbildung zu bringen und ihnen einen Einstieg in das Berufsleben zu ermöglichen. Es ist bekannt, dass auch viele Ausbildungsplätze unbesetzt bleiben, weil die Qualität der Bewerberinnen und Bewerber nicht ausreicht. Zahnärzte kritisieren diese mangelnde Ausbildungsreife zu Recht. Aber auch diesen jungen Menschen sollte man eine Chance geben, einen Beruf zu erlernen. Demografisch bedingt wird die Zahl der Bewerber in den nächsten Jahren drastisch zurückgehen. Es droht auch für die

Zahnarztpraxen ein massiver Fachkräftemangel.

Alle Zahnärzte sind aufgerufen, auch in diesem Jahr wieder möglichst viele Ausbildungsplätze in unserem Bundesland anzubieten. Mit Stand 14. Mai wurden 22 Neueintragen von Auszubil-

denden für das im September beginnende Ausbildungsjahr im Ausbildungsregister der Zahnärztekammer M-V verzeichnet. Dies sind 15 Ausbildungsplätze weniger als im Vorjahr.

Mario Schreen,
Referent ZAH/ZFA im Vorstand der
Zahnärztekammer M-V



Stand der Zahnärztekammer auf der Ausbildungsmesse Nordjob Schwerin 2009: Ausbildungsvermittlerin Sandra Bartke (hinten re.) führte 40 Beratungsgespräche zum Berufsbild der Zahnmedizinischen Fachangestellten durch.

Pilotprojekt zur Alterszahnheilkunde läuft

Wissenschaftliche Begleitung durch die Universität Greifswald

Zu einer Auswertung der ersten Ergebnisse des Pilotprojektes zur Alterszahnheilkunde (dens 4/2009, Seite 4-5) trafen sich am 29. April die beteiligten Schweriner Zahnärzte in der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer.

Wissenschaftlich wird das Pilotprojekt von Oberarzt Dr. Gerd Klinke von der Universität Greifswald begleitet und evaluiert. Dr. Klinke wertete die Befundbögen von zunächst 170 Konsultationen in Heimen der Schweriner Sozious gGmbH aus und demonstrierte anhand eines PowerPoint-Vortrages erste Ergebnisse mit durchaus interes-

santen Zusammenhängen. Die Studie erfasst im Sinne der Versorgungsforschung den apparativen und zeitlichen Aufwand von Heimbesuchen und der Betreuung älterer und immobiler Patienten. Darüber hinaus werden die Befunde der untersuchten Patienten zu Beginn des Projekts festgestellt und alle im Verlauf durchgeführten Maßnahmen gesondert dokumentiert. Die Auswertung soll Rückschlüsse und Empfehlungen für eine flächendeckende präventionsorientierte zahnärztliche Betreuung von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen erbringen und im

Ausgang helfen, gesundheitspolitische Rahmenbedingungen einzufordern und Finanzierungen von Heim- und Hausbesuchen zu verbessern.

Besonders zu danken ist den beteiligten niedergelassenen Zahnärzten aus Schwerin für deren Einsatz. Nach Abschluss des ersten Projektjahres wird über die dann vorliegenden umfassenden Ergebnisse ausführlich berichtet.

Dr. Holger Kraatz
Referent für präventive Zahnheilkunde,
Alterszahnheilkunde und zahnärztliche
Behindertenbehandlung
im Vorstand der Zahnärztekammer

Spezielle Handcreme schafft Abhilfe

Häufig klagen Zahnärzte und Praxispersonal über feuchte oder sogar nasse Hände beim Tragen von Schutzhandschuhen während der Behandlung. Die innovative Antitranspirant Handcreme der Jobré GmbH, Karbach soll dieses Problem deutlich lindern und sorgt somit für wesentlich angenehmeres Arbeiten.

Seit 15 Jahren entwickelt, produziert und beliefert das Unternehmen viele deutsche Hautfachkliniken mit Produkten zur therapiebegleitenden Hautpflege. Durch ständige Forschungen sei man in der Lage, den Kunden Produkte mit besten Qualitätsmerkmalen bereit zu stellen. In der Unternehmensinformation heißt es: „Einige Innovationen in den Bereichen der Problemhaut- und Schönheitspflege zählen zu unseren Referenzen“.

Die DermaCare Antitranspirant-Hand-



creme sei speziell für die Zielgruppe Zahnärzte, Ärzte, Operateure und Labortanten entwickelt worden. Damit setze

man nach langen und aufwendigen Entwicklungszeiten neue Maßstäbe für die Handpflege. Dieser Pionier bietet einen doppelten Effekt aus Schutz und Pflege. Beste Inhaltsstoffe sorgen für größte Ergiebigkeit, schnelles Einziehen und vermitteln kein klebriges oder nachfettendes Gefühl.

Das Unternehmen verzichtet aus der Verantwortung gegenüber seinen Kunden konsequent auf Konservierungsmittel, Parabene, schädliche, giftige oder hoch allergene Stoffe, heißt es.

Für Neukunden gebe es eine Sonderaktion mit 10 Tuben à 75 Milliliter zum Vorteilspreis.

Weitere Informationen:

Jobré GmbH
Telefon 09391 8472
www.jobre.de

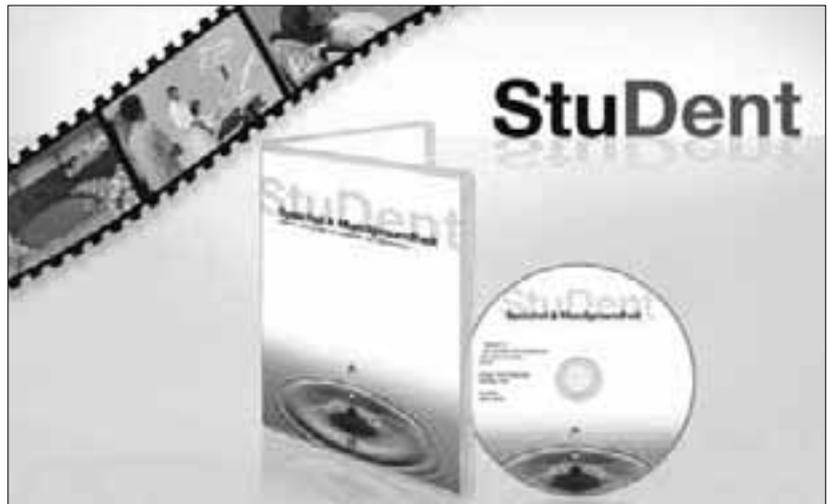
Innovativer Lehrfilm zum Thema „Speichel & Mundgesundheit“

Im Rahmen von StuDent, dem zahnmedizinischen Lehr- und Lernprogramm von Wrigley Oral Healthcare Programs, erscheint zum Sommersemester 2009 als neues, audiovisuelles Modul der Lehrfilm „Speichel & Mundgesundheit“ auf DVD. Beeindruckende Realbilder, moderne Animationen und schnell verständliche Grafiken sorgen für eine didaktisch überzeugende Umsetzung dieser anspruchsvollen Thematik.

