

dens

Oktober 2017

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Gute Stimmung in Warnemünde

26. Zahnärztetag und 68. Jahrestagung gut besucht

Elektronische Gesundheitskarte

Jetzt Onlineanbindung in den Praxen in Angriff nehmen

Mundboden- und Zungenkarzinom

Zentrale Bedeutung die Früherkennung durch „Hauszahnarzt“

Kammern sind wichtig

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Das die Zahnärztekammer nach der Neuwahl mit vollen Segeln Fahrt aufgenommen hat, ist nicht zuletzt an dem wiederum sehr erfolgreichen Zahnärztetag in Rostock-Warnemünde abzulesen. Auch der Besuch des Ministers war ein Zeichen dafür, dass die Zahnärztekammer -und somit alle Zahnärzte- eine wichtige Rolle in der Gesundheitspolitik unseres Landes einnehmen. In einem persönlichen Gespräch zeigte der Minister ein hohes Interesse an den Problemlagen der Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern und an den Aktivitäten unserer Zahnärztekammer. Besprochen wurden der Entwurf einer neuen Approbationsordnung, der zunehmende Fachkräftemangel in den zahnärztlichen Praxen und die Probleme bei der zahnmedizinischen Prävention von Kindern in den Kindertagesstätten unseres Bundeslandes. Somit stand auf dem Zahnärztetag nicht nur die fachliche Fortbildung im Vordergrund, sondern auch die politischen Aktivitäten im Interesse der Zahnärzte unseres Bundeslandes fanden Beachtung.

Ferner fand nach der Neuwahl ein erstes Gespräch mit dem Vorstand der KZV M-V statt. Gegenstand dieser Sitzung war insbesondere die Frage, wie die beide Körperschaften tangierenden Themen zukünftig in der Interaktion organisiert und bearbeitet werden sollten.

Rückenwind bekommen die Kammern aber auch durch weitere Entwicklungen – siehe diese dens auf Seite 14 „Start für Bundespflegekammer“. Bedingt durch den demographischen Wandel ist das Thema Pflege in unserer Gesellschaft eine zentrale Herausforderung. Wichtige Erkenntnis dabei ist, dass Politik und der Berufsstand der Pflegeberufe die Gründung von Pflegekammern als eine zentrale Bedingung ansehen, diese Herausforderung anzugehen. Ordnungspolitisch wird so der Wert der Kammern im Interesse des Gemeinwohls und der Berufsstände deutlich



hervorgehoben. Das Bundesverfassungsgericht hat durch Beschluss vom 2. August 2017 in bemerkenswerter Deutlichkeit entschieden, dass die gesetzlich normierte Pflichtmitgliedschaft in Industrie- und Handelskammern und die daraus resultierende Beitragspflicht keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet. Also: Kammern sind wichtig, wenn es um wesentliche Daseinsvorsorge in unserer Gesellschaft geht. Es lohnt sich, sich dafür zu engagieren.

Ihr
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Aus dem Inhalt

M-V / Deutschland

Leserbriefe	9-10
Deutscher Zahnärztag	10
Präventionspreis M-V vergeben	12
Anerkennung der Berufsqualifikation	13
Antibiotika-Resistenz-Surveillance	14
Start für Bundespflegekammer	14
Impfempfehlungen veröffentlicht	35
Glückwünsche / Anzeigen	36

Zahnärztekammer

Gute Stimmung beim Zahnärztag	4-7
Abschied von der Geschäftsstelle	8
Tagebuch einer Auszubildenden	10
GOÄ-Kommentar für die Zahnarztpraxis	18
Fortbildung von Oktober bis Dezember	21-22

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Elektronische Gesundheitskarte	11-12
Bildnutzung im Internet	15-17

Ankündigung Vertreterversammlung	18
Der Parodontale Screening Index	19-20
Abrechnungshinweise für ZE	20
Service der KZV	22-23
Fortbildungsangebote	24

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Mundboden- und Zungenkarzinom	25-31
Beitragspflicht für Pflichtmitglieder	32
Zahnarzt verurteilt	33
Rechtsfolgen eines formnichtigen HKP	34

Impressum	3
Herstellerinformationen	2

dens

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

26. Jahrgang
6. Oktober 2017

Herausgeber:

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20
E-Mail: info@zaekmv.de, Internet: www.zaekmv.de
www.facebook.com/zaek.mv, www.twitter.com/zaekmv

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

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

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz: Kassenzahnärztliche Vereinigung

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

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

Redaktionsschluss: 15. des Vormonats

Erscheinungsweise: Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

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

Titelbild: Antje Künzel

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Gute Stimmung in Warnemünde

26. Zahnärztetag und 68. Jahrestagung waren gut besucht

„Durch die Zunahme der Anzahl älterer Patienten mit einem reduzierten Restgebiss, aber auch durch Fortschritte bei Diagnostik und Therapie gibt es bei der zahnärztlichen Behandlung nach wie vor großen Bedarf auch bei der prothetischen Versorgung unserer Bevölkerung“, sagte der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, zur Eröffnung des 26. Zahnärztetages der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und der 68. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. Das wissenschaftliche Programm stand unter dem Titel „Zahnärztlich-prothetische Therapie im vorgeschädigten Lückengebiss“. Der Zahnärztetag zählte 580 Teilnehmer. An der am 2. September im Kurhaus Warnemünde durchgeführten Fortbildungstagung für die zahnmedizinische Assistenz nahmen knapp 200 Mitarbeiterinnen teil.



„Zahngesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesunderhaltung. Vom ersten Zahn bis ins hohe Alter können regelmäßige Prophylaxe und gute Pflege dazu beitragen, insgesamt gesünder zu bleiben.“, sagte der Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Harry Glawe vor Ort.

„Die zahnärztliche Prothetik hat sich vom zunächst technisch orientierten Gebiet der Zahnersatzkunde zu einem allumfassenden Fach der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit ausgeprägter Anbindung an die Medizin entwickelt. Dabei steht die Strukturerhaltung des gesamten Zahn-, Mund- und Kiefersystems im Mittelpunkt der Therapie“ sagt Prof. Dr. Reiner Biffar von der Universität Greifswald, wissenschaftlicher Leiter der Tagung. Insgesamt 15 Fachvertreter verschiedener zahnmedizinischer Spezialisierungsrichtungen referierten über aktuelle Trends der zahnärztlichen Prothetik.

Dabei sei der demografische Wandel eine besondere Herausforderung für unser Bundesland. Die älter werdenden Patienten in den Zahnarztpraxen stellen heute gerade auch bei der prothetischen Therapie die Behandler vor komplexe Aufgaben. „Neue Erkenntnisse erfordern die ständige Fortbildung des Zahnarztes, aber auch die ausführliche Aufklärung und Einbindung des

Patienten bei der Entscheidung um die Versorgung mit kompliziertem Zahnersatz“, so Prof. Dr. Oesterreich.

Fachkräftemangel auch bei Zahnärzten deutlich

„Auch in den zahnärztlichen Praxen ist der Fachkräftemangel überdeutlich“ stellte der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Prof. Dr. Dietmar Oesterreich angesichts der öffentlichen Diskussion auf dem 26. Zahnärztetag fest. Zahnärzte beschäftigen durchschnittlich etwa vier Mitarbeiter und eine Zahnarztpraxis ist sehr personalintensiv. Besonders wichtig für die Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten ist der Erhalt der Berufsschulstandorte im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern. Dabei ist die Landesregierung in der Verantwortung. Es gelte die Attraktivität des Berufsbildes zu verbessern, denn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen erfüllen wichtige Aufgaben. „Hochwertige zahnmedizinische Versorgung unserer Patienten ist Teamarbeit“, so Prof. Oesterreich weiter. In diesem Zusammenhang verwies er auch auf das hohe wirtschaftliche Potential der Zahnarztpraxen. In Mecklenburg-Vorpommern stehen ca. 7 000 bis 8 000 Arbeitsplätze direkt oder indirekt mit der Zahneilkunde in Verbindung. Bei der Suche nach Konzepten zur Behebung des Fachkräftemangels und für die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft sei die Landesregierung aufgefordert, die Zahnmediziner aktiv einzubeziehen.

Der kommende Zahnärztetag findet am 31. August und 1. September 2018 zum Thema „Innovationen für die Zahnarztpraxis - Bewährtes, Standards und Trends“ in Warnemünde statt.

Konrad Curth



Kammerpräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich eröffnete die Dentalausstellung. Rechts Vizepräsident Dr. Jens Paluch, in der Mitte Vorstandsmitglied Roman Kubetschek



Impressionen vom **Zahnärztetag 2017**

Weitere Bilder auf www.zaekmv.de (Publikationen/Galerien)

Zahnärztetag ein voller Erfolg

Bericht des wissenschaftlichen Leiters

Die 26. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und 68. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V. am 1. und 2. September 2017 in Rostock-Warnemünde widmete sich dem Thema „Zahnärztlich-prothetische Therapie im vorgeschädigten Lückengebiss“.

Die Tagung wurde vom Kammerpräsidenten Prof. Dr. Dietmar Oesterreich und Vorsitzenden der Wissenschaftlichen Gesellschaft Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahncke eröffnet. Nach der Einführung durch den wissenschaftlichen Tagungsleiter Prof. Dr. Reiner Biffar beschäftigte sich Prof. Dr. Michael Walter, Direktor der zahnärztlichen Prothetik an der Universität Dresden und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit den Optionen und Grenzen einer minimal prothetischen Herangehensweise im vorgeschädigten Lückengebiss. Er bestätigte anhand von Daten und eigener Erfahrung, dass die begrenzten Ziele einer verkürzten Zahnreihe die Behandlungsmöglichkeiten des Zahnarztes sinnvoll erweitert haben. Eindrücklich wurde betont, dass begrenzte Behandlungsziele und das Hinausschieben von prothetischen Versorgungen in unsere Strategien mit einbezogen werden sollten. Derartige begrenzte Strategien entsprechen in vielen Fällen sehr den Vorstellungen und Wünschen unserer Patienten. Prof. Dr. Bernd Wöstmann, Direktor der Prothetik an der Universität Giessen veranschaulichte sehr eindrücklich, dass die Modelleinstückgussprothese nach wie vor ihre Berechtigung als prothetisches Therapiemittel hat. Keinesfalls ist die Modelleinstückgusspro-

these ein einfaches Therapiemittel. Sie verlangt nach einer konsequenten und zielgerichteten Planung und Vorbereitung des Kauorgans und gehört fest zum Repertoire einer modernen prothetischen Strategie.

Die Frage: „Ist komplizierter Zahnersatz im Sinne des Patienten?“ wurde von Prof. Dr. Pospiech, Berlin Charité bearbeitet. In kurzweiliger Art ergründete er den Terminus „kompliziert“ und entwickelte in seinem Vortrag, dass prothetische Lösungen im Sinne synoptischer Konzepte immer komplexe Strategien darstellen. Dies ist selbst dann der Fall, wenn eingegrenzte oder begrenzte Behandlungsziele angestrebt werden. Prof. Dr. Andree Piwowarczyk, Direktor der Prothetik an der Universität Witten/Herdecke referierte zum Thema: „Funktion und Ästhetik bei herausnehmbarem Zahnersatz: Was ist aus zahnärztlicher Sicht sinnvoll, was ist zahntechnisch möglich?“ Am Beispiel eines konsequenten Konzeptes mittels Doppelkronen mit Galvano-Mesostrukturen beschrieb er an Beispielfällen seine klinische und technische Vorgehensweise mit und ohne strategischen Implantationen.

Der zweite Veranstaltungstag startete mit den Einschätzungen von zwei hochrenommierten Parodontologen. Prof. Dr. Thomas Kocher aus Greifswald konnte anhand von umfangreicher Literatur und eigenem Datenmaterial zeigen, dass in der prognostischen Einschätzung von parodontal kompromitierten Zähnen doch oftmals die Ausdehnung des noch vorhandenen Attachments unterschätzt wird. Er plädiert dafür bei Parodontitis-Patienten durch systematische Betreuung der Patienten für eine eher hinhaltende



Die zeitgleich stattfindende Fortbildungstagung für die zahnmedizinische Assistenz wurde von knapp 200 Teilnehmern besucht



Der CDU-Bundestagsabgeordnete Dietrich Monstadt hielt als Mitglied im Gesundheitsausschuss der Bundesregierung ein Grußwort

Entscheidung und nicht gleich zur Extraktionszange zu greifen, um den parodontal-kompromitierten Parodontien die Gelegenheit zur teilweisen Regeneration zu geben. Dies bestätigt Priv.-Doz. Dr. Christian Grätz, der Leiter der Sektion Parodontologie am ZZMK Kiel, der in seinem Vortrag „Ist der Verlauf im vorgeschädigten Lückengebiss auf lange Sicht beeinflussbar?“ deutlich machte, dass die der systematischen Therapie sich anschließenden UPT eine herausragende Bedeutung für den Erhalt der kompromittierten Zähne hat. Beide Referenten betonten, dass für die Evaluation nach einer systematischen Parodontaltherapie durch UPT ein Zeitraum von mindestens drei bis sechs Monaten abgewartet werden muss, um überhaupt Erfolge durch Regeneration zu erkennen und verantwortungsbewußt weitreichende Entscheidungen treffen zu können.

Prof. Dr. Jürgen Setz, Direktor der Prothetik an der Universität Halle berichtete aus seiner umfangreichen behandlerischen Erfahrung und den eigenen Langzeitstudien zum Einsatz von Teleskopverankerungen im stark reduzierten Restgebiss. Insbesondere dann, wenn in den klassischen Abstützungsbereichen Pfeilerzähne vorhanden sind, ist mit einer sehr guten Langzeitprognose zu rechnen. Nachdem klassische Teleskope über viele Jahre in hochgoldhaltigen kupferhaltigen Dentallegierungen erfolgreich eingesetzt wurden, gelingt dies heute ebenso zuverlässig mit CoCr-Legierungen. Prof. Dr. Ina Nitschke, Leiterin der Senioren Zahnmedizin in Zürich/Schweiz, berichtete in einem anrührenden Vortrag über die Grundlagen zur Therapieplanung bei gebrechlichen und pflegebedürftigen Patienten. Die individuelle Konstitution von Senioren muss in die Entscheidungen bei der Planung von Zahnersatz mit einfließen. Nur bei guter Konstitution, die auch in den nächsten Jahren noch zu erhalten sein muss, können die klassischen Konzepte der prothetischen Planung greifen. Je mehr die Konstitution nachlässt, umso mehr müssen Strategien gewählt werden, die für eine einfache und leicht organisierbare Betreuung geeignet sind. Nicht mehr das maximal Machbare, sondern die Belastbarkeit der Patienten steht im Vordergrund. Kompromisse sind zur Zielerreichung einzugehen, um den Patienten helfen zu können.

Wie Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter anhand seiner vielfältigen eigenen Fälle zeigen kann, sind strategische Implantationen wichtige Bestandteile der prothetischen Versorgung. Fehlen Stützzonen, ist es für den Langzeiterhalt der Zähne und der darauf verankerten Versorgung vorteilhaft, durch strategische Implantate Abstützungen wieder zu gewinnen. Aber auch das Umarbeiten von vorhandenem Zahnersatz und nachträgliches Setzen strategischer Implantate nimmt in seiner Behandlung einen breiten Raum ein.

Insbesondere das Kugelkopfattachment ist für ihn in solchen Fällen ein zuverlässiger Partner. Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich aus Rostock beschäftigte sich mit der Implantation im parodontal reduzierten Restgebiss. Er zeigte Chancen und Risiken der Implantation auf. Anhand der Literaturübersicht und eigener Erfahrung ist der Einsatz von Implantaten immer dann mit weniger Risiken behaftet, wenn eine konsequente Parodontaltherapie und UPT durchgeführt wurden. Je größer die Knochendefekte werden, umso weiter steigen der chirurgische Aufwand und die allgemeine Nachsorge.

Nachsorge und Komplikationsmanagement im vorgeschädigten Gebiss wurden von Prof. Dr. Torsten Mundt aus Greifswald anhand seines reichen Erfahrungsschatzes dargestellt. Zahnfrakturen, Retentionsverlust, Parodontalläsionen, Kieferkammatrophy, Restaurationsbruch etc. bestimmen in der Nachsorge von eingegliedertem Zahnersatz den Alltag eines jeden Zahnarztes. Hierzu konnten einige Aspekte näher beleuchtet und wertvolle Tipps für die Praxis gegeben werden.

Mit Spannung wurde der Festvortrag von Prof. Dr. Konrad Ott erwartet. Er studierte Philosophie und Germanistik an der Universität Frankfurt am Main und ist heute nach diversen Stationen in Tübingen, Leipzig, Zürich und Greifswald Professor für Philosophie und Ethik der Umwelt an der Universität Kiel. Er widmete sich der philosophischen Frage: „Zwischen Gesinnungs- und Verantwortungsethik – Wie viel Moral darf es sein?“. Flüchtlings- und Migrationsbewegungen stellen uns als Gesellschaft vor große Herausforderungen, denen wir uns in einer globalen Welt nicht entziehen können. In einem Feuerwerk der philosophischen Dialektik beschäftigte sich der Referent mit dem Entscheidungsdilemma, dass es ein Richtig oder Falsch aufgrund der Zusammenhänge nie geben wird. Jede Position trifft in dieser Frage an Grenzen von Normen und Moralvorstellungen unseres gesellschaftlichen Lebens. So folgte das Auditorium gebannt seinen Ausführungen und den überraschenden dialektischen Konsequenzen. Es machte nachdenklich und betroffen. Ein Vortrag, der den Horizont als Arzt und Mensch weit zu öffnen vermochte und in dieser Form seinesgleichen sucht.

Ein eingespieltes Team aus unserem Bundesland organisierte unauffällig im Hintergrund diese Tagung und schaffte das bewährte schöne Wohlfühlambiente. Eine kompetente Riege an ausstellenden Firmen lud zu Gesprächen und Diskussionen ein. Wie jedes Jahr war die Tagung im Hotel Neptun in Warnemünde eine Reise wert.

Prof. Dr. Reiner Biffar
Wissenschaftlicher Leiter

Abschied von der Geschäftsstelle



Am 23. August haben sich die ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder Dr. Angela Löw, ZA Mario Schreen und Dipl.-Stom. Holger Donath von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Zahnärztekammer verabschiedet. Dipl.-Stom. Donath gehörte dem Vorstand 27 Jahre, ZA Schreen zehn Jahre und Dr. Löw sechs Jahre an. Zum einen dankten die ehemaligen Vorstandsmitglieder der Geschäftsführung und den Sachbearbeitern für die vertrauensvolle Zusammenarbeit der letzten Jahre, zum anderen wünschten die Mitarbeiter ihnen alles Gute für die Zukunft. Am Ende einer bewegenden Rede machte Dipl.-Stom. Donath deutlich, worum es bei der Arbeit der Zahnärztekammer im Kern immer ging und auch weiterhin gehen wird: um eine gute zahnärztliche Versorgung zum Wohle der Patienten in Mecklenburg-Vorpommern. Foto: ZÄK

Stellungnahme zum Leserbrief

in dens 9/2017 von Dr. Andreas Riedel

Als Kammerdelegierter war ich bei der von Dr. Riedel beschriebenen Sitzung dabei. Ich bin mit Dr. Riedel einer Meinung, dass der alte Versorgungsausschuss seit seiner Gründung gut gearbeitet hat. Dass die Arbeit des Versorgungsausschusses überhaupt in die Diskussion geriet, lag m.E. an Vorhaben, eine Trennung der Mitgliederverwaltung von Hamburg zu erreichen und eine eigene Geschäftsstelle M-V zu installieren, was aus meiner Sicht und der vieler Kollegen eine deutliche Kostensteigerung im Vergleich zur bisherigen Lösung bedeutet hätte. Überall in ganz Deutschland fusionieren Rententräger und Krankenkassen, wir in M-V hätten dann das kleinste Versorgungswerk bei sinkender Zahl an Kollegen (und damit Einzählern).

Auch die Informationspolitik des alten Ausschusses ließ sehr zu wünschen übrig, so erhielten die neuen Kammerdelegierten die Informationen zum Versorgungsausschuss erst einen Tag vor der Sitzung per Mail.

Auch deswegen habe ich bei der Wahl für drei der „alten“ Mitglieder des Versorgungsausschusses und auch für zwei neue Kandidaten gestimmt. Im ersten Wahlgang erhielt auch zu meiner Überraschung keiner der bisherigen Ausschussmitglieder eine Mehrheit, mit übergroßer Mehrheit dagegen wurden zwei neue Mitglieder gewählt. Für die nächsten Wahlgänge haben dann alle (!) Mitglieder des alten Versorgungsaus-

schusses in einer Art Trotzreaktion erklärt, nicht mehr als Kandidaten zur Verfügung zu stehen. Da man in einer Abstimmung nur Kandidaten wählen kann, die sich auch zur Wahl stellen, wurden in den weiteren Wahlgängen weitere neue Kandidaten in diesen Ausschuss gewählt.

Ich halte dieses Ergebnis für schlecht, ich verstehe ehrlich gesagt auch diese Art von Trotz nicht, weil auch vorher diese Mitglieder immer betont haben, nur im Interesse der Kollegenschaft zu handeln. Dieses Ergebnis ist ganz sicher nicht im Interesse der vielen Kolleginnen und Kollegen. Die von Dr. Riedel so gebrandmarkte „fahrlässige“ fehlende Kontinuität ist aber unmittelbare Folge eines undemokratischen Verhaltens (Blockwahlen hatten wir zuletzt in der DDR) der „alten“ Kollegen des Ausschusses. Demokratie bedeutet, dass Ämter durch Wahlen besetzt werden.

Ich bin mir sicher, dass auch mit den neuen Mitgliedern des Ausschusses eine Kontinuität erreicht wird, auch die „alten“ Mitglieder haben ja nach der Wende dieses Geschäft erst lernen müssen, mittlerweile sind professionelle Strukturen geschaffen worden, die eine normale Weiterarbeit ermöglichen, auch nach so einem Wechsel.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Bernd Schwahn

Nachbetrachtung

Konstituierende Kammerversammlung am 15. Juli

Zunächst möchte ich mich an dieser Stelle für die Auszeichnung mit der Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft, als Anerkennung für mein berufspolitisches Engagement durch unsere Zahnärztekammer, bedanken.

Leider bleibt diese Anerkennung meinen langjährigen Kollegen vom ehemaligen Versorgungsausschuss versagt. Das Procedere bei der Wahl des Kammervorstandes, insbesondere des Versorgungsausschusses hat einen bleibenden Eindruck hinterlassen.

Aus welchen Gründen der Empfehlung einer Delegierten der Liste „Zahnärzte für Zahnärzte“ gefolgt wird,

die zur völligen Neubesetzung des Versorgungsausschusses aufrief und die bisherigen Mitglieder komplett auszutauschen, bleibt unverständlich. Bewusst haben bisherige Mitglieder auf einer thematischen Landesliste für die Kammerversammlung kandidiert und zum Teil hervorragende Ergebnisse erzielt, dies bleibt völlig unberücksichtigt.

Zudem waren es die nunmehr abgewählten Mitglieder, welche in den vergangenen Jahren dafür sorgten, dass wir nach Einschätzung von Wirtschaftsprüfer und Aktuar in M-V ein grundsolides Versorgungswerk aufgebaut haben. Dies ist gekennzeichnet durch eine kontinuierlich hohe Kapitalrendite (seit 1999 4,38 Prozent

p.a.), mit einer sehr guten Nettorendite in 2016 und einem vergleichsweise hohen Rentenanspruch.

Nach der Kammerversammlung im Juni 2016 hat der Versorgungsausschuss M-V im November 2016 zunächst allen Delegierten der Kammerversammlung und Anfang 2017, dann allen Mitgliedern der Zahnärztekammer umfangreiche Unterlagen auf der Homepage zur Verfügung gestellt.

Sind Erfahrung, Fachwissen, Kontinuität und Kompetenz nicht mehr gefragt bei dem sensiblen Thema der Alters- und Hinterbliebenenversorgung? Überwiegen jetzt persönliche Befindlichkeiten?

Auch der notwendige Generationswechsel wurde

seit über zwei Jahren vorbereitet, indem ein junger Kollege aus Malchow die Aufgaben eines Versorgungsausschusses kennenlernen konnte, Fortbildungen der ABV besuchte, sowie regelmäßig an Ausschusssitzungen teilnahm, um sich als Nachfolgekandidat zur Verfügung zu stellen.

Bleibt zu wünschen, dass die neu gewählten Ausschussmitglieder, die bisher relativ wenig Erfahrung mit Geldanlagen größeren Umfangs gesammelt haben, sich der hohen Verantwortung bewusst sind, ein Vermögen von 400 Millionen zu verwalten und die Anwartschaften bzw. Renten der Kolleginnen und Kollegen weiterhin sichern.

Dr. Ingrid Buchholz

Tagebuch einer Auszubildenden

Sandy Röder berichtet von ihrer Ausbildung

Mit Beginn des Ausbildungsjahres 2017 berichtet die Auszubildende Sandy Röder im Auftrag der Zahnärztekammer M-V in regelmäßigen Abständen von ihrer Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten. In Text-, Bild- und Videoform lässt Sandy an ihren Erlebnissen teilhaben und gibt einen Einblick in den Alltag einer Auszubildenden. Drei Jahre wird Sandy von der Kammer begleitet und mit der Zeugnisausgabe 2020 einen hoffentlich erfolgreichen Abschluss erleben.

Die Videos, Texte und Bilder werden auf www.zaekmv.de (Praxispersonal/Ausbildung/Tagebuch) veröffentlicht.

ZÄK



Deutscher Zahnärztetag 2017

Der Deutsche Zahnärztetag findet vom 8. bis 11. November in Frankfurt am Main statt. Er ist eine gemeinsame Veranstaltung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Details zum standespolitischen Teil sowie zum wissenschaftlichen Kongress über:

www.bzaek.de/deutscher-zahnaerztetag.html

Zukunftskongress Beruf & Familie

Der Zukunftskongress ist eine kostenfreie Veranstaltung für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte. Er findet zum vierten Mal statt und befasst sich mit dem Thema „Praxis- und Familiengründung“. Veranstalter wird der Kongress im Rahmen des Deutschen Zahnärztetags am 11. November 2017 in Frankfurt. Weitere Informationen, Programm und Anmeldung über www.zukunftskongress-beruf-familie.de

BZÄK

Elektronische Gesundheitskarte

Jetzt Onlineanbindung in den Praxen in Angriff nehmen

Telekommunikationsdienstleister und Softwareunternehmen sollten in den kommenden Monaten ordentlich ins Schwitzen kommen. 250 000 Konnektoren und Lesegeräte werden benötigt, um zahnärztliche und ärztliche Praxen sowie Krankenhäuser auszustatten.

Unterdessen haben Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband eine Grundsatzfinanzierungsvereinbarung (GFinV) und eine Pauschalenvereinbarung geschlossen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass beide Vereinbarungen nicht als statisches Regelwerk zu verstehen sind, sondern fortlaufend an aktuelle Entwicklungen insbesondere des Marktes für die erforderlichen Komponenten und Dienstleistungen angepasst werden.

Für die Inbetriebnahme der eGK-Onlineanbindung werden folgende Komponenten benötigt:

- ein Online-Zugang in der Praxis,
- eine SMC-B (elektronischer Praxisausweis),
- ein Software-Update für das Praxisverwaltungssystem,

- einen Konnektor für die sichere Verbindung zur Telematik-Infrastruktur,
- ein neues Kartenlesegerät.

Verfügt eine Praxis derzeit über keinen Online-Zugang, sollte zügig Kontakt mit einem Telekommunikationsdienstleister aufgenommen werden.

Die Bestellung einer SMC-B ist ab Ende September möglich. Sie kann über den geschützten Bereich der KZV-Webseite bei einem externen Dienstleister bestellt werden. Die Zustellung soll dann innerhalb von vier bis sechs Wochen erfolgen.

Eine Abfrage beim jeweiligen Software-Hersteller sollte klären, ob und wann das erforderliche Software-Update zur Verfügung steht. Der Software-Hersteller gibt auch Informationen zur Bestellung eines Konnektors und eines neuen Lesegeräts. Die ersten Geräte werden voraussichtlich im Oktober verfügbar sein. Aufgrund der großen Nachfrage kann es zu langen Lieferfristen kommen. Zu beachten ist, dass nur Geräte zum Einsatz kommen dürfen, die von der gematik zugelassen wurden.

Mobile Kartenlesegeräte werden voraussichtlich erst ab Anfang 2018 verfügbar sein. Zeitdruck be-

4 Schritte zur Telematikinfrastruktur

Angebote einholen und Zeitpunkt für den Einstieg festlegen

Holen Sie sich ein Angebot für die Erstausrüstung und den laufenden Betrieb ein. Folgende Punkte sind zu beachten:

- Fragen Sie bei Ihrem PVS-Hersteller nach, ab wann er die Integration der Komponenten und Dienste in das Praxisverwaltungssystem bereitstellen kann. Diese sind für den Anschluss an die TI ebenso erforderlich wie ein Internetanschluss.
- Sind die Kosten mit der Pauschale für das Standard-Erstausrüstungspaket gedeckt? Bedenken Sie, dass sich die Höhe der Pauschale danach richtet, wann die Komponenten und Dienste in der Praxis in Betrieb genommen wurden. Lassen Sie sich deshalb schon im Vertrag zusichern, in welchem Quartal die Geräte installiert werden.
- Ist bei einem Defekt ein zeitnahe Austausch der Geräte (Konnektor, Kartenterminal, Praxisausweis) vorgesehen?
- Ist auch eine Schulung des Praxispersonals vorgesehen?
- Wird in einem Paket auch ein „VPN-Zugangsdienst“ inklusive einem sicheren Zugang zum Internet angeboten? Der sichere Zugang zum Internet ist optional wählbar, muss vom Dienstleister aber obligatorisch angeboten werden.

Praxisausweis bestellen – Für die Anmeldung in der TI benötigen Sie einen Praxisausweis (SMC-B). Bestellen Sie den Ausweis recht-

zeitig über Ihre KZV bei einem zugelassenen SMC-B Anbieter, damit er zusammen mit der PIN zur Installation des TI-Anschlusses vorliegt. Es muss mit etwa vier Wochen zwischen Beantragung und Auslieferung der SMC-B gerechnet werden.

Termin für Installation vereinbaren – Vereinbaren Sie einen Termin für die Installation. Halten Sie für die Installation die Administrator-Passwörter für die Praxis-IT, die Passwörter für Internet und Internet-Router sowie die PIN für den Praxisausweis bereit. Nach dem Anschluss können Sie den Versichertenstammdatenabgleich durchführen.

Hinweis: Erster Ansprechpartner für die Installation sollte Ihr IT-Dienstleister sein. Dieser kann gut beurteilen, wann für Sie und Ihre Praxis ein guter Zeitpunkt für einen Anschluss an die Telematikinfrastruktur ist.

Finanzierungspauschalen erhalten – Das Geld für die Erstausrüstung und den laufenden Betrieb erhalten Sie über Ihre KZV. Diese wird Sie auch über das konkrete Verfahren informieren. In jedem Fall besteht ein Anspruch auf Erstattung erst, wenn die Inbetriebnahme der eGK-Onlineanbindung in der Praxis erfolgt ist.

Informationen – Ausführliche Informationen stehen im Rundbrief 4 der KZV. Zusätzliche Informationen stehen auf der Webseite der KZV unter: www.kzvmv.de, Wir für Sie.

steht nicht beim elektronischen Heilberufsausweis (eHBA), der von der Zahnärztekammer ausgegeben wird. Er ist für die eGK-Onlineanbindung ohne Belang. Benötigt wird ausschließlich die SMC-B.