Der Spannungsbogen des lehrplangerechten, rund 15-minütigen Films, der von Prof. Dr. Joachim Klimek aus Gießen moderiert wird, reicht von der Anatomie der Speicheldrüsen, der Physiologie des Speichels und den Folgen einer reduzierten Speichelbildung über prophylaktische sowie therapeutische Möglichkeiten bis hin zur Karies-Ätiologie. Anlässlich der Präsentation des neuen Lehrmediums betont Professor Klimek die Bedeutung des Speichels im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung: „Speichel rückt als natürlicher Präventionsfaktor in der Mundgesundheit immer mehr in den Blickpunkt. Dieser Film macht Funktion und Aufgaben des Speichels plastisch nachvollziehbar und ist deshalb ein ideales Motivationsinstrument für unsere Studenten – speziell beim Einstieg in den klinischen Studienabschnitt.“

Wissenschaftlich hochrangiges Herausbergremium

Auch zur filmischen Aufbereitung der Speichel-Thematik konnte die Mitwirkung von Hochschullehrern und Studenten aus ganz Deutschland gewonnen werden. Dem renommierten Herausbergremium gehören folgende Wissenschaftler an: Prof. Dr. Werner Geurtsen (Hannover), Prof.



Dr. Detlef Heidemann (Frankfurt), Prof. Dr. Elmar Hellwig (Freiburg), Prof. Dr. Reinhard Hickel (München), Prof. Dr. Andrej Kielbasa (Berlin), Prof. Dr. Adrian Lussi (Bern, Schweiz), Prof. Dr. Georg Meyer (Greifswald) und Prof. Dr. Lutz Stößer (Jena).

Unterstützung der universitären Präventivmedizin

Der Film wird sämtlichen zahnmedizinischen Fakultäten Deutschlands kostenlos zugesendet und kann zusätzlich von interessierten Hochschullehrern per Fax unter 089/33 03 64 03 kostenlos angefordert werden. Darüber hinaus können Mediziner Sequenzen des Films im Internet einsehen. Ziel des Ende Oktober 2007 in ganz Deutschland eingeführten Lehr- und Lernprogramms StuDent zum Thema „Speichel und Mundgesundheit“ ist die Förderung

der Präventionsorientierung in der zahnmedizinischen Berufsausbildung. Die ersten beiden Module, eine Vorlesung für Dozenten sowie ein Skript für Studenten, sind bereits von der Mehrzahl der Hochschulen in den Lehrplan implementiert, in einigen Fällen sogar als E-Learning-Programm.

Wrigley Oral Healthcare Programs wurde 1989 von der Wrigley GmbH zur Förderung der zahnärztlichen Präventivmedizin in Deutschland gegründet. Ziel ist es, die Kariesprophylaxe in Forschung und Praxis sowie die Gruppenprophylaxe zu fördern. Weltweit ist das Programm in 47 Ländern vertreten.

Weitere Informationen:

Wrigley GmbH
Telefon: 089 38859948
www.wrigley-dental.de

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

Urlaubsabgeltung bei lang andauernder Erkrankung

Neues Urteil des Bundesarbeitsgerichts

Nach dem Bundesurlaubsgesetz ist der Urlaubsanspruch grundsätzlich in natura zu gewähren, d. h. durch Gewährung bezahlter Freistellung. Nur ausnahmsweise kommt eine finanzielle Abgeltung in Betracht. Ausdrücklich geregelt ist eine derartige Ausnahme in § 7 Abs. 4 des Bundesurlaubsgesetzes, wonach Urlaub, der wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses ganz oder teilweise nicht mehr gewährt werden kann, abzugelten ist. Gleichzeitig ist in § 7 Abs. 3 des Bundesurlaubsgesetzes festgelegt, dass der Urlaub im laufenden Kalenderjahr gewährt und genommen werden muss. Eine Übertragung des Urlaubs auf die ersten drei Monate des folgenden Kalenderjahres ist ausnahmsweise nur dann statthaft, wenn dringende betriebliche oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe dies rechtfertigen.

Daraus hat die Rechtsprechung bisher abgeleitet, dass ein finanzieller Abgeltungsanspruch des Arbeitneh-

mers bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses dann nicht besteht, wenn der Arbeitnehmer bis zum Ende des Übertragungszeitraums, also bis zum 31. März des auf das Urlaubsjahr folgenden Jahres arbeitsunfähig erkrankt war. Diese Auffassung wurde damit begründet, dass der Urlaub in diesem Fall nämlich auch dann nicht mehr hätte abgenommen werden können, wenn das Arbeitsverhältnis fortbestanden hätte, da beispielsweise der Urlaubsanspruch aus dem Jahre 2008 endgültig am 31. März 2009 verfallen wäre.

Diese Auffassung hat das Bundesarbeitsgericht nunmehr geändert. Durch Urteil vom 24. März hat es entschieden, dass Arbeitnehmer auch dann einen Anspruch auf Abgeltung des gesetzlichen Urlaubs haben, wenn der Urlaubsanspruch aufgrund krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende des Urlaubsjahres oder Übertragungszeitraums nicht mehr abgenommen werden kann. Mit

diesem Urteil hat das Bundesarbeitsgericht auf eine aktuelle Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs reagiert.

Für die Praxis bedeutet dies, dass dem Mitarbeiter, der aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet, selbst dann noch bestehende Urlaubsansprüche finanziell abzugelten sind, wenn er bis zum Ablauf des Übertragungszeitraums, d. h. bis zum 31. März des auf das Urlaubsjahr folgenden Jahres, arbeitsunfähig erkrankt ist. Fraglich und bisher nicht abschließend geklärt ist, ob die neue Rechtsprechung auch bedeutet, dass bei ungekündigten Arbeitsverhältnissen Urlaubsansprüche, die wegen Arbeitsunfähigkeit bis zum Ablauf des 31. März des Folgejahres nicht abgenommen werden können, auch darüber hinaus erhalten bleiben oder wie bisher verfallen.

Rechtsanwalt Peter Ihle
Hauptgeschäftsführer ZÄK M-V

Narkose bei schwerer Kinderkaries wieder planbar

Budgetierung für ambulante Narkosen vorerst aufgehoben

Der Bundesverband der Kinderzahnärzte (BuKiZ), die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DKG) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) haben mit ihren gemeinsamen Protesten einen Teilerfolg erzielt: Ab dem 1. Juli werden die dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Narkoseleistungen für Zahnbehandlungen aus dem Budget herausgenommen, das seit Januar dieses Jahres gilt. Die damit verbundene drastische Honorarabsenkung hatte dazu geführt, dass insbesondere Kinderzahnärzte Probleme bekamen, Anästhesisten zu finden, die sich in der Lage sahen, für nichtkostendeckende Honorare zwischen 29 und 49 Euro kleine Patienten unter Narkose zu behandeln.

Ende des Jahres 2008 hatten die Verbände erstmals Alarm geschlagen. „Das ist ein wichtiger Zwischenschritt“, sagte BuKiZ-Präsidentin Dr. Johanna Kant. Die qualitativ gute Versorgung von Kleinkindern

mit schweren kariösen Gebisszerstörungen und erblichen Zahnkrankheiten, aber auch von extrem ängstlichen und behinderten Kindern lasse sich nun wieder planen und mittelfristig sicherstellen. Bis zu 15 Prozent der Kleinkinder in Deutschland leiden an schweren Zahnproblemen, die oftmals ohne ambulante Narkosen nicht behoben werden können. Betroffen sind zirka 70 000 Kinder pro Geburtsjahrgang.