Erstattungen für MKG-Praxen

Mit § 5 Abs. 5 der Grundsatzfinanzierungsvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband ist festgelegt worden, dass MKG-Praxen, die sowohl über eine ärztliche als auch eine zahnärztliche Zulassung verfügen, die Erstattungsbeträge ausschließlich bei der KZV und nicht bei der KV beantragen.

Für alle Mitglieder der KZV Mecklenburg-Vorpommern wird die Beantragung der Erstausrüstung über ein Online-Formular im geschützten Bereich der Webseite erfolgen. Eine rechtzeitige Information, sobald das Formular zur Verfügung steht, wird über den Rundbrief vorgenommen.

Erstattungen für Praxen mit mehreren Standorten

Gemäß § 2 Abs. 2 der Grundsatzfinanzierungsvereinbarung erhalten überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit genehmigten Zweigpraxen die Erstattungspauschalen für die eGK-Onlineanbindung je Standort.

So hat beispielsweise eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Praxisstandort A mit vier Behandlern und einem Praxisstandort B mit zwei Behandlern Anspruch auf die Erstattungspauschalen für zwei Konnektoren und drei Lesegeräte. Ein Konnektor und zwei Lesegeräte für Praxisstandort A und ein Konnektor und ein Lesegerät für Praxisstandort B.

In jedem Fall besteht ein Anspruch auf Erstattung erst, wenn die Inbetriebnahme der eGK-Onlineanbindung in der Praxis erfolgt ist.

KZV

Präventionspreis M-V vergeben

Kluge und ideenreiche Projekte im Bereich der Prävention

Preisträger geehrt: Gesundheitsminister Harry Glawe hat auf der Landesgesundheitskonferenz in Güstrow erstmals den Präventionspreis Mecklenburg-Vorpommern vergeben. „Der ausgelobte Preis soll Akteure in Mecklenburg-Vorpommern im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bestärken, bisher Erreichtes sichtbar zu machen und – als Beispiele guter Praxis – neue Impulse für unser Bundesland setzen“, sagte der Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Harry Glawe vor Ort.

Glawe dankte allen, die sich stets mit ihren Initiativen, Netzwerken und Projekten für ein gesundes Leben der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern einsetzen. „Gerade im Präventionsbereich schlummern viele Sachen auch im Verborgenen, umso wichtiger ist es, verstärkt auf kluge und ideenreiche Projekte noch stärker aufmerksam zu machen“, so Glawe weiter.

31 Projekte für den Präventionspreis eingereicht

Insgesamt wurden 31 Projekte in vier Kategorien für den Präventionspreis Mecklenburg-Vorpommern eingereicht.

Eine Jury – bestehend aus dem Beirat der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und einem Vertreter des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit – hat unter allen eingegangenen Projekten die Preisträger ausgewählt.

Prävention und Gesundheitsförderung muss in allen Lebenswelten greifen

Anfang des Jahres konnte die Landesrahmenvereinbarung für Mecklenburg-Vorpommern zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie unterzeichnet werden. Die bereits bestehenden und gut funktionierenden Strukturen im Land sollten zukünftig weiter ausgebaut und verdichtet werden. Damit erreichen wir gemeinsam eine flächendeckende, medizinisch hochwertige Versorgung und eine lebensbegleitende umfassende Gesundheitsförderung und Prävention.

Um auch weiterhin solche Ideen und Projekte zu ermöglichen, sollten bereits bestehende Netzwerke im Bereich Gesundheitsversorgung und Prävention weiter ausgebaut werden. „Die Ermöglichung einer optimalen gesundheitlichen Vorsorge der Menschen gelingt nur, wenn alle Partner im Land zusammenarbeiten und sich vernetzen“, sagte Gesundheitsminister Glawe. Das Aktionsbündnis für Gesundheit kann hierbei eine zentrale Rolle einnehmen, um weitere Partner für Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen und die Reichweite der verschiedenen Projekte und Aktivitäten zu vergrößern.

Informationen zu den Preisträgern: www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/Presse

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit

Anerkennung der Berufsqualifikation

296 ausländische Fachkräfte stellten 2016 einen Antrag

Fachkräfte aus dem Ausland können ihren Berufsabschluss auf Gleichwertigkeit zu einer in Deutschland erworbenen Qualifikation prüfen lassen. Im Jahr 2016 wurden in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 296 Anträge zur Anerkennung der ausländischen Berufsqualifikation gestellt. Nach Angaben des Statistischen Amtes waren das 55 Anerkennungsverfahren mehr als 2015 und 95 mehr als bei der erstmaligen statistischen Erfassung im Jahr 2013.

Von den für die Anerkennung zuständigen Stellen wurden 290 Verfahren während des Jahres 2016 abgeschlossen, bei weiteren fünf stand die Entscheidung noch aus. In 182 Fällen (61 Prozent) wurde der ausländische Berufsabschluss mit voller Gleichwertigkeit zu einer in Deutschland erworbenen Qualifikation anerkannt. Bei 78 Feststellungsverfahren ist der Antrag als beschränkt gleichwertig beschieden worden. Hierzu zählen Bescheide, die mit Auflage einer Ausgleichsmaßnahme (71 Verfahren), wie Anpassungslehrgänge und Eignungsprüfungen, abgeschlossen wurden oder Anträge, die nur eine teilweise Gleichwertigkeit aufwiesen. Jedes zehnte Verfahren (30 Anträge) endete mit einem negativen Bescheid.

Die mit großem Abstand meisten Anerkennungsverfahren betrafen wie in den Vorjahren medizinische Gesundheitsberufe. Auf diese Berufsgruppe entfielen 211 der insgesamt 296 Verfahren. Allein 134 Anträge zur Anerkennung der beruflichen Qualifikation wurden von Ärzten und Zahnärzten gestellt. 46 Verfahren bezogen sich auf lehrende bzw. ausbildende Berufe und weitere 20 zählten zu der Berufsgruppe „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“.

Die Mehrzahl der Antragsteller (189 Personen; 64 Prozent) besaßen eine europäische Staatsbürgerschaft und stammten überwiegend aus Polen, Ungarn, der Ukraine und der Russischen Föderation. 82 (28 Prozent) kamen aus Asien, hier hauptsächlich aus Syrien (39 Personen).

StatA MV

Um in Deutschland am Patienten tätig zu sein, benötigt jeder Zahnarzt eine Approbation. Bei der Anerkennung ausländischer Ausbildungsabschlüsse gilt der Grundsatz, dass diese im Interesse des Patientenschutzes der deutschen Ausbildung gleichwertig sein müssen. Gleichzeitig bedarf es aus den gleichen Gründen einer ausreichenden Sprach- und Kommunikationsfähigkeit. Der Antragsteller muss also in der Regel eine Fachsprachenprüfung und eine Gleichwertigkeits-/Kenntnisprüfung absolvieren. Zuständig für dieses Verfahren ist die Landesbehörde

– in Mecklenburg-Vorpommern das Landesprüfungsamt für Heilberufe: www.lagus.mv-regierung.de/LPH/ –, in dessen Auftrag die Zahnärztekammer die entsprechenden Prüfungen durchführt. Voraussetzung für die Zulassung zum Fachsprachentest nach C1 ist ein Sprachnachweis nach B2.

Vom Landesprüfungsamt für Heilberufe (LPH) hat die Zahnärztekammer bezüglich der ausländischen Zahnärzte folgende Daten erhalten:

Gleichwertigkeitsprüfungen von 2014 bis 2017:

Teilnehmer gesamt:	7
bestanden gesamt:	4
nicht bestanden:	3

Anerkennungen 2016:

5 Approbationen, davon 1 x Ägypten, 1 x Ukraine, 2 x Syrien, 1 x Vereinigte Arabische Emirate

12 Berufserlaubnisse, davon 1 x Ägypten, 3 x Ukraine, 1 x Kasachstan, 1 x Vereinigte Arabische Emirate, 1 x Jemen, 1 x Venezuela, 3 x Syrien, 1 x Albanien

Anerkennung bis August 2017:

6 Berufserlaubnisse, davon 1 x Aserbaidschan, 1 x Serbien, 3 x Syrien, 1 x Ukraine

7 Approbationen, davon 1 x Brasilien, 1 x Ukraine, 1 x Venezuela, 1 x Vereinigte Arabische Emirate, 1 x Mazedonien, 1 x Syrien, 1 x Polen

ZÄK

Latexallergien und Prävention?

Sie sollen schützen und können doch Allergien auslösen: Einmalhandschuhe aus Naturlatex. Deshalb sollte bei Einkauf und Verwendung von Schutzhandschuhen auf Produkte geachtet werden, die keine oder möglichst wenig Allergien auslösende Stoffe enthalten. Informationen dazu und Links zu Listen verträglicher Produkte bietet die Website der BGW:

www.bgw-online.de/goto/allergiegefahr

BGW

Antibiotika-Resistenz-Surveillance

RKI stellt Daten zur Erregern und deren Resistenz bereit

Die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen gegen Antibiotika hat sich weltweit zu einem gravierenden Problem der öffentlichen Gesundheit entwickelt, da dadurch die Behandlung von bakteriellen Infektionskrankheiten zunehmend erschwert wird. Als Reaktion darauf hat das Bundesministerium für Gesundheit die Deutsche Antibiotika Resistenzstrategie (DART) entwickelt. Eine zentrale Stellung nehmen dabei Surveillance-Systeme zur Antibiotika-Resistenz sowie zum Antibiotika-Verbrauch ein, um auf der Basis verlässlicher und repräsentativer Daten Maßnahmen zur Begrenzung des Problems ergreifen zu können.

Mit ARS – Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland – wurde die Infrastruktur für eine flächen-

deckende Surveillance der Antibiotika-Resistenz etabliert, die sowohl die stationäre Krankenversorgung als auch den Sektor der ambulanten Versorgung abdeckt. Damit sollen belastbare Daten zur Epidemiologie der Antibiotika-Resistenz in Deutschland bereitgestellt sowie differentielle Aussagen nach Strukturmerkmalen der Krankenversorgung und nach Regionen möglich werden.

ARS ist konzipiert als laborgestütztes Surveillance-System zur kontinuierlichen Erhebung von Resistenzdaten aus der Routine für das gesamte Spektrum klinisch relevanter bakterieller Erreger.

Im Internet: <https://ars.rki.de>

RKI

Start für Bundespflegekammer

Einheitliche Selbstverwaltung aller professionellen Pflegeberufe

Der Deutsche Pflegerat hat am 15. August die Errichtung einer Gründungskonferenz für eine Bundespflegekammer beschlossen.

Damit ist der Startschuss für eine gemeinsame und einheitliche Selbstverwaltung aller professionellen Pflegeberufe auf Bundesebene gefallen. Die Gründungskonferenz wird die Aufgabe haben, innerhalb höchstens eines Jahres alle Vorbereitungen zu treffen, um eine Bundespflegekammer als gemeinsames Dach der bereits existierenden Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und weiterer in Vorbereitung befindlicher Kammern der Pflegeberufe zu bilden. Initiativen für Landespflegekammern gibt es derzeit in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg.

„Mit dem nun gefassten Beschluss haben wir einen berufspolitischen Meilenstein für die Selbstverwaltung der Pflege geschafft“, kommentiert Andreas Westerfellhaus, der Präsident des Deutschen Pflegerats, die Errichtung der Gründungskonferenz. „Dies ist insbesondere auch ein Signal an die Bundespolitik für die im Herbst beginnende neue Legislaturperiode.“

Getragen werden soll die Bundespflegekammer von den Landespflegekammern, in denen alle Pflegefachpersonen eines Bundeslandes persönlich Mitglied sind. Organisationen, die keine unabhängige Selbstverwaltung sind, können nicht Mitglied der Bundespflegekammer werden.

Aufgabe der Bundespflegekammer soll es sein, eine starke und gemeinsame Interessenvertretung aller professionellen Pflegekräfte zu schaffen und damit zentraler Ansprechpartner der Politik und des Gesetzgebers zu werden. Ferner wird die Bundespflegekammer eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Selbstverwaltungsorganen anstreben. Eine Aufgabe der Pflegekammern ist es, die Berufsbilder in der Pflege entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und dem sich wandelnden Bedarf einer alternden Gesellschaft weiterzuentwickeln und die Qualität der Berufsausübung zu sichern. Daneben soll die Bundespflegekammer auch dazu beitragen, dass bald in allen Bundesländern unabhängige Landespflegekammern etabliert werden.

Die Gründungskonferenz hat das Ziel, innerhalb der nächsten Monate alle organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, um die Bundespflegekammer arbeitsfähig zu machen.

Ansprechpartner: Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Internet: www.deutscher-pflegerat.de

Zum Deutschen Pflegerat e.V. (DPR):

Der Deutsche Pflegerat e.V. wurde 1998 gegründet, um die Positionen der Pflegeorganisationen einheitlich darzustellen und deren politische Arbeit zu koordinieren. Darüber hinaus fördert der Zusammenschluss aus 16 Verbänden die berufliche Selbstverwaltung.

Bildnutzung im Internet

Nutzungsrechte: Fotos rechtlich sicher verwenden

*B*ilder sind ein Muss für attraktive Seiten im Internet. Viele Seiteninhaber erwerben die Nutzungsrechte an Fotografien über Bildagenturen oder direkt beim Fotografen. Nachfolgend erfahren Sie, worauf bei der Verwendung fremder Fotos zu achten ist.

Die rechtlichen Grundlagen

Im Urheberrecht kann der Fotograf einer anderen Person das Recht einräumen, die Fotografie für die Internetseite oder für Social Media-Kanäle zu nutzen. Die Übertragung des Nutzungsrechts erfolgt durch eine Lizenzvereinbarung, die mündlich als auch schriftlich mit dem Fotografen geschlossen werden kann.

Nach § 31 Abs. 1 S. 2 UrhG können Nutzungsrechte grundsätzlich auch zeitlich, räumlich oder inhaltlich beschränkt eingeräumt werden. Dann dürfen Fotos nur auf einer bestimmten Webseite oder in einem Printprodukt, nur für zwei Jahre oder nur innerhalb Europas etc. verwendet werden. Meist erfolgt eine Beschränkung dabei auf die jeweilige Nutzungsart, beispielsweise „gewerbliche Nutzung für Webseite“.

Das Problem

Viele Unternehmen und auch Privatpersonen erwerben die Nutzungsrechte an Fotografien direkt beim Fotografen oder über Bildagenturen. Bei Fotolia, Pixelio und Co. lassen sich gratis oder für wenig Geld Nutzungsrechte an Bildern von professionellen Fotografen erwerben. Aber kann sich der Seitenbetreiber darauf verlassen, dass mit den Bildern lizenzrechtlich alles in Ordnung ist? Was ist, wenn das Foto gar nicht dem Fotografen gehört oder die Werbeagentur, die die Internetseite erstellt hat, Lizenzen nicht korrekt eingekauft hat?

Haftet der Seiteninhaber für eventuelle urheberrechtliche Abmahnungen? Die Antwort ist eindeutig: Ja, er haftet, denn es gibt keinen gutgläubigen Erwerb von Nutzungsrechten. Wer im guten Glauben vermeintlich Rechte erwirbt, der kann gleichwohl vom Urheber auf Unterlassung in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass der Urheber berechtigt ist, eine Unterlassungserklärung zu fordern und die Kosten der Abmahnung zu verlangen. Bei der Frage, ob auch Schadensersatz (Lizenzgebühr) an den Urheber zu zahlen ist, kommt es darauf an, ob der Seiteninhaber schuldhaft ge-



Rechtsanwältin Katrin Freihof Foto: RESMEDIA Berlin

handelt hat. Die Rechtsprechung legt hier einen strengen Maßstab an: Der Verwender der Fotografie hat die Erwerberkette bei Nutzungsrechten vollständig zu überprüfen.