Gleiches Honorar für alle ambulanten Narkosen

Die Kinderzahnärzte sind aber noch nicht zufrieden. „Es ist notwendig, die Honorierung sämtlicher ambulanter Narkosen zu vereinheitlichen, damit die Anästhesisten uns Zahnärzten ausreichend Leistungen anbieten und wir unseren Sicherstellungsauftrag auch langfristig erfüllen können“, fordert Dr. Kant. Sie weist auf aktuelle Wartezeiten von mehreren Monaten für Anästhesie-

Leistungen in der zahnärztlichen Behandlung. „Das ist unzumutbar für unsere Patienten. In den meisten Fällen muss schnell behandelt werden, um irreparable Schäden für Gebiss und Kiefer und damit auch hohe Folgekosten für die Solidargemeinschaft zu vermeiden. Ausgerechnet Kinder und behinderte Patienten dürfen nicht die Leidtragenden des Gesundheits-sparkurses sein“, betonte die BuKiZ-Präsidentin und erinnerte an die UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 24: „Kinder haben ein Grundrecht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“

Fallbeispiele zahngeschädigter Kinder, mehr Informationen über die betroffenen Patientengruppen sowie weitere Details zur Arbeit der Kinderzahnärzte: www.kinderzahnärzte.de.

BuKiZ

Komplikationen bei der endodontischen Behandlung

Klinisches Erscheinungsbild und Therapieansätze

In nahezu allen Schritten des endodontischen Behandlungsablaufes, von der Anästhesie bis hin zur Wurzelfüllung, können mehr oder weniger schwere Komplikationen auftreten. Im folgenden Beitrag werden zu jedem Arbeitsschritt der Wurzelkanalbehandlung die häufigsten Komplikationen mit ihrem klinischen Erscheinungsbild und Therapieansätzen erläutert.

Anästhesie

Insbesondere bei der endodontischen Notfallbehandlung sind Zähne häufig nicht ausreichend zu anästhesieren. Man spricht vom „hot tooth“. Trotz Anästhesie treten starke Schmerzen während der Behandlung auf. In diesen Fällen sind modifizierte Anästhesietechniken notwendig. Vor allem bei der Behandlung irreversibler akuter Pulpitiden ist mit einer unzureichenden Anästhesietiefe und entsprechend schmerzhaften Behandlungssitzungen zu rechnen. Doch auch bei Zähnen mit nekrotischem Pulpa-gewebe können noch funktionsfähige Nervenfasern während der Sondierung oder Aufbereitung Schmerz-sensationen hervorrufen. Die Degeneration der Nervenfasern schreitet in diesen Fällen offenbar langsamer voran als die des übrigen Gewebes. In einer Untersuchung von Zähnen, die eine negative Sensibilitätsprüfung auf Kälte aufwiesen, konnten in 14 von 48 Proben funktionstüchtige Nervenfasern nachgewiesen werden. Die Dauer und Intensität der Anästhesie hängen von der individuellen Reaktion des Patienten auf die Anästhesie, von der Qualität der Anästhesietechnik, dem Zustand der zu anästhesierenden Gewebe, der Anatomie der zu anästhesierenden Region und von der Art der Injektion (Infiltrationsanästhesie, Leitungsanästhesie etc.) ab.

Die Behandlung sollte erst bei einer ausreichenden Anästhesietiefe begonnen werden. D.h. es sollten keine Spontan- oder Perkussionsschmerzen vorliegen. Zudem sollte keine Temperaturempfindlichkeit bei Anwendung von Winkelstückkühlung oder Luftbläser mehr zu beobachten sein. Häufig wird bei der Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior die Taubheit der Lippe als ausreichende



Abb. 1a: Ausgangsröntgenaufnahme vor Revision des Zahmes 26



Abb. 1b: Diffuse Kalzifikation. Nach Darstellung des palatinalen, mesio- und distobukkalen Kanaleingangs und Entfernung des Wurzelkanalfüllmaterials imponiert eine diffuse Kalzifikation am Pulpaboden und Reizdentin mesial.

Anästhesietiefe erachtet. Die Taubheit der Lippe ist als Kriterium jedoch unzureichend. Die Behandlung sollte nicht begonnen werden, so lange die Schmerzsymptomatik noch mit anderen Mitteln provozierbar ist.

Die Applikation von Devitalisierungsmitteln ist nicht mehr zeitgemäß. Die paraformaldehydhaltigen Pasten sollen zu einer schmerzlosen „Mumifizierung“ des Gewebes führen. Nicht nur wegen der Toxizität solcher Pasten, sondern auch aufgrund einer potenziellen Allergisierung und einer möglichen genotoxischen und kanzerogenen Wirkung formaldehydhaltiger Präparate sollte die Anwendung von Devitalisierungsmitteln unterlassen werden. In der Literatur wird von Schädigungen des Parodonts bis hin zum Zahnverlust, Schäden des Nervus alveolaris inferior und Nekrosen des angrenzenden Knochens berichtet.

Wenn trotz ausreichender Wartezeit und Erhöhung der Dosis von einer auf zwei Ampullen keine ausreichende Anästhesietiefe erreicht werden



Abb. 1c: Zugangskavität nach Entfernung des kalzifizierten Gewebes und Darstellung des zweiten mesiobukkalen Kanals unter dem in Abb. 1b weiß bis gelblich erscheinenden Reizdentin.



Abb. 1d: Postoperative Röntgenkontrolle am Pulpaboden und Reizdentin mesial.

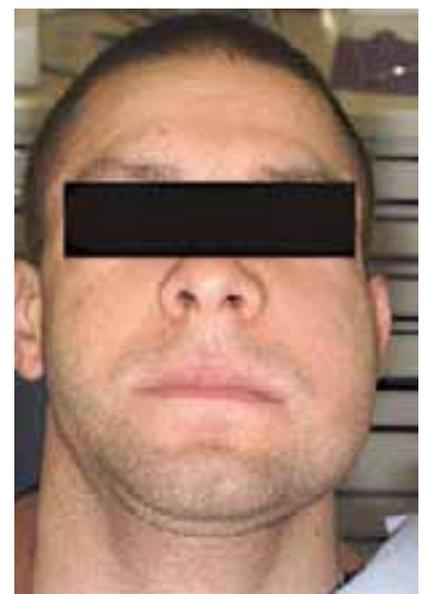


Abb. 2: Spülzwischenfall; Situation zwei Tage nach Überpressen von Natriumhypochlorit bei der endodontischen Behandlung des Zahmes 22. Die Schwellung reicht bis zum Unterlid.

kann, sollte ein zusätzliches Depot in Form einer Infiltrationsanästhesie von palatinal bzw. lingual auf Höhe der Wurzelspitze verabreicht werden. Besonders bei Oberkiefermolaren mit weit gespreizten Wurzeln kann eine separate palatinale Injektion hilfreich sein.

Zusätzlich zur Leitungs- und Infiltrationsanästhesie kann eine intraligamentäre Anästhesie zum Einsatz kommen, bei der mit Hilfe eines Druckspritzensystems ca. 0,2 bis 0,3 ml pro Wurzel direkt in den Parodontalspalt injiziert werden. Dabei wird nach maximaler Eindringtiefe der Nadel langsam und mit mäßigem Druck bei spürbarem Gegendruck injiziert.

Die Ausbreitung des Anästhetikums erfolgt intraossär. Die Wirkung tritt in der Regel sofort ein. Als Nachteile sind das Auftreten einer kurzzeitigen einstichbedingten Bakteriämie, eine mögliche postoperative Aufbissemöglichkeit und mögliche Schädigungen des parodontalen Stützgewebes zu berücksichtigen. Aufgrund der möglichen Bakteriämie werden Parodontalerkrankungen teilweise als Kontraindikation für eine intraligamentäre Anästhesie betrachtet.

Als sehr wirksam für endodontische Behandlungen hat sich eine intraossäre Anästhesie erwiesen. Hierfür wird eine spezielles Spritzensystem verwendet, bei der die Kortikalis von

vestibulär perforiert wird (z. B. X-Tip, Dentsply DeTrey, Konstanz).

Eine intrapulpa Injektion ist nach nicht ausreichender Anästhesietiefe nach Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie meistens sehr hilfreich. Nach kleinflächiger Eröffnung des Pulpadaches wird die Injektionsnadel so tief wie möglich in das Kavum vorgeschoben. Dieser Vorgang ist in der Regel für den Patienten kurzzeitig schmerzhaft. In den meisten Fällen tritt eine sofortige Reduktion oder eine vollständige Ausschaltung der Schmerzen ein. Ein spürbarer Widerstand ist bei der Injektion entscheidend, weswegen die Öffnung im Bereich des Pulpadaches nicht so groß sein darf, dass das Anästhetikum nur nach koronal abfließt und den Druckaufbau im Pulpakavum verhindert. Nach Ausräumen des Kronenpulpakavums können weitere Injektionen direkt in die Wurzelkanäle notwendig werden. Dafür wird der Kanal bis kurz vor den Schmerzpunkt erweitert (z. B. mit Gates-Glidden-Bohrern) und die Injektionsnadel erneut so tief wie möglich eingeführt. Nur in wenigen Fällen muss dieses Vorgehen mehrfach wiederholt werden, um den gesamten Kanal schmerzfrei instrumentieren zu können.



Abb. 3a: „Entschärfung“, koronal der Krümmung werden die der Furkation abgewandten Dentinüberhänge entfernt. Somit wird die Krümmung „entschärft“.

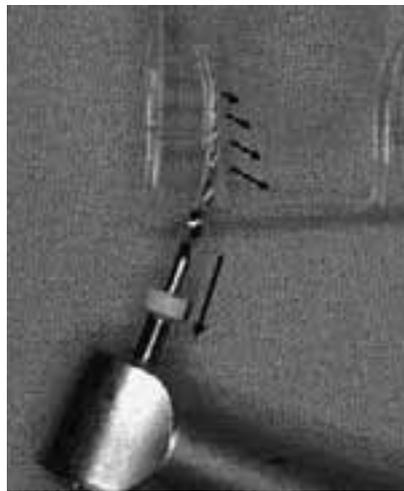


Abb. 3b: Dies kann durch bürstende Bewegungen mit speziellen Nickel-Titan-Instrumenten oder mit Gates-Glidden-Bohrern erfolgen.



Abb. 3c: In der mesioexzentrischen Röntgenaufnahme wird diese „Entschärfung“ deutlich sichtbar..



...ebenso in der distoexzentrischen Aufnahme (Abb. 3d)

Darstellung der Kanaleingänge

Kalzifikationen im Bereich des Pulpakavums, die Blockade durch Dentikel und Obliterationen im Bereich des koronalen Endodonts bereiten beim Auffinden des ursprünglichen Pulpakammerbodens und der Kanaleingänge häufig Probleme.

Vor der Präparation der Zugangskavität sollte ein präoperativer Zahnfilm möglichst in Rechtwinkeltechnik angefertigt werden. So lassen sich von vornherein Informationen zum Kalzifikationsgrad, der Lage des Pulpakammerbodens oder der groben Tiefe der Obliterationen des koronalen Endodonts gewinnen. Mit einer Parodontalsonde lässt sich bei konventionellen Röntgenbildern der Abstand zwischen der Okklusalfäche und dem Pulpaboden abschätzen. So kann ermittelt werden, wie tief man mit dem Schleifkörper vordringen kann, ohne das Risiko einer Perforation im Bereich der Furkation herbeizuführen.

Grundvoraussetzung für eine zügige und treffsichere Präparation der Zugangskavität ist das Schaffen guter Sichtverhältnisse. Diese wiederum lassen sich durch zwei Punkte optimieren: 1. Vergrößerung, 2. optimale Ausleuchtung. Die Verwendung von



Abb. 4a: Frakturiertes Instrument in der distalen Wurzel (mit freundlicher Genehmigung von Dr. Katharina Schirrmeister).



Abb. 4b: Situation nach Entfernung des frakturierten Instruments mittels Ultraschall bei der Masterpointkontrolle.



Abb. 4c: Postoperative Röntgenkontrolle

Vergrößerungshilfen kann bei obliteriertem Pulpakavum bzw. bei obliterierten Kanaleingängen als zwingende Voraussetzung erachtet werden. Vor allem bei überkronen Zähnen sind die Sichtverhältnisse unzureichend. Falls eine Lupenbrille mit Beleuchtung oder ein dentales Operationsmikroskop nicht zur Verfügung steht, kann eine starke Lichtquelle, z. B. eine Polymerisationslampe, unter dem Kofferdam an das koronale Wurzelkavum gehalten werden. Dadurch können die Sichtverhältnisse beim Blick in die Zugangskavität deutlich verbessert werden.

Bei der Suche der Kanaleingänge gibt die Farbe des Dentins eine hervorragende Hilfestellung. Das Primärdentin der Pulpakammerwände ist in der Regel heller als das Dentin des Kavumbodens, das eher grau erscheint. Reizdentin hingegen ist häufig gelblich oder grünlich speckig. Dentikel sind von den genannten Strukturen deutlich zu unterscheiden, da sie meist relativ transparent, manchmal nahezu gläsern erscheinen. Dentikel können häufig mit einer stabilen Sonde oder mit einem Ultraschallinstrument gelockert und entfernt werden. Die Entfernung diffuser Kalzifikationen ist meistens etwas aufwändiger. Diese müssen mit überlangen Rosenbohrern (z. B. Long-Neck-Bohrer, Dentsply Maillefer, Ballaigues, Schweiz), diamantierten Ultraschallinstrumenten (z. B. KaVo, Leutkirch) oder Ultraschall-aktivierten Feilen entfernt werden (Abb. 1a bis d).

Um nicht gefundene Kanaleingänge zu lokalisieren, kann auch Natriumhypochlorit eingesetzt werden. In das Pulpakavum eingebracht, reagiert Natriumhypochlorit schon mit kleinsten Geweberesten im Kanaleingangsbe-

reich. Anhand der aufsteigenden Blasen lässt sich der Kanaleingang häufig lokalisieren. Eine weitere Möglichkeit ist das Anfärben des Pulpabodens mit Methylenblau (z. B. Canal blue, VDW, München) oder Säurerot (z. B. Caries Detector, Kuraray Dental, Düsseldorf). Nach einminütiger Applikation wird der überschüssige Farbstoff gründlich herausgespült. Organische Gewebekomponenten bleiben angefärbt, was die Lokalisation der Kanaleingänge ermöglicht. Nachteil dieser Technik ist, dass die oben genannten Farb- und Strukturunterschiede der Zahnhartsubstanzen der dentalen Hartgewebe nach Applikation des Farbstoffs schwerer erkennbar sind.

Sondieren der Kanaleingänge

Nach Darstellen des Kanaleingangs ist der koronale Kanalabschnitt nicht immer sondierbar. Im Bereich des Kanaleingangs zeigen viele Wurzelkanäle eine massive, durch Apposition von Reizdentin verursachte Verengung. Ursache können die im Zahnhalsbereich gegebenenfalls exponierten Dentintubuli sein, die an dieser Stelle in den Wurzelkanal münden. Histologisch konnte gezeigt werden, dass auch die Wurzelkanäle, die röntgenologisch obliteriert erscheinen, häufig noch ein Lumen aufweisen, das in seinem Lumen etwa der ISO-Größe 10 entspricht. So lange die koronale Einschnürung nicht entfernt wird, kann das am koronalen Arbeitsteil klemmende Wurzelkanalinstrument nicht tiefer in den Kanal eingeführt werden. Zur Entfernung der koronalen Verengung dienen z. B. Gates-Glidden-Bohrer, Nickel-Titan-Eingangserweiterer, wobei die Erweiterung primär an der der Furkation abgewandten Seite

vorzunehmen ist. Um eine Blockade durch Dentinspäne zu verhindern, sollte ausreichend Natriumhypochlorit im Pulpakavum vorhanden sein.