Erwerb von Fotos über Fotoagenturen

Bei den Bildagenturen im Internet gilt es, die Lizenzbedingungen genau zu lesen. Wie eingangs erwähnt, werden Nutzungsrechte meist auf eine bestimmte Nutzungsart beschränkt. Oft muss man für die Social Media-Nutzung ein erhöhtes Entgelt zahlen.

Bei vielen Fotoagenturen wird eine solche Beschränkung bereits beim Download der erworbenen Bilder vorgenommen. So wird für die jeweilige Verwendung entsprechend eine angepasste Größe der Fotografie gekauft. Hochauflösende Versionen sind regelmäßig für großflächige Printinhalte gedacht, die kleineren Versionen dagegen eher für die Onlinenutzung. Welche Einschränkungen in der Nutzung genau bestehen, sollte auf jeden Fall vorher mithilfe der Lizenzverträge und Nutzungsbedingungen nachgelesen werden.

Erwerb von Fotos direkt beim Fotografen

Werden die Nutzungsrechte direkt vom Fotografen

erworben, sollte eine schriftliche Übertragung der Rechte erfolgen, welche auch Art und Umfang der Nutzung beinhaltet. Ferner sollte man sich vom Fotografen vertraglich zusichern lassen, dass das Bild frei von Rechten Dritter ist. Da es keinen gutgläubigen Erwerb von Nutzungsrechten gibt, haftet der Seitenbetreiber im Fall der Fälle trotzdem noch auf Unterlassung. Er kann seinen Schaden aber direkt beim Fotografen geltend machen.

Erstellung der Webseite durch Werbeagentur

Entweder kauft die Agentur im eigenen Namen Fotos ein und hat das Recht, die Fotos weiter an Kunden unterlizenzieren zu dürfen, oder die Fotos werden direkt auf den Namen des jeweiligen Kunden lizenziert. In beiden Fällen gilt, dass der Auftraggeber nicht darauf vertrauen kann, dass die

Werbeagentur den Internetauftritt frei von Rechten Dritter erstellt und „schon alles richtig macht“. Auch mit der Auswahl einer etablierten, vertrauenswürdigen Werbeagentur kann sich der Seiteninhaber nicht exkulpieren, denn beim Verschulden gilt ein strenger Maßstab. Vielmehr muss er sich erkundigen, ob die Agentur im Besitz von Verwertungsrechten ist oder ob die Fotos korrekt auf den Namen des Kunden gekauft wurden – und sich dies auch vertraglich zusichern lassen. Nur so besteht die Möglichkeit, dass ein eventuell später entstandener Schaden von der Agentur übernommen werden muss.

Rechtsanwältin Katrin Freihof
Fachanwältin für gewerblichen Rechtsschutz
RESMEDIA Berlin

Welche Bilder sind urheberrechtlich geschützt?

Alle Bilder und Fotografien genießen Urheberrechtsschutz. Das Urheberrechtsgesetz unterscheidet zwischen Lichtbildwerken und Lichtbildern. Lichtbildwerke sind künstlerisch anspruchsvolle und qualitativ hochwertige Aufnahmen, wie sie etwa von Profifotografen gemacht werden. Deren Schutzdauer endet 70 Jahre nach dem Tod des Urhebers. Die unerlaubte Nutzung von Lichtbildwerken kostet mehr als die von Lichtbildern. Darunter fallen alle anderen Fotografien. Die Schutzdauer beträgt 50 Jahre ab Veröffentlichung.

Ein Foto ist nicht mit einem Copyrightzeichen versehen. Ist das Bild frei verwendbar?

Das Urheberrecht entsteht automatisch mit der Vervollendung des Werkes, bei einem Foto unmittelbar nach Drücken des Auslösers. Das Copyrightzeichen (c), zu Deutsch Urheberrechtsvermerk, ist lediglich ein Hinweis auf den Urheberrechtsschutz. Es ist jedoch keine Voraussetzung für einen Schutz. Fotos ohne Copyrightvermerk dürfen also nicht frei verwendet werden. Das Gleiche gilt für Bilder, deren Urheber oder Rechteinhaber unbekannt sind.

Unerlaubte Bildnutzung kann teuer werden

Ob aus Unwissenheit oder Kalkül: Wer Bilder ohne Einwilligung des Urhebers nutzt, riskiert eine Abmahnung. Das gilt für Internetseiten ebenso wie für Printprodukte. Wie verhält man sich im Fall einer Abmahnung richtig? Die KZV fragt bei Rechtsanwältin Katrin Freihof nach.

KZV: Frau Freihof, was ist eine Abmahnung?

Katrin Freihof: Bei einer Abmahnung handelt es

sich um ein außergerichtliches Schreiben, das in erster Linie dazu dient, den Rechtsverletzer auf sein rechtswidriges Verhalten hinzuweisen und wenn möglich eine gerichtliche Auseinandersetzung zu vermeiden. Außerdem enthält die Abmahnung die Aufforderung, das vorgeworfene Verhalten in Zukunft zu unterlassen. Um den Unterlassungsanspruch der Gegenseite zu befriedigen, sollte eine Unterlassungserklärung innerhalb einer kurzen Frist abgegeben werden. Die Ab-

mahnung enthält zudem ein Auskunftsverlangen sowie ein Zahlungsbegehren für Rechtsanwaltskosten und gegebenenfalls Lizenzgebühren für die Bilder, die meist erst nach Auskunftserteilung konkret beziffert werden. Die Abmahnung muss in jedem Fall die Androhung gerichtlicher Schritte enthalten.

KZV: Was genau ist der Unterschied zwischen einer Abmahnung und einer Unterlassungserklärung?

Katrin Freihof: Die Abmahnung weist auf den Rechtsverstoß hin und enthält in den meisten Fällen eine vorformulierte Unterlassungserklärung. Die Unterlassungserklärung hat der Rechtsverletzer abzugeben. Dabei handelt es sich um einen Vertrag auf unbestimmte Zeit, der im Wiederholungsfalle eine Vertragsstrafenforderung der Gegenseite nach sich zieht.

Gültig ist die Unterlassungserklärung nur, wenn sie dem Gegner im Original zugeht. Sollte man die Unterlassungserklärung des Gegners abändern, also nicht das vorformulierte Schreiben verwenden, muss dieser die geänderte Unterlassungserklärung ausdrücklich annehmen und den Zugang der Annahmeerklärung im Streitfall auch beweisen.

KZV: Die Abmahnung wegen unerlaubter Bildnutzung ist ins Haus geflattert. Wie reagiere ich richtig?

Katrin Freihof: Es besteht ein Anspruch darauf, sich in angemessener Zeit einen Rechtsrat einzuholen. Sollte die Abmahnung also erst einen Tag vor Fristablauf zugestellt werden, verlängern Sie die Frist um eine angemessene Zeit, in der Regel um fünf Werktage. Es sollte Ruhe bewahrt werden, die vorgeworfenen Tatsachen geprüft, Lizenzvereinbarungen gesichert und im Falle von Internetseiten Screenshots mit Datum gefertigt werden.

Erst danach sollten die Fotos gegebenenfalls entfernt werden. Nur so lässt sich prüfen, ob der Vorwurf gerechtfertigt ist. Die Frist für die Abgabe der Unterlassungserklärung sollte unbedingt eingehalten werden – sofern sich die urheberrechtliche Verletzung bestätigt.

KZV: Was sollte ich auf keinen Fall tun?

Katrin Freihof: Falsch wäre es, auf die Abmahnung gar nicht zu reagieren. Persönlicher Kontakt mit dem gegnerischen Rechtsanwalt sollte vermieden werden. Die Unterlassungserklärung sollte nicht vorschnell abgegeben werden, denn es muss zunächst geprüft werden, ob überhaupt eine urheberrechtliche Verletzung vorliegt.

Aber selbst wenn ein Rechtsverstoß vorliegt,

kann die vorformulierte Unterlassungserklärung des Gegners zu weit oder zu eng gefasst sein oder ein zu hohes Vertragsstrafeversprechen oder Regelungen zu Auskunft und Kosten enthalten.

KZV: Was passiert, wenn ich auf die Abmahnung nicht reagiere?

Katrin Freihof: Der Gegner kann eine einstweilige Verfügung beim Gericht erwirken und das schon nach relativ kurzer Zeit nach der Abmahnung. Von der Antragstellung bekommt man als Abgemahnter nichts mit. Erst wenn der Gerichtsvollzieher den gerichtlichen Beschluss zustellt, erlangt man Kenntnis von der Einschaltung des Gerichts.

Gegen den einstweiligen Verfügungsbeschluss kann man jedoch jederzeit Widerspruch einlegen, wenn Chancen auf eine Rechtsverteidigung bestehen. Sollte der Gegner keine einstweilige Verfügung beantragen, hat dieser die Möglichkeit der Klage. Im Falle einer Abmahnung wegen einer Fotografie wird im Regelfall eine Stufenklage eingereicht, diese ist gerichtet auf Unterlassung, Auskunft und Schadensersatz.

Die regelmäßige Verjährungszeit beträgt drei Jahre, für den Lizenzschaden beträgt die Verjährungszeit allerdings zehn Jahre.

KZV: Welche Kosten kommen im Falle einer Abmahnung auf mich zu?

Katrin Freihof: Das kommt immer darauf an, um was für eine Fotografie es sich handelt, zum Beispiel eine Produktfotografie aus einem Online-shop, eine künstlerische Fotografie oder eine Stockfotografie einer Bildagentur. Die Kosten hängen zudem davon ab, wie das Foto genutzt wurde. Der Gegner verlangt in der Regel Kosten für die Abmahnung – zumindest dann, wenn ein Anwalt die Abmahnung verschickt hat.

Diese Kosten stellen oft den größten Posten dar und liegen bei der unberechtigten Nutzung eines einzigen Bildes meist zwischen 150 Euro bei privater Nutzung und 800 Euro netto. Die Gebühren erhöhen sich, wenn mehrere Bilder benutzt wurden.

Der Schadensersatz für den Fotografen berechnet sich meist nach der Nutzungsdauer. Als Branchenwert für Fotografen kann beispielsweise die Broschüre „Bildhonorare“ der Mittelstandsgemeinschaft Foto-Marketing herangezogen werden, die jährlich erscheint. Zum Beispiel würden bei einer sechsmonatigen Nutzung in einem Unternehmensblog 180 Euro Schadensersatz anfallen.

KZV: Vielen Dank für die Auskunft.

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
der KZV Rheinland-Pfalz

Ankündigung Vertreterversammlung

Laut § 14 Abs. 8 der Satzung der KZV M-V sind die Sitzungen der Vertreterversammlung für die Mitglieder der KZV M-V öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befassen.

Vorläufige Tagesordnung zur Vertreterversammlung am 15. November 2017

Beginn: 10 Uhr, im Haus der Heilberufe, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

1. Begrüßung und Feststellung der satzungsmäßigen Einberufung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Bestellung des Protokollführers, des Führers der Rednerliste und von mindestens 2 Personen zur Stimmzählung
4. Bekanntgabe der endgültigen Tagesordnung und der gestellten Anträge
5. Feststellung der Öffentlichkeit der Vertreterversammlung
6. Bericht des Vorsitzenden der
7. Vertreterversammlung
8. Bericht des Vorstandes
 - a) – Geschäftsbereich I - mit anschließender Diskussion
 - b) – Geschäftsbereich II - mit anschließender Diskussion
9. Bericht des Koordinationsgremiums
10. Fragestunde
11. Beschlussfassung über eingereichte Anträge
12. Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses mit anschließender Aussprache und Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2016
13. Verabschiedung des Haushaltsplanes für das Jahr 2018
 - Bericht des Haushalts- und Finanzausschusses
 - Vorstellung des Haushaltsplanes für das Jahr 2018
14. Verschiedenes – Sitzungstermine 2018

GOÄ-Kommentar für die Zahnarztpraxis Bundeszahnärztekammer veröffentlicht GOÄ-Kurzkommentar

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist auch in der Zahnarztpraxis Grundlage für die Berechnung von Leistungen. Der Ausschuss Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat deshalb ergänzend zum Kommentar zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einen Kurzkommentar zur GOÄ erarbeitet. Dieser steht ab jetzt online auf der BZÄK-Homepage und soll bei der Abrechnung in der zahnärztlichen Praxis helfen.

Der Zahnarzt hat nach § 6 Abs. 2 GOZ den Zugriff auf einen begrenzten Bereich der GOÄ, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung in der GOZ enthalten ist. Einige GOÄ-Leistungen werden in hoher Frequenz von

allgemeinzahnärztlichen Praxen erbracht.

„Der Kommentar wurde trotz der fortschrittenen Novellierung der GOÄ erstellt, da deren Inkrafttreten gegenwärtig nicht bekannt ist. In den Praxen besteht aber jetzt ein Informationsbedarf für die korrekte Anwendung der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte“, so BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel.

Der GOÄ-Kurzkommentar der BZÄK wird kontinuierlich aktualisiert.

Er kann umfassendere Kommentarausgaben zur gesamten ärztlichen Gebührenordnung jedoch nicht ersetzen.

Im Internet: www.bzaek.de/kommentar-goae

BZÄK

Der Parodontale Screening Index

Ein Kommentar zum Artikel im *dens* 4/2017, Seite 17

*D*ankenswerterweise wurden der KZV durch Prof. Dr. Thomas Kocher und Michael Eremenko zu dem in *dens* 4/2017 abgedruckten Abrechnungshinweisen zum Parodontalen Screening Index (PSI) – BEMA Nr. 04 einige Ergänzungen aus klinischer Sicht, insbesondere zu Parodontalerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, zur Verfügung gestellt, die wir an dieser Stelle veröffentlichen möchten. Da es sich insbesondere um die parodontalen Begleitsymptome von Syndromerkrankungen handelt, möchten wir darauf verweisen, dass die derzeit geltenden BEMA-Abrechnungsbestimmungen hier leider keine Ausnahmen zulassen. Es werden aber durch die Bundesebene nach wie vor Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geführt, um Anpassungen im Interesse dieser Patientengruppen zu erreichen.

KZV

Kommentar von Michael Eremenko & Prof. Dr. med. dent Thomas Kocher

Die parodontale Erkrankungslast und der parodontale Behandlungsbedarf wird in Deutschland aufgrund der demografischen Entwicklung prognostisch ansteigen. Daher ist es wichtig, diese Erkrankung frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Der Parodontale Screening Index (PSI) eignet sich als ein schnelles (2,3-3,15 min) Screeninginstrument für die Erfassung von Parodontopathien. Dieser dient dazu, die parodontal erkrankten Patienten im Praxisalltag herauszufiltern, eine weiterführende Diagnostik durchzuführen und, falls notwendig, die notwendige Therapie in Angriff zu nehmen oder an einen fachspezialisierten Kollegen zu überweisen.

Die Parodontitis ist eine bakteriell bedingte Entzündung. Etwa elf Millionen Deutsche leiden daran. Laut der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie aus dem Jahr 2014 sinkt die Prävalenz der parodontal geschädigten Zähne und damit steigt die Prävalenz parodontal gesunder Probanden. Die jüngeren Senioren (65-74 Jahre alt) der DMS V-Kohorte haben fünf Zähne mehr als die jüngeren Senioren der DMS IV-Kohorte.

Seinen Ursprung nimmt der PSI im Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) aus dem Jahr 1982. Die britische Gesellschaft für

Parodontologie entwickelte später den simplify Basic Periodontal Index (simplify BPE). Hierbei wurde der Index an den Schlüsselzähnen (16, 11, 26, 36, 31 sowie 46) erhoben. Die kanadische und holländische Gesellschaft für Parodontologie entwickelte daraus den Periodontal Screening and Recording (PSR) und Dutch Periodontal Screening Index (DPSI). Aus diesem wurde wiederum der Parodontale Screening Index (PSI) erarbeitet.

Seit 2002 wird PSI von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo) als Routineuntersuchung im Praxisalltag empfohlen und er wurde in Deutschland 2004 in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen.

Der PSI kann sowohl an Kindern als auch Erwachsenen erhoben werden und ist für den Untersucher leicht zu erlernen sowie anzuwenden. Bei Kindern und Jugendlichen muss jedoch zwischen Pseudotaschen und „echten“ pathologischen Sondierungstiefen unterschieden werden. Pseudotaschen entstehen bei Kindern und Jugendlichen während eines Zahndurchbruches. Diese reduzieren sich bis zum 12. Lebensjahr und verschwinden völlig zum 17. Lebensjahr. Orientierend am simplify BPE wird bis zum 18. Lebensjahr der PSI anhand der Indexzähne (16, 11, 26, 36, 31 sowie 46) erhoben.

Sind die Zähne nicht vorhanden, so werden die permanenten Nachbarzähne zur Diagnostik herangezogen. Die britische Gesellschaft für Parodontologie rät, bis zum 11. Lebensjahr die PSI-Skala einschließlich bis zum Schweregrad 2 anzuwenden. Ab dem 12. Lebensjahr kann die gesamte Skalierung von 0 bis 4 herangezogen werden.

Eine präpubertäre Parodontitis ist selten. Eine besondere Patientengruppe stellen die Kinder und Jugendlichen dar, die an Syndromerkrankungen leiden. So tritt die Parodontitis bei Down-Syndrom Kindern und Jugendlichen in 90 Prozent der Fälle auf. Bei jungen Patienten z. B. mit dem Papillon-Lefèvre-Syndrom ist die Parodontitis ein klinisches Merkmal der Erkrankung. Weiterhin besteht bei Patienten mit einer geistigen oder motorischen Retardierung ein erhöhtes Risiko für eine Parodontitis, da eine ungestörte Plaqueakkumulation und somit eine plaquebedingte Parodontitis resultieren kann.

Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen wer-

den bei Erwachsenen alle Zähne zum Screening herangezogen. Würden nur die Referenzzähne sondiert, so können die pathologischen Stellen bis zu 50 Prozent unterschätzt werden. Zur richtigen Erfassung des PSI werden der Oberkiefer sowie der Unterkiefer in Sextanten (S1:17-14, S2:13-23, S3:24-27, S4:37-34, S5:33-43, S6:44-47) eingeteilt.

Pro Zahn werden sechs Stellen untersucht und der höchste Wert pro Sextant notiert. Neben Sondierungstiefen werden die Blutungsneigung, Rauigkeiten an der Zahnoberfläche, in Form von Konkrementablagerungen oder Zahnstein sowie defekte Restaurationen ermittelt. Der Befund

wird mittels der Schweregradskala von 1 bis 4 in ein entsprechendes Sextantenschema eingetragen. Die Sextanten mit weniger oder gar keinen Zähnen werden mit „X“ gekennzeichnet. Beinhaltet ein Sextant jedoch nur einen voll funktionalen Zahn, so raten R. G. Landry und M. Jean, diesen als Repräsentanten des Sextanten in das Screening einfließen zu lassen.

Bei einer konsequenten Umsetzung kann der PSI als ein Instrument zur Früherkennung der Parodontopathie eingesetzt werden. Der PSI kann seitens der Krankenkasse alle zwei Jahre abgerechnet werden.

Literaturliste liegt der Redaktion vor.

Abrechnungshinweise für ZE

Metallbasis bei Totalprothesen

Eine Metallbasis bei Totalprothese oder schleimhautgetragener Deckprothese ist nur in begründeten Ausnahmefällen festzuschussfähig. Nach Zahnersatz-Richtlinie Nr. 30 ist bei totalen Prothesen in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.

Die Indikation einer Metallbasis kann daher nur bei einer Neuplanung der Totalprothese oder schleimhautgetragener Deckprothese festgestellt werden. Liegen zu diesem Zeitpunkt keine anatomischen Gründe für eine Metallbasis vor, können diese auch nicht bei einer später erforderlichen Wiederherstellung vorliegen.

Gemäß der Tabellen der möglichen Kombinationen der Befunde und Festzuschüsse (Kombinationstabellen) kann Befund-Nr. 4.5 nicht in Kombination mit Befund Nr. 6.0 bis 6.5 angesetzt werden.

Wenn für eine Metallbasis **keine** Indikation gemäß der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 30 zum Zeitpunkt der Neuplanung der Totalprothese vorliegt, ist für die nachträgliche Einarbeitung einer Metallbasis **kein** Festzuschuss ansetzbar.

Ein Festzuschuss der Befundklasse 6 ist in diesen Fällen nur ansetzbar, wenn weitere festzuschussfähige Wiederherstellungsleistungen (z.B.

Bruch, Sprung) notwendig sind, die nicht im Zusammenhang mit der Einarbeitung der Metallbasis stehen.

Die nachträgliche Einarbeitung einer Metallbasis wird auf Grundlage der Vereinbarung einer Privatbehandlung durchgeführt.

Festzuschuss 6.6 oder 6.7 bei einem Restzahnbestand von bis zu 3 Zähnen

Maßgeblich für die Abrechnung des Festzuschusses 6.6 bzw. 6.7 ist nicht Zahl der im Kiefer verbliebenen Zähne, sondern die Art der zu unterfütternden Prothese.

Der Festzuschuss 6.7 beinhaltet die Unterfütterung einer Totalprothese sowie einer schleimhautgetragenen Deckprothese (Cover-Denture-Prothese).

Wird bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen eine partielle Prothese unterfüttert – gegebenenfalls sogar mit funktioneller Randgestaltung – kommt „nur“ der Festzuschuss 6.6 zum Ansatz, nicht 6.7. Gleichwohl ist BEMA Nr. 100e für den Oberkiefer bzw. 100f für den Unterkiefer abrechenbar.

Um nachträgliche Änderungen an bereits abgerechneten Heil- und Kostenplänen und damit verbundene zu ändernde Patientenrechnung zu vermeiden, wird um Beachtung gebeten.

Heidrun Göcks

Fortbildung von Oktober–Dezember

Online-Anmeldung unter
www.zaekmv.de

Fachgebiet: Recht

Thema: Korruption in der Zahnarztpraxis

Referent: RA Peter

Termin: 18. Oktober, 14.30–17.30 Uhr

Ort: ZÄK M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 11/II-17

Kursgebühr: 120 Euro

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK

Thema: Der unkooperative Patient: Verhaltensführung? Sedierung? Lachgas? Oder Narkose?

Referenten: Prof. Dr. Christian Splieth, Dr. Cornelia Gibb (Greifswald)

Termine: 20. Oktober, 14–19 Uhr und 21. Oktober, 9–17 Uhr

Ort: Zentrum für ZMK, W.-Rathenau-Str. 42 a, 17489 Greifswald

Fortbildungspunkte: 18

Kurs-Nr.: 12/II-17

Kursgebühr: 450 Euro

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde

Thema: Frühkindliche Karies und Kariestherapie bei kleinen Kindern

Referent: ZÄ Sabine Bertzbach (Bremen)

Termin: 4. November, 9–16 Uhr

Ort: ZÄK M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 13/II-17

Kursgebühr: 200 Euro

Fachgebiet: ZFA

Thema: Aktualisierungskurs

Kenntnisse im Strahlenschutz

Referenten: Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg), Dr. Christian Lucas (Greifswald)

Termin: 8. November, 15–18 Uhr

Ort: Klinikum Greifswald, Hörsaal Süd, F.-Sauerbruch-Str. 1, 17489 Greifswald

Kurs-Nr.: 29/II-17

Kursgebühr: 45 Euro

Fachgebiet: Konservierende ZHK

Thema: Korrosion – Praktischer Arbeitskurs – Optimale Resultate

in Front- und Seitenzähnen

Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart (München)

Termin: 10. November, 14–20 Uhr und 11. November, 8.30–16 Uhr

Ort: TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Str. 103, 18055 Rostock

Fortbildungspunkte: 18

Kurs-Nr.: 16/II-17

Kursgebühr: 450 Euro

Fachgebiet: Gesundheitsvorsorge

Thema: In der Ruhe liegt die Kraft Lebensfreude durch bewusste Entspannung

Referent: Annette Krause (Schwerin)

Termin: 11. November, 9–15 Uhr

Ort: TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Str. 103, 18055 Rostock

Fortbildungspunkte: 7

Kurs-Nr.: 18/II-17

Kursgebühr: 253 Euro

Fachgebiet: ZFA

Thema: Aktualisierungskurs

Kenntnisse im Strahlenschutz

Referenten: Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg), Dr. Christian Lucas (Greifswald)

Termin: 15. November, 15–18 Uhr

Ort: TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Str. 103, 18055 Rostock

Kurs-Nr.: 31/II-17

Kursgebühr: 45 Euro

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Versorgung des Zahnlosen

Referent: Prof. Dr. Reiner Biffar (Greifswald)

Termin: 17. November, 15–20 Uhr und 18. November, 9–16 Uhr

Ort: Zentrum für ZMK, Hörsaal, W.-Rathenau-Str. 42 a, 17489 Greifswald

Fortbildungspunkte: 18

Kurs-Nr.: 19/II-17

Kursgebühr: 275 Euro

Fachgebiet: Kommunikation

Thema: Effektive Kommunikation in der Praxis

Referent: Dr. Wolfgang Nespital (Neustrelitz)

Termin: 18. November, 9–16 Uhr

Ort: TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Str. 103, 18055 Rostock

Kurs-Nr.: 32/II-17

Kursgebühr: 205 Euro

Fachgebiet: Schlafmedizin

Thema: Zahnärztliche Schlafmedizin – Unterkieferprotrusionsschienen zur Therapie von Schlafapnoe und Schnarchen

Referent: Dr. Susanne Schwarting (Kiel)

Termin: 22. November, 15–19 Uhr

Ort: ZÄK M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: 20/II-17

Kursgebühr: 185 EUR

Fachgebiet: Sonstiges

Thema: Aktualisierungskurs Fachkunde im Strahlenschutz

Referenten: Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg), Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek (Rostock)

Termin: 29. November, 14.30–20.30 Uhr

Ort: Klinikum Greifswald, Hörsaal Süd, F.-Sauerbruch-Str. 1, 17489 Greifswald

Fortbildungspunkte: 9

Kurs-Nr.: 21/II-17

Kursgebühr: 90 Euro

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Okklusale Therapie bei CMD

Referent: Dr. Daniel Hellmann (Würzburg)

Termin: 8. Dezember, 13–18 Uhr und 9. Dezember, 9–14 Uhr

Ort: ZÄK M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Fortbildungspunkte: 13

Kurs-Nr.: 22/II-17

Kursgebühr: 365 Euro

Fachgebiet: Parodontologie

Thema: Parodontologie-Konzept für die eigene allgemeinzahnärztliche Praxis

abgesagt

gebucht

aus-

Referent: Prof. Dr. Dr. Holger Jentsch (Leipzig)

Termin: 9. Dezember, 9–16 Uhr

Ort: TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Str. 103, 18055 Rostock

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 23/II-17

Kursgebühr: 275 Euro

Das Referat Fortbildung der Zahnärztekammer M-V ist unter Telefon: 0385 59108-13 und über Fax: 0385 59108-20 sowie per E-Mail: s.karstaedt@zaekmv.de zu erreichen. Siehe auch unter www.zaekmv.de/Fortbildung

Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt

Service der KZV

Nachfolger gesucht

In folgenden Planungsbereichen werden Nachfolger für **allgemeinzahnärztliche Praxen** gesucht: Bad Doberan, Güstrow, Ludwigslust, Mecklenburg-Strelitz, Müritztal, Nordvorpommern, Nordwestmecklenburg, Ostvorpommern, Parchim, Rostock, Rügen, Schwerin, Stralsund, Uecker-Randow, Wismar. Ein Nachfolger für eine **kieferorthopädische Praxis** wird gesucht: Vorpommern-Greifswald. Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym.

Führung von Börsen

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

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am **29. November** (*Annahmestopp von Anträgen: 8. November*) und am **24. Januar 2018** (*Annahmestopp von Anträgen: 5. Januar 2018*) statt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Anträge an den Zulassungsaus-

schuss rechtzeitig, d. h. mindestens drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der KZV M-V, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 19055 Schwerin, Wismarsche Straße 304, einzureichen sind. Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. 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.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses: Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung, Ruhen der Zulassung, Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes, Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes), Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang), Verzicht auf die Zulassung.

Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V (Tel. 0385-54 92-130 oder unter der E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

Beschlüsse des Zulassungsausschusses		
Name	Vertragszahnarztsitz	ab / zum
Zulassung als Vertragszahnarzt		
Lars Wöllner	17036 Neubrandenburg, Ikarusstraße 14a	01.10.2017
Benjamin Gelißen	19053 Schwerin, Geschwister-Scholl-Straße 9	01.02.2018
Dr. Mathias Benedix	18109 Rostock, Eutinerstraße 32a	14.09.2017
Nicole Bünger	19053 Schwerin, Graf-Schack-Allee 20	01.12.2017

Maria Zuled Held-Pérez	18273 Güstrow, Hafenstraße 4	01.01.2018
Teilzulassung		
Thomas Fedler	17153 Jürgenstorf, Entspekter Bräsig Platz 1	01.01.2018
Zulassung als MVZ		
Zahnzentrum Schwerin	19053 Schwerin, Graf-Schack-Allee 20	01.10.2017
Ermächtigung einer Zweigpraxis		
Dr. Bierwolf / K. Warnecke	19288 Ludwigslust, Schloßstraße 16	01.10.2017
Ende der Zulassung für		
Angelika Zucker	18273 Güstrow, Hafenstraße 4	01.01.2018
Monika Fildebrandt	18569 Gingst, Karl-Marx-Straße 17	30.09.2017
Annegret Salitzky	17335 Strasburg, Am Markt 20	30.09.2017
Robert Krügel	17033 Neubrandenburg, Pfaffenstraße 27	21.07.2017
Dr. Wolfgang Hube	19089 Crivitz, Freiheitsallee 13	01.10.2017
Sabine Schulz	17153 Jürgenstorf, Entspekter Bräsig Platz 1	01.10.2017
Violetta Symkanych	17252 Mirow, Schloßstraße 08	13.09.2017
Angestelltenverhältnisse		
<i>angestellter Zahnarzt</i>	<i>in Praxis</i>	<i>ab / zum</i>
Genehmigung der Anstellung		
Maria Suleimann	Dr. Mathias Wolschon, 18246 Bützow	01.10.2017
Dr. Christian Otto	Dr. Ralf Bonitz, 23966 Wismar	16.09.2017
Dr. Susanne Kluge	ZMVZ Warnemünde GmbH, 18119 Rostock	15.10.2017
Dr. Marc Morenz	PD Dr. Peter Machinek, 18106 Rostock	01.10.2017
Dr. Gesine Schäfer	MUDr, Per Fischer, 18273 Güstrow	01.11.2017
Anne Schuster	Dr. Birgit Fitsch, 18507 Grimmen	22.09.2017
Ruth Bartaune	Martina Ibrügger, 18055 Rostock	17.09.2017
Juliane Stolpmann	Dr. Anja Salbach, 19053 Schwerin	01.10.2017
Ingmar Bruhn	Isaura Dünnebacke, 23968 Wismar	14.09.2017
Dr. Susanne Liese	MKG Chirurgie Dres. Anders/Sauerschnig, 18055 Rostock	01.12.2017
Anne Rahn	Dres. Ekkehard & Irena Müller, 17406 Usedom	01.10.2017
Thomas Röckl	Dr. Gerd Wohlrab, 17033 Neubrandenburg	19.12.2017
Franziska Krohn-Jäger	Dres. Gabriele & Stefan Kretschmar, 23970 Wismar	01.11.2017
Justyna Korzan	Jaroslav Korzan, 17309 Pasewalk	15.09.2017
Ende der Anstellung		
Billjana Meyer	Lothar Bänsch, 19206 Vellahn	31.10.2017
Dr. Susanne Kluge	Dr. Ute Gürtler, 17489 Greifswald	14.10.2017
Ende der Berufsausübungsgemeinschaft		
<i>Vertragszahnärzte</i>	<i>Vertragszahnarztsitz</i>	<i>am</i>
Annegret & Jürgen Salitzky	17335 Strasburg, Am Markt 20	30.09.2017
Sigrid & Christoph Jeromin	17089 Burow, Am Landambulatorium 1	30.09.2017
Dr. Ute & Christian Blohm	17217 Penzlin, Warener Straße 14-15	30.09.2017
Ruhen der Zulassung		von-bis
Dr. Rainer Skusa	19386 Lübz, Bobziner Weg 1	7.8.-31.12.17
Dr. Dirk Poppe	18334 Dettmendorf, Marlower Straße 1	1.2.-28.2.18
Christian Blohm	17217 Penzlin, Warener Straße 14-15	1.10.17-30.9.19
Bernd Heßler	18190 Sanitz, Bahnhofstraße 9	1.7.17-30.6.18

Fortbildungsangebote der KZV

PC-Schulungen *Punkte: 3*

Referent: Andreas Holz, KZV M-V;
Wo: KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin. Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung. **Gebühr:** 60 € für Zahnärzte, 30 € für Vorbereitungsassistenten und Mitarbeiter des Praxisteam (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung).