Wenn eine Sondierung des koronalen Kanalabschnittes auf diese Weise nicht möglich ist und Kalzifikationen das Lumen komplett verschließen, können weitere Hilfsmittel eingesetzt werden. Die einminütige Applikation eines Ätzzgels auf dem Pulpakammerboden kann ein Durchdringen der Kalzifikation ermöglichen. Zum Sondieren sollten kurze Wurzelkanalinstrumente eingesetzt werden, da diese eine größere Steifigkeit besitzen und damit eine bessere Kraftübertragung ermöglichen (z. B. C-Pilot-Feilen, VDW, München). Um das Vordringen des Wurzelkanalinstruments durch den kalzifizierten Abschnitt zu erleichtern, kann die Feile an der Spitze um 1 mm gekürzt werden. Dadurch wird die abgerundete Spitze entfernt und das Instrument etwas aggressiver. In nicht einsehbaren Kanalabschnitten sollte man mit diesen modifizierten Instrumenten jedoch nicht arbeiten, da das Risiko einer Via falsa oder einer Perforation besteht. Die effektivste Möglichkeit, die koronale Kalzifikation zu durchdringen, ist der Einsatz von Ultraschallinstrumenten. Diese werden ohne Wasserkühlung unter Sicht mit tupfenden Bewegungen eingesetzt. Die Assistenz sollte die Dentinspäne mit einem speziellen dünnen Luftbläser (Stropko-Luftbläser, JaDent, Aalen) oder durch häufiges Spülen entfernen.

Erreichen der Arbeitslänge

Wenn im apikalen Kanalabschnitt Kalzifikationen vorliegen, ist das Management deutlich anspruchsvoller.

Fortsetzung auf Seite 30/31



Gute Tradition: Seniorentreffen auf Poel

Am 14. Mai trafen sich mit viel Freude und großem Hallo über das Wiedersehen die zahnärztlichen Seniorinnen und Senioren aus Rostock und dem Umfeld zu einem Tagesausflug.

Bei schönstem Frühlingswetter führte sie die Reise nach Wismar und die Insel Poel. Der Ausflug war vom Senioren-

beauftragten der Zahnärztekammer, Dr. Peter Berg, perfekt vorbereitet worden. Hauptgeschäftsführer Peter Ihle konnte 51 Teilnehmer begrüßen. Das Seniorentreffen bot nicht nur Anblicke einer reizvollen Landschaft, sondern wiederum vor allem Gelegenheit zu kollegialen Kontakten und intensivem Ge-

dankenaustausch. Die Seniorentreffen befriedigen damit ein echtes Bedürfnis vieler nicht mehr berufstätiger Kolleginnen und Kollegen, sich gelegentlich zu sehen und zu sprechen. Die Ausflüge in lockerer Gemeinsamkeit sind mittlerweile zu einer guten Tradition geworden. **ZÄK M-V**

Achtung: Ausschlussfristen!

Rechtliche Bestimmungen bei der Honorarabrechnung und deren Überprüfung

Schon bei der Einreichung der Abrechnungunterlagen hat der Vertragszahnarzt die vertraglich geregelten und von der KZV in den Rundbriefen vorgegebenen Fristen zu beachten.

Fristversäumnisse können sonst zu Honorarkürzungen führen.

Danach ist es die gesetzliche Aufgabe der KZV, die Honorarabrechnung auf ihre Rechtmäßigkeit und

Plausibilität hin gemäß § 106a SGB V zu überprüfen und daraufhin den vorläufigen Honorarbescheid, der das Honorar des Vertragszahnarztes festsetzt, zu erlassen.

Die Vorschrift des § 106a SGB V betrifft dabei die sachlich-rechnerische Prüfung bei der Ersterstellung des Honorarbescheides sowie spätere Korrekturen, wenn nachträgliche Fehler in der Abrechnung festgestellt werden. Rückwirkend sind sachlich-rechnerische Richtigstellungen längstens vier Jahre beginnend mit Zugang des ursprünglichen Honorarbescheides zulässig. Richtigstellungen der Abrechnung im Nachhinein werden auch häufig von den Krankenkassen, die ebenfalls zur Abrechnungsprüfung verpflichtet sind, beantragt.

Außerdem haben Vertragszahnärzte das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V zu beachten, sodass die Honorarforderung auch insoweit einer Prü-

Anzeige

Ronald Klopsch

Fachanwalt für Medizinrecht

Aigerim Rachimow

Rechtsanwältin



Ihre Rechtsanwaltskanzlei in allen arzt- und praxis-rechtlichen Angelegenheiten, u. a.:

- Zulassungsverfahren
- Vertragsgestaltung
- Prüfverfahren
- Arbeitsrecht
- Vertragszahnarztrecht
- Honorarstreitigkeiten
- Haftungsrecht
- Berufsrecht

Thomas-Mann-Str. 12
18055 Rostock

Tel. 0381 – 444 358 0
Fax 0381 – 444 358 19

www.ra-klopsch.de
info@ra-klopsch.de

fung nach § 106 SGB V unterliegt.

Im Rahmen der Durchsetzung möglicher Ansprüche auf Honorarrückforderungen aus sachlich-rechnerischen Richtigstellungen (= rechnerisch-gebührenordnungsmäßigen Berichti-

gungen), Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren oder auch bei Regressverfahren wegen mangelhafter prothetischer Versorgungen sind jeweils die geltenden Fristen zu beachten, die gesetzlich und vertraglich geregelt sind oder von der

Rechtsprechung des BSG (Bundessozialgerichtes) entwickelt wurden. Die nachfolgende Tabelle soll einen Kurzüberblick der aktuell geltenden Fristen im vertragszahnärztlichen Bereich geben.

Ass. Katja Millies

Verfahren	Frist	Fristbeginn
1. Einreichung der Abrechnung bei der KZV durch VZA		
<u>Ersatzkassen</u>	1 Jahr Ausschlussfrist (gem. § 16 Abs. 7 EKV-Z) Achtung: Ergänzungen o. Änderungen durch VZA grundsätzlich nur bis zur Weiterleitung der Abrechnung an KK (§ 16 Abs. 8 EKV-Z)	ab Ende des Kalendervierteljahres, in dem Leistung erbracht wurde
<u>Primärkassen</u>	keine vertragliche Regelung	
2. Abrechnungsprüfung durch KZV (Ersatz- und Primärkassen)		
Sachlich-rechnerische Richtigstellung (= rechnerisch-gebührenordnungsmäßige Berichtigung) und Plausibilitätsprüfung gem. § 106a SGB V	4 Jahre Ausschlussfrist (Rechtsprechung) Ausnahme: bei betrügerischen Falschabrechnungen evtl. 10 oder 30 Jahre Frist (Rechtsgedanke aus § 45 Abs. 3 S. 3 SGB X)	ab Zugang der vorläufigen Honorarabrechnung
3. Abrechnungsprüfung auf Antrag der KK durch die KZV		
<u>Ersatzkassen</u> Antrag auf rechnerisch und gebührenordnungsmäßige Berichtigung an KZV	innerhalb von 6 Monaten (gem. § 17 Abs. 1 EKV-Z)	nach Eingang der KZV-Abrechnung bei KK
<u>Primärkassen</u>	4 Jahre Ausschlussfrist (Rechtsprechung)	ab Zugang der vorläufigen Honorarabrechnung
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung § 106 SGB V (Ersatz- und Primärkassen)		
Feststellung der Wirtschaftlichkeit/ Unwirtschaftlichkeit durch Beschluss	innerhalb von 2 Jahren (§ 18 Prüfvereinbarung: Sollvorschrift) Ansonsten: 4 Jahre Ausschlussfrist (Rechtsprechung)	nach Schluss des Kalenderjahres, in dem VZA Abrechnung bei KZV eingereicht hat ab Zugang der vorläufigen Honorarabrechnung
5. Zahnersatzregress (Ersatz- und Primärkassen)		
Gewährleistungspflicht für Zahnersatz und Füllungen daraus resultierende Regressansprüche der KK wegen Mängeln an der prothetischen Versorgung	2 Jahre (§ 137 Abs. 4 SGB V) 2 Jahre	ab definitiver Eingliederung



Abb. 5: Überfüllung: Leichtes Überpressen von Sealer oder erwärmter Guttapercha bei exakt eingehaltener Arbeitslänge wird als „Überfüllung“ definiert.

Im Gegensatz zum koronalen Kanalabschnitt sind die Sichtverhältnisse sehr viel schlechter. Oft ist eine Visualisierung des apikalen Abschnitts aufgrund von Kanalkrümmungen auch mit dem dentalen Operationsmikroskop unmöglich. Ein kraftvolles Vordringen geht in diesen Fällen immer mit einem hohen Perforationsrisiko einher.

Um Schwierigkeiten vorzubeugen, sollte bei einem Verdacht auf Obliteration des apikalen Abschnitts reichlich mit Natriumhypochlorit gespült werden. Für die Sondierung im Bereich der Wurzelspitze sollten ausschließlich feinste Instrumente (ISO-Größe 06 bis 10) zum Einsatz kommen, da mit größeren Instrumenten viel Schaden angerichtet werden kann. Starkes Vorbiegen der Instrumente kann eine Stufenbildung vermeiden.

Wurzelkanalspülung

Eine unsachgemäße Spülung des Wurzelkanals kann zu einem Überpressen von Natriumhypochlorit in den periapikalen Raum führen. Während die gewebeauflösende Wirkung im Wurzelkanal erwünscht ist, können im periapikalen Bereich begrenzte Gewebenekrosen resultieren. Diese sind jedoch zumeist reversibel.

Falls ohne Anästhesie gearbeitet wurde, bemerkt der Patient sehr schnell einen heftigen und brennenden Schmerz. Bei Vorliegen einer Anästhesie bleibt diese Schmerzempfindung des Patienten aus, so dass bei unsachgemäßem Vorgehen auch größere Volumina periradikulär injiziert werden können.

Der Spülvorgang muss bei Bemerkungen der periradikulären Injektion sofort unterbrochen werden. Intensive Spülungen mit steriler Kochsalz- oder Ringerlösung werden empfohlen, um

die Symptomatik abzumildern. Eine weitergehende medikamentöse Therapie ist in der Regel nicht nötig.

Mögliche Folgen einer transapikalen Natriumhypochlorit-Injektion sind vor allem eine ausgedehnte reversible Schwellung (Ödembildung, Abb. 2) und eine reversible Rötung (Ekchymose). Sekundäre Infektionen können auftreten. In seltenen Fällen mit schweren Komplikationen wurden allerdings auch ausgedehnte Nekrosen des periradikulären Gewebes beobachtet, die einen anschließenden chirurgischen Eingriff zur Entfernung des Gewebes in Vollnarkose nach sich zogen. In Einzelfällen wurde von reversiblen aber auch irreversiblen Anästhesien und Parästhesien berichtet.

Folgende Maßnahmen werden nach transapikaler Natriumhypochlorit-Injektion empfohlen:

- Patient beruhigen und über die Ursache der Beschwerden aufklären
- Gegebenenfalls Gabe von Sedativa
- Verabreichung einer Lokalanästhesie zur Schmerzkontrolle, ggf. Analgetika für 1-2 Tage
- Auflegen kalter Kompressen zur Reduzierung der Schwellung
- Intensive Spülungen mit steriler Kochsalz- oder Ringerlösung, um die Symptomatik abzumildern.
- Nach einem Tag: intraorale Spülungen mit warmem Wasser zur Förderung der Gewebedurchblutung
- Nur bei Gefahr bzw. Anzeichen einer sekundären Infektion: Antibiose
- Zur Schwellungsminderung evtl. Antihistaminika (nicht obligatorisch)

Die Gabe von Kortikosteroiden gilt als umstritten. Erst bei absoluter Beschwerdefreiheit sollte die endodontische Therapie fortgesetzt werden. Dabei sollte das Risiko eines erneuten Spülzwischenfalls unbedingt vermieden werden, indem z. B. Chlorhexidindigluconat an Stelle von Natriumhypochlorit eingesetzt und die korrekte Eindringtiefe der Spülkanüle beachtet wird. Die korrekte Eindringtiefe der Kanüle liegt laut einer Stellungnahme der DGZMK zwischen 4 mm und 5 mm vor dem apikalen Endpunkt. Andere Autoren empfehlen das Einführen 1 mm bis 2 mm vor den apikalen Endpunkt. Ein tieferes Einführen der Kanüle oder eine Friktion der Kanüle im Kanal, die ein Abfließen der Spülflüssigkeit nach koronal verhindert, müssen unbedingt vermieden werden.

Wurzelkanalaufbereitung

Um Instrumentenfrakturen und Kanalverlagerungen vorzubeugen, müssen bei der Auswahl der Instrumente

insbesondere bei stark gekrümmten und bei s-förmigen Wurzelkanälen gewisse Grundregeln beachtet werden. Zunächst sollte der koronale Zugang soweit extendiert werden, dass ein geradliniger Zugang zur ersten Krümmung ermöglicht wird. Dabei ist eine leichte Begradigung im Bereich der ersten Krümmung zulässig und vielfach unvermeidlich, um eine gezielte Präparation der Apikalregion zu ermöglichen (Abb. 3a-d). Bei starken Krümmungen und Doppelkrümmungen wird die maschinelle oder auch manuelle Präparation mit Nickel-Titan-Instrumenten empfohlen. Hierbei sollten nur Instrumente der Konizität 2 bis 4 Prozent eingesetzt werden. Die apikale Erweiterung darf nicht so weit ausgedehnt werden wie bei Kanälen mit geringer Krümmung. Apikale Aufbereitungsgrößen von 20 bis 25 sind in diesen Fällen keine Ausnahme. Häufiges Rekapitulieren hält den Kanal dabei gängig und lässt die Ausbildung von Stufen frühzeitig erkennen. Um die geringe Querschnittsgröße zu kompensieren, sollte eine intensive chemische Desinfektion des Kanalsystems durchgeführt werden. Eine ultraschallgestützte Spülung erhöht das Risiko von Stufenbildungen und sollte deswegen nicht eingesetzt werden.