Einrichtung einer Praxishomepage

Inhalt: Pflichtinhalte lt. Telemediengesetz; Freie Inhalte (Interessantes für Patienten); Praxisphilosophie; Gestaltung (Corporate Design); Freie Programme zur Erstellung der eigenen Homepage; Einfache Homepage selbst gestalten
Wann: 15. November, 15 bis 18 Uhr

Die vertragszahnärztliche Abrechnung von Zahnersatz-Leistungen (Grundkenntnisse in der vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt)

Referentin: Heidrun Göcks, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V
Inhalt: Erörterung der wichtigsten Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinien; Erläuterung der Befundgruppen; Regelversorgung, gleich- und andersartige Versorgungsformen; Abrechnungsbeispiele; Wiederherstellungen; Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern
Wann: 11. Oktober, 15 bis 18 Uhr, Rostock
Punkte: 4
Gebühr: 75 € (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

Plausibilitätsprüfung – Abrechnungsfehler und Honorarkürzungen vermeiden

Referenten: Dr. Manfred Krohn, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZV M-V; Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V; Susann Wünschowski, Mitarbeiterin Abteilung Kons./Chir. KZV M-V
Inhalt: gesetzliche Prüfpflicht, Prüf Fristen, Prüfmaßnahmen; zur Dokumentation im Allgemeinen und zur festgestellten Dokumentation in den Prüfunterlagen – vorbeugende Schadensbegrenzung schaffen; Abrechnungsfehler/Unplausibilitäten – an aktuellen Fallbeispielen dargestellt
Wann: 25. Oktober, 15 bis 19 Uhr, Greifswald
Punkte: 5
Gebühr: 75 € (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

Die vertragszahnärztliche Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen (Grundkenntnisse in der

Ich melde mich an zum Seminar:

(Bitte zutreffendes Seminar ankreuzen)

- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von ZE-Leistungen am 11. Oktober, 15–18 Uhr, Rostock
- Plausibilitätsprüfung - Abrechnungsfehler und Honorarkürzungen vermeiden am 25. Oktober, 15–19 Uhr, Greifswald
- Die vertragszahnärztliche Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen am 8. November, 14–17.30 Uhr, Güstrow
- Einrichtung einer Praxishomepage am 15. November 15–18 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel

vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt)

Zielgruppe: kieferorthopädisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte, Kieferorthopäden, Zahnmedizinische Assistenten im Bereich der KFO-Abrechnung

Referenten: Dr. Lutz Knüpfer M.Sc., KFO-Referent der KZV M-V; Susann Wünschowski, Mitarbeiterin Abteilung Kons./Chir. KZV M-V

Inhalt: gesetzliche Grundlagen der vertragszahnärztlichen Behandlung; zeitlicher Ablauf einer kieferorthopädischen Behandlung; Kieferorthopädische Plan- und Einzelleistungen und in diesem Zusammenhang abgerechnete KCH-Leistungen; die Abrechnung von Material- und Laborkosten sowie die Zuordnung von BEL-II-Positionen; zur Mitarbeit im Gutachterverfahren; zum Umgang mit den Patienten während der KFO-Behandlung; Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern anhand aktueller Prüfergebnisse aus der Quartalsabrechnung
Wann: 8. November, 14 bis 17.30 Uhr, Güstrow
Punkte: 4

Gebühr: 150 Euro für Zahnärzte; 75 Euro für Vorbereitungsassistenten und Praxismitarbeiter (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin; Ansprechpartnerin: Antje Peters, E-Mail-Adresse: mitgliederwesen@kzvmv.de, Tel.: 0385-54 92-131, Fax: -498. **KZV**

Mundboden- und Zungenkarzinom

Zentrale Bedeutung die Früherkennung durch „Hauszahnarzt“

Krebserkrankungen der Lippen, der Zunge, des Mundbodens, des Gaumens, der Speicheldrüsen und des Rachens zählen zu den bösartigen Neubildungen von Mundhöhle und Rachen. Mit etwa fünf Prozent aller malignen Tumore sind Tumoren im Kopf-Hals-Bereich im Vergleich eher selten. Bei Männern waren 2012 in Deutschland 3,7 Prozent aller neu diagnostizierten bösartigen Neubildungen in der Mundhöhle und dem Oropharynx lokalisiert, bei Frauen waren es 1,6 Prozent. Die Zahl der Erstdiagnosen lag bei 12 930, wobei der Anteil an Plattenepithelkarzinomen 90 Prozent betrug (Kaatsch et al. 2015). Aktuelle Zahlen des Robert-Koch-Instituts gehen von einer deutlichen Zunahme der Erkrankungszahlen bis 2020 aus, wobei auf Grund der Demographie mit einer Zunahme der Erkrankungen vor allem bei Frauen und älteren Patienten zu rechnen ist (Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, RKI, Berlin 2016). Grundsätzlich können dabei die genannten Bereiche des Aerodigestivtraktes von uni- oder multilokulären Karzinomen betroffen sein.

Die öffentliche Wahrnehmung der malignen Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich ist eher gering (Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, RKI, Berlin 2016). Als Risikofaktoren stehen chronischer Tabakkonsum und Alkoholabusus im Mittelpunkt. Sie erhöhen das Erkrankungsrisiko einzeln jeweils um das Sechsfache, in Kombination bis zum 30-fachen (Corrao et al., 1999; Altieri et al., 2002). Die Infektion des oralen Plattenepithels mit high-risk Typen humaner Papillomaviren konnte als von Tabak und Alkohol unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung eines Plattenepithelkarzinoms im Kopf-Hals-Bereich nachgewiesen werden (Fakhry C und Gillison ML, 2006). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass HPV-16 DNA-positive, lokal fortgeschrittene Plattenepithelkarzinome des Oropharynx eine höhere Tumorkontrolle nach chirurgischer Therapie mit adjuvanter kombinierter platinhaltiger Radiochemotherapie haben als HPV-negative Plattenepithelkarzinome (Lohaus et al., 2014). Für weitere potentielle Biomarker wie z. B. die Krebsstammzellmarker oder Hypoxie-induzierte Gen-Signaturen konnte retrospektiv gezeigt werden, dass diese mit einem Tumorrezidiv nach chirurgischer Therapie und adjuvanter Radiochemotherapie bei fortgeschrittenen HPV-negativen Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereichs korrelieren (Linge et al., 2016).

Der Früherkennung kommt auf Grund des anfangs häufig schmerzlosen Tumorwachstums eine zentrale Bedeutung zu. Sie beeinflusst wiederum günstig die Heilungschancen der Erkrankung. Im Rahmen der

Früherkennung übernimmt der Zahnarzt eine wichtige Funktion, da er regelmäßig die Mundhöhle inspiziert. Jedoch kommt auch allen anderen im Kopf- und Halsbereich tätigen Ärzten und dem Hausarzt hier wesentliche Verantwortung zu. Weitere Aufklärung und Bewusstseins-schaffung, nicht nur beim Patienten, sondern auch und gerade bei ärztlichen Kollegen kann die immer noch häufige Verschleppung der Erkrankung vermeiden.

Seit 2012 liegt zur Behandlung der Mundhöhlenkarzinome eine S3-Leitlinie vor, die mittels wissenschaftlicher Evidenz eine interdisziplinär oder multimodal ausgerichtete Therapie nachvollziehbar analysiert und klare Empfehlungen gibt.

Die Therapie von Mundhöhlenkarzinomen ist neben der generellen Abhängigkeit von Lage, Größe des Tumors und dem Allgemeinzustand des Patienten im Besonderen von den durch Behandlung potentiell verursachten funktionellen und ästhetischen Beeinträchtigungen abhängig. So spielen im Rahmen der Therapie von Mundboden- und Zungenkarzinomen eine Reihe wichtiger Funktionen, wie Artikulation, Phonation, Kau- und Schluckfunktion eine wesentliche Rolle und sollten, wenn möglich, erhalten oder wiederhergestellt werden. Resultat dieser Überlegungen ist eine interdisziplinär ausgerichtete Therapie, die nach Abstimmung innerhalb eines am Klinikum etablierten Tumorboards geplant und letztlich von der entsprechenden Abteilung durchgeführt wird. Unter Berücksichtigung der bereits oben genannten Kriterien, wie postoperative Funktionsbeeinträchtigung, Resektabilität des Tumors, allgemeinem Gesundheitszustand und nicht zuletzt auch dem Therapiewunsch des Patienten, stellt die Tumoroperation bei funktionell sinnvoller Resektabilität in Kombination mit einer Defektrekonstruktion die Therapie der Wahl dar. Rekonstruktive Maßnahmen sollten grundsätzlich Teil des gesamten therapeutischen Konzeptes sein und unter Berücksichtigung des onkologischen Gesamtkonzeptes erfolgen. In Abhängigkeit des Tumorstadiums und der Metastasierung folgen adjuvante Maßnahmen, wie Radio- oder Radiochemotherapie.

Symptome und Klinik

Jede Veränderung der Mundschleimhaut im Sinne der klassischen Primär- und Sekundäreffloreszenzen, die nach einer Beobachtung oder Therapie über zwei Wochen keine Regression zeigt oder sich nicht eindeutig einer assoziierten Grunderkrankung oder Ursache zuordnen lässt, gilt als verdächtig und verlangt

eine histologische Abklärung. Dabei stellen der Verlust des Oberflächenglanzes der Mundschleimhaut, gesteigerte Verhornungstendenz, Pigmentierung, Verhärtungen und Atrophien, Gewebedefekte im Sinne einer Erosion oder eines Ulcus sowie exophytische Neoplasien Symptome einer pathologischen Mundschleimhautveränderung dar (Abbildung 1).

Des Weiteren sollten unklare Zahnlockerungen, Fremdkörpergefühl, unklare Blutungen, verstärkter Foetor ex ore oder gravierendere Symptome, wie progrediente Schwellungen, Schmerzen oder unklare Lymphknotenschwellungen als Warnsymptome erkannt werden. Leider zeigen sich Malignome im Kopf-Hals-Bereich häufig zu Beginn schmerzlos, was eine Frühdiagnostik erschwert.

Im klinischen Alltag treten nicht selten weiße, nicht abwischbare Veränderungen der Mundschleimhaut auf, die unter der Voraussetzung der fehlenden Zuordnung zu einer anderen Erkrankung als sogenannte Leukoplakien bezeichnet werden. Auf Grund einer nicht eindeutigen histopathologischen Klassifizierung sollte dieser Begriff eine ausschließlich klinische Anwendung finden. Üblicherweise wird diese Veränderung der Mundschleimhaut in plane, verruköse oder erosive Leukoplakien klassifiziert. Besonderes Augenmerk sollte auf die erosive oder inhomogene Erythroleukoplakie gelegt werden (Abbildung 2). Diese klinisch mit rötlichen Anteilen und häufig sehr unruhig erscheinende Veränderung ist mit einem deutlich erhöhten Risiko der malignen Entartung verknüpft (Holmstrup et al., 2006) und erscheint im klinischen Alltag mit dem Auftreten von multilokulären Karzinomen verknüpft.

Diagnostik

Eine besondere Rolle bei der Früherkennung kommt dem Zahnarzt zu. Nicht zuletzt stellt er mit etwa 50 Prozent die größte Überweisergruppe. Die eingehende Untersuchung der gesamten Mundhöhle bei jedem Routinebesuch sollte Standard sein. Besonders die Inspektion der „versteckten“ Regionen unterhalb der Zunge oder des Zungengrundes (Sulcus glossoalveolaris) sowie der Retromolarregion stellen, nicht selten bedingt durch verstärkten Würgereiz des Patienten, eine Herausforderung dar. Aber auch der laterale Zungenrand, der Mundboden und die Zungenunterseite müssen Beachtung finden. Screeningverfahren zur möglichen Senkung von Inzidenz und Mortalität im Zusammenhang mit Mundhöhlenkarzinomen werden in der Literatur immer wieder diskutiert (Kujan et al., 2006). Mit diesen Verfahren, so wird geschätzt, könnte man nicht nur ca. 40 000 Todesfälle weltweit verhindern (Mignogna et al., 2005), sondern möglicherweise auch die Kosten für das Gesundheitssystem signifikant reduzieren (Kujan et al., 2006). Auf der anderen Seite kann Screening durch falsch-positive Ergebnisse mit psychologischen Trau-

mata verbunden sein. Diese Aspekte müssen berücksichtigt werden, bevor „Screening“-Programme durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Vorteile die Risiken überwiegen (Kujan et al., 2006). Sankaranarayanan et al. konnten 2005 in ihrer klinischen Studie zeigen, dass Routine-Screening in Hochrisiko-Gruppen (Tabak und/oder Alkoholkonsumenten) einen signifikanten Rückgang der Mortalität aufwies.

Bei unklaren Veränderungen oder rezidivierenden Beschwerden ist eine Überweisung zum niedergelassenen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen oder in eine Fachklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zur weiteren Abklärung zu empfehlen.

Neben der umfassenden klinischen Befunderhebung durch Inspektion und Palpation von Mundhöhle und Kopf-Halsregion sollen zur spezifischen Diagnostik Probenentnahmen aus repräsentativen Arealen, gegebenenfalls aus mehreren Regionen, erfolgen. Dabei sollte die Biopsie aus dem Übergangsbereich vom klinisch auffälligen zum scheinbar gesunden Areal erfolgen. Dies kann in Lokalanästhesie oder bei ausgedehnten Befunden auch in Intubationsnarkose erfolgen. Bezüglich des Zeitpunktes der Probengewinnung sollten nicht mehr als zwei bis drei Wochen vom Verdacht zur Biopsie vergehen (Koivunen et al., 2001 und Teppo et al., 2003). Eine Verzögerung von >vier Wochen hat einen signifikant negativen Einfluss auf die Prognose (Allison et al., 1998 und Kowalski et al., 2001). Da die Biopsie zu einer lokalen Reaktion des Gewebes führt, die einer Verfälschung des Kontrastmittelverhaltens mit sich führen kann, wird bei offensichtlichem Tumorbefund eine Probengewinnung erst nach der Durchführung der KM-gestützten Bildgebung (MRT oder CT) empfohlen. Die Frage nach der Wahl der richtigen Bildgebung wird in der Literatur uneinheitlich diskutiert. So ist die CT im Hinblick auf die Darstellung von Knochenläsionen der MRT überlegen und wird vom Patienten auf Grund der Schnelligkeit der Untersuchung und des größeren Durchmessers der Gantry als angenehmer empfunden. Die MRT hingegen ist bezüglich der Darstellung von Weichgewebe und Strukturen an der Oberfläche im Vorteil (Wiener et al., 2006).