Im Falle einer Instrumentenfraktur muss, vor allem in Fällen einer Pulponekrose, beziehungsweise einer apikalen Parodontitis, und bei nicht passierbaren frakturierten Instrumenten, versucht werden, das Fragment zu entfernen. Hierbei dient das Operationsmikroskop in Kombination mit Ultraschallinstrumenten als Hilfsmittel bei der Freilegung des koronalen Endes frakturierter Instrumente und deren Entfernung. Weitere Hilfsmittel sind Schraubklammern, mit denen das Fragment in einem Hohlrohr verkeilt werden kann, bevor es aus dem Kanal entfernt wird (z. B. Instrument Removal System, Dentsply DeTrey, Konstanz oder Masseran-Kit, Micro-Mega, Oberursel) (Abb. 4). Kann das koronale Ende des Fragments aufgrund seiner Lage jenseits der Krümmung nicht dargestellt werden, steigt die Perforationsgefahr so weit, dass von dem Versuch der Entfernung abzuraten ist. Entsprechend aktueller Untersuchungsergebnisse beträgt die Erfolgsrate für die Entfernung eines frakturierten Instrumentes 87 Prozent. Allerdings muss ein frakturiertes Instrument nicht zwingend entfernt werden. Auch die Passage des Instrumentes führt meist zu einem Erfolg,



Abb. 6a: Füllmaterial. Im Orthopantomogramm vor den Revisionsbehandlungen imponiert überpressstes Wurzelfüllmaterial in beiden Kieferhöhlen.

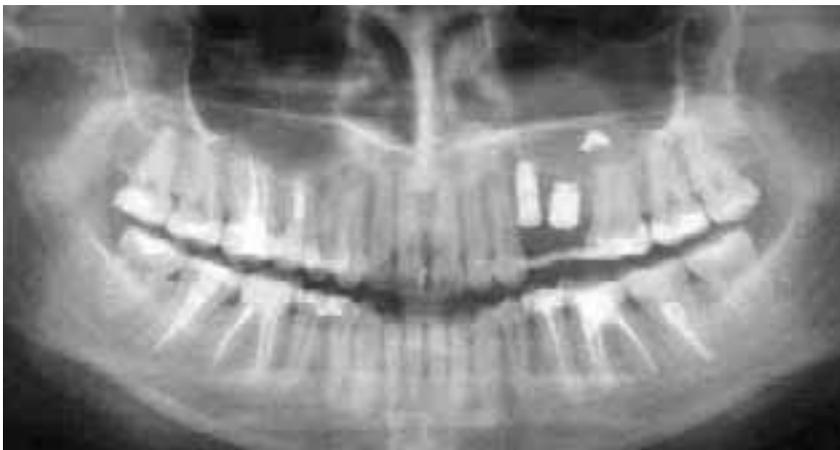


Abb. 6b: Nach Abschluss der Revisionsbehandlungen fällt auf, dass das Füllmaterial die rechte Kieferhöhle vermutlich über die Nase verlassen hat. Das ist allerdings als absolute Ausnahme anzusehen. Das Wurzelfüllmaterial in der linken Kieferhöhle wurde chirurgisch entfernt.

wenn die apikal des Fragments gelegenen Kanalanteile fachgerecht chemomechanisch aufbereitet werden können.

Wurzelkanalfüllung

Während der Wurzelkanalfüllung kann es zur Extrusion von Wurzelkanalfüllmaterial über das apikale Foramen hinaus kommen. Weite apikale Foramina und große periradikuläre Läsionen mit fehlendem Gewebedruck und Resorptionen im Bereich des Foramens begünstigen Materialextrusionen. Grundsätzlich ist die Überfüllung von der Überextension zu unterscheiden. Eine Überfüllung stellt ein gut gefülltes Wurzelkanalsystem mit einem Überschuss an Wurzelkanalfüllmaterial dar, das über das Ende des Wurzelkanals hinausgegangen ist (Abb. 5). Überfüllungen scheinen keinen oder lediglich einen verzögernden Effekt auf die Heilung apikaler Läsionen zu haben. Bei einer Überextension reicht die Wurzelkanalfüllung über

die Grenzen des Kanalsystems hinaus, weil zum Beispiel die Arbeitslänge zu lang gewählt wurde.

Bei Materialextensionen in die Kieferhöhle ist – auch in klinisch symptomlosen Fällen – eine Überweisung zum Kieferchirurgen zur Entfernung des Fremdmaterials notwendig, da eine Resorption nicht zu erwarten ist (Abb. 6a und b). Andernfalls kommt es zur Entwicklung einer chronischen und/oder akuten Sinusitis, unter Umständen auch zur Ausbildung einer Kieferhöhlenaspergillose.

Problematischer stellt sich die Extrusion von Wurzelkanalfüllmaterial in den Canalis mandibularis dar. In diesen Fällen besteht die Gefahr der Schädigung des Nervus mandibularis. Bei der endodontischen Behandlung von zweiten Unterkiefermolaren ist das Risiko von Extrusionen in den Mandibularkanal am größten. Bei Eintritt des Wurzelfüllmaterials in den Mandibularkanal treten unterschied-

lich heftig ausgeprägte Schmerzen auf, die sich aber unter Umständen erst beim Nachlassen der Anästhesie bemerkbar machen. Diese Schmerzen können bis zum Ohr ausstrahlen. Parästhesien und Anästhesien im Ausbreitungsgebiet des Nervus mentalis sind möglich. Bei der Extrusion in den Mandibularkanal kommt es zunächst zu einer Kompression des Nervs. Anschließend kann eine Nekrose der Nervenfasern auftreten, die durch die Neurotoxizität vieler temporärer oder definitiver Füllmaterialien bedingt ist (zum Beispiel Kalziumhydroxid, Endomethasone, N₂ und alle Formaldehyd abspaltenden Materialien, Jodoformpräparate, AH 26 und Zinkoxid-Eugenol). Die meisten der in der Literatur beschriebenen Parästhesien endodontischen Ursprungs sind auf das Überpressen von formaldehydhaltigen Materialien zurückzuführen. Eine umgehende Konsultation eines Kieferchirurgen und gegebenenfalls eines Neurochirurgen zur Abklärung der Möglichkeit und Notwendigkeit einer mikrochirurgischen Entfernung des Fremdmaterials ist anzuraten. Eine Extraktion des Zahnes ist nicht erforderlich. In der Stellungnahme der DGZMK wird bei Nervschädigung durch in den Mandibularkanal eingepresstes Wurzelkanalfüllmaterial ein sofortiger mikrochirurgischer Eingriff zur Beseitigung des Fremdmaterials als notwendig erachtet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die meisten Komplikationen im Rahmen der endodontischen Behandlung hilfreiche und erfolgreiche Möglichkeiten zur Problemlösung existieren. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass die Endodontie trotz der beschriebenen Komplikationen eine bewährte Möglichkeit zum langfristigen Erhalt von Zähnen darstellt, für die in der Literatur Erfolgsquoten von durchschnittlich 70 bis 90 Prozent angegeben werden. Die Lebensdauer für einen lege artis behandelten Zahn kann trotz auftretender Komplikationen bei der Behandlung unwesentlich unter der eines unbehandelten, gesunden Zahnes liegen.