Der Einsatz von FDG-PET unterstützten Untersuchungen wird in der Literatur vielschichtig diskutiert. So beschreibt die Leitlinie, dass die diagnostische Sensitivität und Spezifität zum Beispiel einer PET-CT zum einen das Lymphknotenstaging und zum anderen die Erkennung von frühen Zweitumoren oder Rezidiven unterstützt (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Andere Studien zeigten, dass die Genauigkeit der Erkennung von Lymphknoten-Metastasen durch Verfahren wie FDG-PET-MRT im Vergleich zu konventionellen Verfahren (MRT/CT) nicht signifikant erhöht wird (Platzek et al., 2014). Wie in der Abbildung 3 dargestellt, kann die PET-CT

die Diagnostik von Lymphknoten unterstützen. In der primären CT Diagnostik zeigt sich zunächst keine Pathologie. Im Gegensatz dazu wird in der PET-CT ein pathologischer Lymphknoten sichtbar.

Der Stellenwert der Halssonographie ist eindeutig. Sie stellt bei höherer Sensibilität und Spezifität gegenüber der CT und MRT die Standardmethode zur Verlaufsbeurteilung der Lymphknoten dar (Hohlweg-Majert et al., 2009 und Thomsen et al., 2005). Für die Lymphknotendiagnostik im Rahmen des primären Staging wird hingegen die MRT empfohlen (Dammann et al., 2005).

Das Staging komplettierend kann eine Sonographie des Abdomens und ein Röntgen des Thorax erfolgen. Der regelmäßige Einsatz der CT des Thorax und Abdomens bei Mundhöhlenkarzinomen wird bei einer Auftretenswahrscheinlichkeit eines Zweitkarzinoms oder von Metastasen zwischen 4 bis 30 Prozent vor allem bei Tumoren im Stadium III-IV empfohlen (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012).

Nutzbringend ist ferner eine Fotodokumentation. Bei unerwarteter Histologie zum Beispiel ohne pathologischen Befund aber klinisch klarem Verdacht oder der Exzision eines kleineren Tumors jedoch knappen Resektionsrand, ist eine Fotografie eine gute Grundlage zur Lokalisation einer erneuten Biopsie oder Nachresektion. Gleichfalls lassen sich beginnende Veränderungen der Mundschleimhaut gut im Verlauf dokumentieren.

Die zunächst klinische Inspektion des an die Mundhöhle angrenzenden Pharynx ergänzt die lokale Diagnostik von Neubildungen der Mundhöhle und des Rachens (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Nach Einschätzung der mitbetreuenden HNO-Kollegen kann eine Panendoskopie zum Ausschluss von Zweitkarzinomen erfolgen.

Therapie

Für eine definitive Therapie ergibt sich in der Zusammenschau des Zeitbedarfes von radiologischer und histologischer Diagnosestellung ein Zeitfenster von maximal 4 Wochen. Eine Verzögerung bedingt eine signifikante Verschlechterung der Prognose für den Patienten (Kowalski et al., 2001).

Die Therapieplanung erfolgt unter Beteiligung der Fachdisziplinen Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie, Onkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in einem interdisziplinären Tumorboard. Der Patient wird ausführlich über alle Therapiealternativen aufgeklärt.

Wesentliche Punkte für die Entscheidungsfindung, die Prognose der Therapie und des Patienten sind die Tumorausdehnung, der lokale Lymphknotenstatus sowie die Fernmetastasierung. Faktoren, die für den operativen Therapiepfad herangezogen werden sollten, sind die Resektabilität des Tumors und die daraus resultierende Wahrscheinlichkeit einer funk-

tionellen Beeinträchtigung. Dem R0-Status kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Ein Verfehlen verschlechtert die Prognose signifikant (Parsons et al., 1997). Ein weiterer Aspekt im Rahmen einer patientenindividualisierten Behandlung sind Therapiemotivation und der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten.

Begleitende Maßnahmen

Mit dem Fokus auf eine Radio-(Chemo-)Therapie, die als neoadjuvante Option vor einer Operation durchgeführt wird oder sich bei entsprechendem Tumorstadium als adjuvante Therapie nach einer Operation anschließen kann, hat eine umfassende Zahnsanierung zu erfolgen. Dadurch sollen dentogene Folgen einer etwaigen Radio-(Chemo-)Therapie verringert und das Risiko einer strahleninduzierten Osteomyelitis oder gar Osteoradionekrose minimiert werden. Dazu erfolgen vor Therapiebeginn oder im Rahmen der Tumoroperation eine Hygienisierung der Mundhöhle mit Entfernung von Belägen und Zahnstein, Füllungstherapien und, sofern notwendig, auch Zahnextraktionen nicht erhaltungswürdiger Zähne zur Reduktion der oralen Keimbelastung.

Die für den Patienten am meisten zu bemerkenden strahlenbedingten Nebenwirkungen sind die Schäden an der Mundschleimhaut, die zwangsläufig durch die Mitbestrahlung gesunder Areale entstehen. So treten für den Patienten in der Akutphase die Mukositis Grad I bis IV in den Fokus. Je höher die Strahlendosis wird, umso mehr nimmt die Schädigung der Mukosa zu. Dies kann bis zum kompletten Versagen der oralen Nahrungsaufnahme führen und die Anlage einer PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) notwendig machen.

Additive Mundspüllösungen können zur Prävention und Risikominimierung der Mukositis eingesetzt werden. Die Ziele, die mit einer konsequenten Anwendung der Spüllösung angestrebt werden, beinhalten den Erhalt der Integrität der Schleimhaut, in Bezug auf Feuchtigkeitserhaltung, Reduktion der Infektanfälligkeit sowie eine Minimierung chemotherapieinduzierter Schleimhautveränderungen. Dabei sind die alkoholfreie Zubereitung, eine einfache orale Anwendbarkeit bei anwenderfreundlicher Konsistenz und möglichst langer Verweildauer an der Mukosa die wesentlichen Anforderungen. Ein angenehmer Geschmack erhöht zudem die Akzeptanz der Anwender. Nicht zuletzt konnte in Studien gezeigt werden, dass eine suffiziente Behandlung der Mukositis die Lebensqualität der Patienten erhöht (Stokman et al., 2006; Cheng 2007; Cheng et al., 2009) und so die Morbidität und Therapiekosten gesenkt werden können (Peterman et al., 2001 und Vera-Lloch et al., 2006). Benzylamin stellt eine der wenigen evidenzbasierten Optionen in der Behandlung der Mukositis dar. Neben den antiphlogistischen und analgetischen

Phasen der Mukositis (nach M. Steingraber, P. Feyer, P. Ortner MASCC Mucositis Guidelines (Update 2006))
Initiierung
Hochregulierung und Erzeugung von messenger-Signalen
Signalübertragung und Amplifikation
Ulzeration und Inflammation
Wundheilung

Tabelle 1 – Phasen der Mukositis

Eigenschaften verfügt es weiterhin über eine lokalanästhetische sowie antimikrobielle Wirkung und greift somit als eines der wenigen Therapeutika in alle Phasen der Mukositis ein (Tabelle 1) (Steingraber et al., 2006).

Neben der lokalen Therapie wird eine symptomatische Schmerztherapie entsprechend der WHO-Guidelines empfohlen. Diese sollte mit topischen Analgetika begonnen werden und kann bei Bedarf bis hin zu Opioidtherapie maximiert werden (Steingraber et al., 2006).

Der aus der Xerostomie resultierende geminderte Remineralisations- und Reinigungseffekt der Zähne durch den Speichel (Leslie et al., 1994; Grötz et al., 1997), die damit einhergehende chronische Schädigung der Zahnhartsubstanz im posttherapeutischen Intervall bedingt eine engmaschige Mitbetreuung der Patienten durch den Zahnarzt. So stellen die Anfertigung von Distanzschienen, die gleichzeitig als Trägerschienen zur Fluoridierung dienen können, und intensivierete Hygienisierungsmaßnahmen vor allem nach einer Bestrahlung wesentliche Bestandteile der zahnärztlichen Aufgaben dar. Der zunehmenden Mundtrockenheit können Patienten zunächst mit einfachen aber hilfreichen Dingen begegnen, wie das Mitführen einer kleinen Flasche mit Wasser oder Salbeitee. Dabei ist es sinnvoll, die Flüssigkeit nicht einfach nur zu trinken, sondern für die Entwicklung eines Feuchtigkeitsempfindens eine gewisse Zeit im Mund zu behalten.

Die Richtlinie der American Society of Clinical Oncology (ASCO) empfiehlt, auf Grundlage der randomisierten Studie von Brizel et al., die Gabe von Amifostin zur Reduktion der akuten und chronischen Xerostomie, die durch Strahlentherapie an Kopf und Hals induziert wurde (Brizel et al., 2000).

Patienten, die sich einer Radiatio unterziehen, sollten auch alle zwei Wochen zahnärztlich kontrolliert werden. Neben der Inspektion der Mundhöhle sind die genannten Hygieneinstruktionen, die Umstellung auf eine weiche Zahnbürste und eine milde Zahnpasta wesentliche Aspekte (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Die Patienten sind weiterhin aufzuklären, dass der schleimhautgetragene Zahnersatz, wenn notwendig, nur zu den Mahlzeiten getragen werden sollte. Ein Haftvermittler sollte vermieden

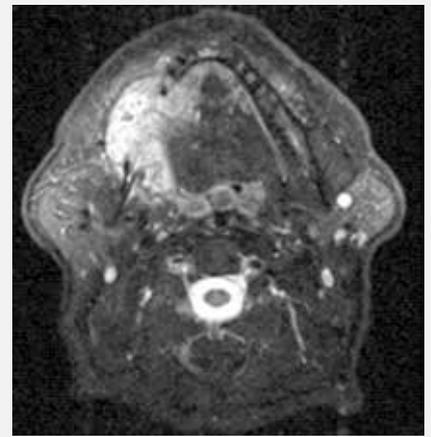
werden. Der Hauszahnarzt stellt einen wichtigen Kooperations- und Ansprechpartner für die Patienten dar. Nicht zuletzt ist die unmittelbare postoperative Phase für den Patienten mit dem größten Maß an Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Eingegliederte Resektionsprothesen oder -platten sind für den Patienten nicht nur im Hinblick auf die Anpassung der Nahrungsaufnahme sondern auch in Bezug auf die Pflege neu. Hier gilt es den Patienten zu unterstützen.

Postoperativ und in Kombination mit einer Radiatio entstehen nicht selten Narben und Kontrakturen im kaumuskulären System, die in einer eingeschränkten Mundöffnung und reduzierten Beweglichkeit im Kopf-Hals-Bereich resultieren. Mit der Verordnung von Physiotherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit und Reduktion der Beschwerden sollte so früh wie möglich begonnen werden. Auf Grund der die Bestrahlung oft begleitenden Hautreaktionen ist dies jedoch nicht selten erst nach deutlicher Reduktion der Symptome oder erst nach Therapieende möglich.

Tumorresektion und Rekonstruktion

Auch wenn die Tumorresektion in diesem Beitrag gesondert von einer Radiatio betrachtet wird, so lassen sich die beiden Therapieoptionen – egal ob als Kombinationstherapie oder allein – nicht gänzlich voneinander trennen. Die Betreuung durch einen Zahnarzt für die prothetische oder auch epithetische Rehabilitation ist bei beiden Varianten notwendig. Bereits vor einer operativen Therapie ist die Zusammenarbeit mit dem heimatnahen Zahnarzt von Gewinn. So können beispielsweise bereits bestehende Modelle genutzt werden, um nach Duplikatur etwaige Verbands- oder Resektionsplatten herzustellen.

Die funktionell sinnvolle Operation, als Therapie der Wahl, umfasst neben der Tumorresektion die Ausräumung der drainierenden Lymphknotenstationen im Hals sowie die Rekonstruktion der resezierten Hart- und/oder Weichgewebe. Bei der Planung des Eingriffs sollte durch den Chirurgen die individuelle Gesamtsituation des Patienten, die Erreichbarkeit einer R0-Situation (Sicherheitsabstand >10 mm zum Tumorgewebe) sowie die postoperative Funktionalität berücksichtigt werden. Bei funktionell nicht sinnvoller Resektabilität ist die primäre Radio-(Chemo-) Thera-



Oben, Abbildung 1: Fotografische und radiologische Darstellung eines Plattenepithelkarzinoms der Zunge



Rechts, Abbildung 2 Erythroleukoplakie im Bereich des Gaumens bei einem Plattenepithelkarzinom der Wange und des Gaumens

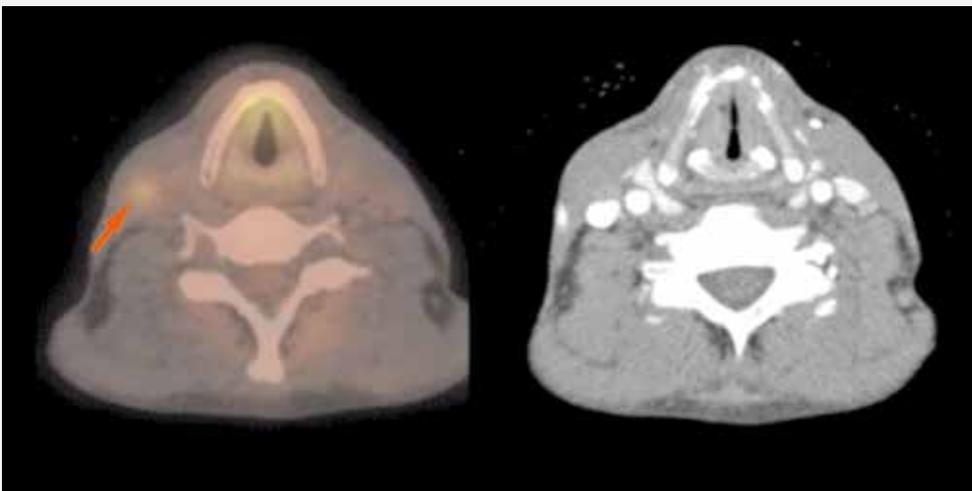


Abbildung 3 PET (links) mit Darstellung eines pathologischen Lymphknoten und KM CT ohne Lymphknotenpathologie (rechts)

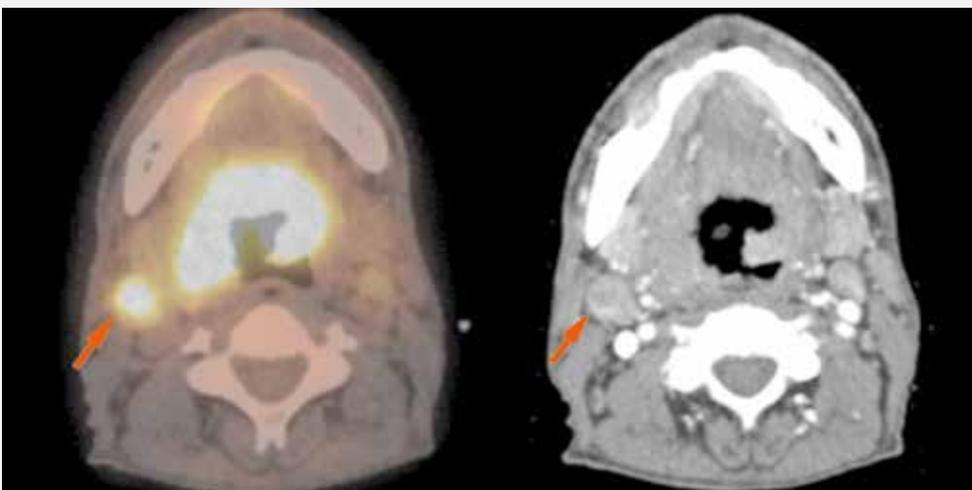


Abbildung 4: Darstellung eines ausgedehnten Zungengrundkarzinoms mit Lymphknoten-Metastase im rechten Hals im PEt und KM-CT

pie einer Operation vorzuziehen. Bei ausgedehnten, zunächst operativ versorgten fortgeschrittenen Tumorstadien wird nicht selten eine weiterführende Bestrahlung ggf. in Kombination mit einer Chemotherapie angeschlossen. Dabei ist der entscheidende Faktor für die Indikationsstellung einer Chemotherapie der Lymphknotenstatus, im Speziellen die extrakorporale Extension (ECE) der Lymphknotenmetastase, also die Ausdehnung der Metastase über die Kapsel der Lymphknoten hinaus.