PD Dr. Jörg F. Schirrmeister,
Freiburg

Literaturverzeichnis beim Informationszentrum Zahngesundheit Baden-Württemberg, Telefon 0711/222966-14, Fax 0711/222966-21, E-Mail: info@zahnaerzteblatt.de; www.dr-schirrmeister.de

Wir gratulieren zum Geburtstag

In den Monaten Juni und Juli vollenden

das 75. Lebensjahr

Dr. Friedrich Nemitz (Greifswald)
am 5. Juli,
Dr. Dr. Siegbert Gottwald (Rostock)
am 9. Juli,

das 70. Lebensjahr

Zahnarzt Horst Bartsch (Dömitz)
am 26. Juni,
Dr. Uwe Freese (Röbel/Müritz)
am 6. Juli,
Dr. Hans-Joachim Bradtke (Groß Schönwalde)
am 8. Juli,

das 65. Lebensjahr

Dr. Margrit Schröder (Rostock)
am 19. Juni,
Zahnärztin Inge Fiekas (Blankensee)
am 22. Juni,

das 60. Lebensjahr

Dr. Horst W. Patzak (Schwerin)
am 15. Juni,
Zahnärztin Erika Reibert (Bad Doberan)
am 15. Juni,
Dr. Marlies Hornung (Stralsund)
am 20. Juni,
Zahnärztin Sabine Wilken-Hacker (Broderstorf)
am 26. Juni,
Zahnärztin Marianne Gradke (Grimmen)
am 28. Juni,
Zahnärztin Sigrid Tomuschat (Ludwigslust)
am 7. Juli,

das 50. Lebensjahr

Dr.(H) Heike Schult (Rostock)
am 25. Juni,
Dr. Olaf Schön (Rostock)
am 27. Juni,
Zahnärztin Sybille Brandt (Demmin)
am 2. Juli und
Zahnärztin Rita Roß (Lübtheen)
am 9. Juli

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

Fachbegriffe für Auszubildende

Von Winfried Stollmaier und Frank Marahrens

Dieses Taschenbuch richtet sich insbesondere an Auszubildende, da es ein systematisches Vorbereiten für Prüfungen und Klassenarbeiten erleichtert. Die Fachbegriffe sind in entsprechende Themenbereiche aufgeteilt, sodass die Nutzung des Buches auch für den Unterricht sinnvoll erscheint. Das ausführliche alphabetische Fachwortverzeichnis ermöglicht jedoch auch den gezielten Zugriff auf einen einzeln gesuchten Begriff. Zudem wurde in den Fachwortteil eine Originalprüfungsaufgabe aufgenommen, um den Auszubildenden einen Eindruck des Prüfungsniveaus zu vermitteln.

Diese Neuauflage des bewährten Wort-Check-Bandes ist jedoch auch für die Zahnmedizinische Fachangestellte bei der täglichen Arbeit zu empfehlen. Bedingt durch die gute Überarbeitung und die Einarbeitung von neuen Fachbegriffen sowie das einfache Handling, sollte das Buch in keiner Zahnarztpraxis fehlen.

Mario Schreen



Verlag Holland&Josenhans, 2. aktualisierte Auflage 2008, Taschenbuch, 88 Seiten ISBN 978-3-7782-5864-4, 8,20 Euro

Zahnarzteausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des Zahnarzteausweises Nr. 700 der Zahnärztin Christina Gast, Zaren-

tin, bekannt gegeben. Dieser Zahnarzteausweis wird hiermit für ungültig erklärt.

Anzeige

Motiv. junge ZÄ, 29 J., prom., 3 Jahre BE sucht Teilzeitanstellung (max. 30 h) in HRO und Umgebung ab Okt., evtl. auch früher. **Chiffre 0755**

Zahnarztpraxis Schwerin sucht ZÄ/ZA zur Anstellung ganztags (eventuell Teilzeit möglich). **Chiffre 0754**

Praxis in HST mit 2 BHZ, OPG günstig abzugeben, Termin nach Vereinbarung. **Chiffre: 0752**

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

**Sabine Sperling
Satztechnik Meißen GmbH
01665 Nieschütz
Am Sand 1c**

Schöne, sehr gut ausgestattete ZAP im Ärztehaus (OPG, digit. Rö, Vector, reiches Instrumentarium, Treppenlift – beste Wachstums-Aussichten) im ländl. Sachsen-Anhalt (Schulzentrum am Ort) wg. Unfall des Praxisinhabers ab sofort günstig zu verkaufen. **Chiffre: 0753**

Zahnärzte als Gestalter

Sechster Fortbildungslehrgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement startet Anfang 2010

Seit neun Jahren gibt es ein besonderes berufsbegleitendes Fortbildungsangebot für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know-how dafür zulegen wollen. Derzeit zwölf zahnärztliche Körperschaften tragen die Fortbildungsplattform, mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf. Zugleich mit der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Praxismanagement. Um die bundespolitische Bedeutung der Fortbildungsakademie zu fördern, wurde die Geschäftsstelle zum Jahresbeginn 2008 nach Berlin verlegt.

Der sechste postgraduale Fortbildungsgang der Akademie beginnt im Februar 2010 und wird sich über zwei Jahre bis Ende 2011 mit insgesamt zehn Wochenend-Studienblöcken erstrecken (Donnerstagnachmittag bis Samstagmittag). Die Veranstaltungen finden überwiegend in Berlin, aber auch an wechselnden Orten im Bereich der Trägerkörperschaften in Form von Seminarblöcken statt. Wissenschaftlicher Leiter ist Prof. Burkhard Tiemann, die Geschäftsführung hat Dr. Sebastian Ziller inne.

Die Lehrveranstaltungen werden als Vorlesungen, Übungen und Seminare abgehalten. Die Kurse werden mit rund 20 Teilnehmern besetzt. Die ersten beiden Semester bilden einen Grundkurs, in dem das Recht der Heilberufe, Grundlagen der Freiberuflichkeit, politische Entscheidungsverfahren sowie Grundzüge der Volkswirtschaftslehre angeboten werden.

Des Weiteren stehen das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Grundzüge der Gesundheits- und Sozialpolitik, zahnärztliche Selbstverwaltung, Meinungsbildung und Entscheidungsverfahren in der Berufspolitik sowie Grundzüge der Betriebswirtschaft auf dem Lehrplan. Das dritte und vierte Semester sind als Aufbaukurs konzipiert. Hier geht es dann um Praxis- und Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung, Sozialmedizin, Epidemiologie, europäische Entwicklungen, Verbandsstrategien, Kommunikation sowie Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Die Studienvermittlung erfolgt durch qualifizierte und ausgewählte Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Für das zweijährige Curriculum wird eine Gebühr in Höhe von 3900 Euro erhoben. Die Teilnahme wird gemäß den Leitsätzen der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet. Ein akademischer Abschluss ist unter teilweiser Anrechnung der AS-Fortbildung möglich. In postgradualer Form kann ein dreisemestriges Studium an der LEUPHANA Universität Lüneburg angeschlossen werden. Bei erfolgreichem Abschluss ist der Erwerb des akademischen Titels M.B.A. möglich.

Weitere Informationen und Anmeldung: <http://www.zahn-aerzte-akademie-as.de>

Akademie für freiberufliche
Selbstverwaltung und
Praxismanagement
Chausseestraße 13,
10115 Berlin
Tel. 030 – 4000 5 112
Fax. 030 – 4000 5 129

Besser, dafür günstiger.

Triomolar®

Anzeige



Dr. Riedling, Mönchengladbach

„Das Ergebnis überzeugte uns und die Patientin: Eine ästhetische und natürlich wirkende Restauration. Da das verwendete Microhybrid-Composite Triomolar extrem abrasionsfest und kantenstabil ist und optimal auf das Bonding abgestimmt ist, ist mit einer langlebigen und spaltfreien Restauration zu rechnen.“

Den vollständigen Anwenderbericht schicken wir Ihnen gern zu.



- Microhybrid-Composite mit Nanofüllern
- für alle Kavitätenklassen
- ästhetisch professionelles Resultat
- Spritze mit 3,5 g Inhalt

Aktionspreis

13,90 €

Katalogpreis: 15,90 €

IHDE DENTAL 
the implant.company

Dr. Ihde Dental GmbH
Erfurter Str. 19
85386 Eching/München
Tel (089) 31 97 61-0
Fax (089) 31 97 61-33

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: _____