Zur Rehabilitation der Funktion muss die Rekonstruktion einen wesentlichen Beitrag liefern. Dabei ist gerade bei Karzinomen des Zungenrandes oder des Mundbodens die Frage zu klären, ob es ausreicht, nur das Weichgewebe wiederherzustellen oder ob aufgrund der räumlichen Nähe und Tumorausdehnung der Kiefer in Abschnitten reseziert und im Anschluss ersetzt werden muss. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar. Der Fragestellung, die Kontinuität des Unterkiefers zu erhalten, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Im Vergleich zur Kontinuitätsresektion konnte erwartungsgemäß gezeigt werden, dass eine Spangen- oder Kastenresektion eine deutlich verbesserte Lebensqualität aufzeigt (Namaki et al., 2004). Diese Resektionsart ist jedoch nur dann zu wählen, wenn in der präoperativen Bildgebung eine eindeutige Knocheninfiltration ausgeschlossen werden kann. Ist eine Kontinuitätsresektion erforderlich, kann durch eine adäquate Rekonstruktion des Unterkiefers mit mikrovaskulären Knochentransplantaten eine Lebensqualität erreicht werden, die mit Kontinuitätserhaltenden Techniken vergleichbar ist (Rogers et al., 2004).

Generell ist die primäre Rekonstruktion nach Tumoroperation die wesentliche Voraussetzung für eine gute funktionelle und ästhetische Wiederherstellung der Weich- und Hartgewebe im Kopf-Hals-Bereich. Bei kleiner Defektgröße nach Tumorsektion kommen lokalplastische Verfahren wie Nasolabial- oder Platysmalappen zur Anwendung. Da jedoch auch ausgedehnte Defekte nach Entfernung von T3 und T4 Karzinomen zu versorgen sind, stellen mikrovaskulär anastomosierte Lappentransplantate wie beispielsweise der Radialislappen, lateraler Oberarm- oder Oberschenkelappen, der Latissimusdorsilappen, der Rectus-abdominis-Lappen und der tiefe inferior-epigastrische Perforatorlappen (DIEP) (Leonhardt et al., 2008; Brown et al., 2006; Lyons AJ, 2006; Yokoo et al., 2003 und Yokoo et al., 2004), den Goldstandard für die Weichgeweberekonstruktion dar. Wenn die Kontinuität des Unterkiefers wiederhergestellt werden muss, können zwar der Latissimuslappen und der Rectus abdominis Lappen mit Rekonstruktionsplatten aus Titan kombiniert werden, allerdings sollte, wenn immer möglich, mikrovaskulären Knochentransplantaten der Vorzug gegeben werden. Je nach Umfang der Kieferresektion werden dafür re-

gelmäßig Beckenkamm (Savant et al., 1995), Fibula- oder Scapulatransplantate eingesetzt (Brown et al., 2006 und Shah et al., 2009) (Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.). Bei der Betrachtung einer primären Knochenrekonstruktion stellt sich jedoch die entscheidende Frage: Sind die knöchernen Resektionsränder tumorfrei? Schnellschnittverfahren zur Klärung einer R0-Situation wie beim rein weichgewebigen Resektaten sind hierfür aktuell noch nicht etabliert.

Der Vorteil der knöchernen Rekonstruktion insgesamt ist die mögliche spätere prothetische Versorgung mittels Zahnersatz. Dies ist auch der Fall, wenn aufgrund der Tumorausdehnung eine postoperative Radiochemotherapie durchgeführt werden muss. Zirka ein halbes bis ein Jahr nach abgeschlossener adjuvanter Radiochemotherapie kann je nach patientenspezifischen Gegebenheiten mit der Planung einer prothetischen Rehabilitation begonnen werden. Die prothetische Rehabilitation kann sowohl mittels tegumental getragenen (Teil-, Vollprothese) als auch mittels Implantat getragenen Zahnersatz erfolgen. Besonders beim bestrahlten Patienten wird die Bedeutung der Vermeidung von schleimhautgetragenen Zahnersatz kontrovers diskutiert. Der Vermeidung von Prothesendruckstellen durch schleimhautfreundlichen, implantatgetragenen Prothesen steht das gesteigerte Risiko einer durch die Implantation induzierten Osteoradionekrose gegenüber (Weischer et al., 1999). Obwohl nach Literatur der Zeitpunkt der Implantatsetzung nach R(C)Tx keinen Einfluss auf das Implantatüberleben hat, wird die Insertion in den postoperativ bestrahlten Knochen 6-12 Monate nach Abschluss der Strahlenbehandlung empfohlen. Die Implantate sollten anschließend 6 Monate einheilen, bevor mit der endgültigen Anfertigung des Zahnersatzes begonnen werden kann (Schiegnitz et al., 2015).

Tumornachsorge

Der Nachsorge von operativ oder primär radio-(chemo)therapeutisch behandelten Tumorpatienten des Kopf-Hals-Bereiches kommt eine wesentliche Bedeutung im therapeutischen Gesamtkonzept zu. Sie umfasst die interdisziplinäre Tumordispensairbetreuung in regelmäßigen Abständen in Abhängigkeit vom Tumorstadium. Das Untersuchungsintervall sollte im ersten und zweiten Jahr bei maximal 3 Monaten, ab dem dritten bis zum fünften Jahr bei maximal 6 Monaten liegen. Dabei sollte jeder Patient einen individuell abgestimmten Nachsorgeplan erhalten (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012).

Grundlage der zu Beginn engmaschigen posttherapeutischen Nachsorge ist die Tatsache, dass es bei immerhin fast 20 Prozent der Patienten mit einem Karzinom der Mundhöhle zu einem Tumorrezidiv



Abbildung 5: Postoperative Darstellung einer Unterkieferrekonstruktion mittels gefäßgestieltem, osseocutanem Fibulaplastat und kurzen Implantaten

kommt, welches zu 76 Prozent in den ersten beiden Jahren auftritt (Schweinfurth et al., 2001). Dabei werden diese Rezidive, wie im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung gezeigt werden konnte, vom Patienten selbst klinisch in nur ca. 40 Prozent der Fälle bemerkt (Schweinfurth et al., 2001). Im Zentrum der Nachbetreuung steht neben der klinischen Untersuchung der Mundhöhle zum Tumorrezidivausschluss die Palpation des Halses auf Veränderungen des Lymphknotenstatus. Die klinische Untersuchung der Lymphknoten unterstützend, sollte bei jedem Vorstellungstermin eine Halssonographie durchgeführt werden. CT oder MRT Untersuchungen der Kopf-Hals-Region sind in den ersten zwei Jahren halbjährlich und im späteren Verlauf jährlich durchzuführen (AWMF Leitlinie Mundhöhlenkarzinom, 2012). Ergänzend, vor allem bei Tumoren der Speicheldrüsen, die ein späteres Metastasierungsmuster und eine hämatogene Absiedlung aufweisen können, ist eine Röntgenaufnahme des Thorax zu empfehlen. Nach Abschluss der 5-jährigen Nachbetreuung durch die operativ tätige Klinik folgt die Weiterbetreuung durch den Hausarzt oder Zahnarzt mit den üblichen Früherkennungsprogrammen.

Fazit

Die Behandlung von Tumoren im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich stellt mehr denn je eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Durch Weiterentwicklung moderner rekonstruktiver Verfahren ist die MKG-Chirurgie in der Lage, betroffenen Tumorpatienten sowohl funktionell als auch ästhetisch umfassend zu helfen, um dadurch einer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Die Zusammenarbeit zwischen klinisch tätigen Ärzten und ambulanten Zahnärzten ist von enormer Bedeutung. Trotz steigenden Erkrankungszahlen ist die öffentliche Wahrnehmung nach wie vor gering. Der

Früherkennung durch den „Hauszahnarzt“ kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu, nicht zuletzt stellt er die größte Überweisergruppe. Neben frühzeitiger Erkennung und Abklärung von Veränderungen in der Mundhöhle, die länger als zwei Wochen bestehen, sind Bewusstseins-schaffung für die Erkrankung und Aufklärung über Risikofaktoren wichtige Aspekte. Bei verdächtigen Läsionen ist die rasche histologische Abklärung eventuell therapieverzögernden konservativen Maßnahmen vorzuziehen. Die gründliche und eingehende Untersuchung der gesamten Mundhöhle ist bei jeder Vorstellung zentral. Therapiebegleitende Maßnahmen wie Hygienisierung, Behandlung von Mukositis oder Xerostomie und die Verordnung von Physiotherapie zur Verbesserung der Mundöffnung gehören zu den Aufgaben der Hauszahnärzte. Als Teil einer interdisziplinären Behandlergruppe von Klinikern und ambulanten Kollegen/-innen sichern sie eine patientenspezifische und individuell abgestimmte Therapie und Nachsorge.

**Alexander Nowak, Julia Kramer,
Henry Leonhardt, Günter Lauer**

**Ansprechpartner
Dr.med. Alexander Nowak
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Telefon: 0351/458 – 3382
Alexander.Nowak@uniklinikum-dresden.de**

*Mit freundlicher Genehmigung aus
Zahnärzteblatt Sachsen.*

Die Literaturliste liegt vor.

Beitragspflicht für Pflichtmitglieder

Verfassungsbeschwerden erfolglos

Die an die Pflichtmitgliedschaft in Industrie- und Handelskammern gebundene Beitragspflicht ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Dies hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts mit dem am 2. August veröffentlichten Beschluss bekräftigt und Verfassungsbeschwerden von zwei Kammermitgliedern zurückgewiesen. Diese machten geltend, dass die gesetzlich normierte Pflichtmitgliedschaft in den Industrie- und Handelskammern und die daraus resultierende Beitragspflicht nicht mit dem Grundgesetz vereinbar seien.

Sachverhalt:

Die Industrie- und Handelskammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert, an die die Kammermitglieder Beiträge zahlen müssen. Pflichtmitglied ist, wer im Bezirk der jeweils regional zuständigen Industrie- und Handelskammer einen Gewerbebetrieb betreibt. Auch die beiden Beschwerdeführerinnen wurden zu einem Kammerbeitrag herangezogen und haben gegen die Beitragsbescheide erfolglos geklagt. Mit

ANZEIGEN

ihren Verfassungsbeschwerden wenden sie sich gegen die Beitragsbescheide und gegen die Bestimmungen des Gesetzes über die Industrie- und Handelskammer (IHKG) zur Pflichtmitgliedschaft. Diese verletze sie in ihren Rechten aus Art. 9 Abs. 1 GG, jedenfalls aber aus Art. 2 Abs. 1 GG.

Wesentliche Erwägungen des Senats:

1. Der Prüfungsmaßstab für den Schutz vor Pflichtmitgliedschaften in „unnötigen“ Körperschaften ergibt sich aus dem Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), nicht aus dem Grundrecht der Vereinigungsfreiheit (Art. 9 Abs. 1 GG). Denn Art.

9 Abs. 1 GG zielt auf freiwillige Zusammenschlüsse zu frei gewählten Zwecken, während eine gesetzliche Eingliederung in eine öffentlich-rechtliche Körperschaft private Akteure für öffentliche Aufgaben in Anspruch nimmt.

2. Sowohl die Beitragserhebung als auch die Pflichtmitgliedschaft sind Eingriffe in die nach Art. 2 Abs. 1 GG geschützte allgemeine Handlungsfreiheit. Bereits die Pflichtmitgliedschaft als solche ist nicht lediglich rechtlich vorteilhaft oder eingriffsneutral. Daher ist die Gründung einer öffentlich-rechtlichen Pflichtkörperschaft, die nicht unmittelbar im Grundgesetz bestimmt ist, nur auf gesetzlicher Grundlage und durch Organisationsakte möglich, die den Vorgaben des Grundgesetzes genügen.
3. Die Beitragspflicht auf der Grundlage der Pflichtmitgliedschaft in den Kammern ist auch mit den Anforderungen des Demokratieprinzips (Art. 20 Abs. 1 und 2 GG) vereinbar.

PM BVG (stark gekürzt)

Beschluss vom 12. Juli 2017, 1 BvR 2222/12,

1 BvR 1106/13

Zahnarzt verurteilt

Botox-Behandlung führte zu Approbationsentzug

W Weil er ohne ärztliche Zulassung oder Heilpraktikererlaubnis immer wieder Faltenunterspritzungen vornahm, wurde einem Zahnarzt jetzt per Gericht die Approbation entzogen.

Aus den Urteilsgründen des OVG NRW:

Das Verwaltungsgericht hat ausgeführt, der auf § 4 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 ZHG gestützte Widerruf der Approbation als Zahnarzt sei rechtmäßig, weil sich der Kläger nachträglich eines Verhaltens schuldig gemacht habe, aus dem sich seine Unwürdigkeit und Unzuverlässigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergebe. Der Kläger sei, nachdem ihm die Faltenunterspritzungen im Stirn-, Augen- und Halsbereich, zur Lippen- und Faltenunterfüllung sowie die Therapie der Migräneerkrankung und die Behandlung der Hyperhidrose durch bestandskräftige Ordnungsverfügung der Stadt E. vom 21. November 2005 untersagt worden sei, vom Amtsgericht Düsseldorf im Jahr 2007 rechtskräftig wegen der Ausübung von Heilkunde, ohne zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt zu sein, zu einer Geldstrafe verurteilt worden, weil er im Jahr 2005 Faltenunterspritzungen mit Botox und Hyaluron vorgenommen habe. Durch rechtskräftiges Strafurteil des Amtsgerichts Düsseldorf vom 31. Mai 2012 sei er erneut wegen unerlaubter Ausübung der Heilkunde in 53 Fällen zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Nach den Urteilsgründen habe der Kläger in der Zeit von 2006 bis 2008 mehrfach und wiederholt Patienten behandelt, indem er diesen Botox und Hyaluron in die Stirn, Augen, Nase, Lippen, Hals und Achsel gespritzt habe. Durch rechtskräftiges Urteil vom 27. Mai 2014 habe das Amtsgericht Düsseldorf den Kläger nochmals wegen unerlaubter Ausübung der Heilkunde zu einer Geldstrafe verurteilt. In den Urteilsgründen habe das Gericht festgestellt, dass der Kläger im Zeitraum von 2008 bis September 2011 an fünf Patienten eine Faltenunterspritzung vorgenommen habe, indem er diesen Botox und Hyaluron in das Gesicht, insbesondere Lippen, die Stirnregion, über der Nasenwurzel und im Wangenbereich gespritzt habe. ...

Die Unwürdigkeit des Klägers ergebe sich aus den Strafurteilen zugrunde liegenden Taten, die in besonderer Weise geeignet seien, das ihm als Zahnarzt entgegengebrachte Vertrauen zu zerstören. Die den Strafurteilen zugrunde liegenden Taten zeigten zudem, dass der Kläger trotz bestandskräftiger Ordnungsverfügung und erfolgter Verurteilungen nicht bereit sei, die Grenzen seiner beruflichen Tätigkeit

zu erkennen und zu achten. Dies belege seine Unzuverlässigkeit.

**Oberverwaltungsgericht NRW, 13 A 168/16
vom 17.05.2017**

Schon das BVG urteilte: Faltenunterspritzungen sind keine Ausübung der Zahnheilkunde

Das Bundesverwaltungsgericht (BVG) entschied bereits per Beschluss vom 17. Januar 2014 im Falle einer Zahnärztin in letzter Instanz zu Faltenunterspritzungen: Als Krankheit sei jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen. Daraus ergebe sich eindeutig, dass die von der Zahnärztin beabsichtigte Tätigkeit keine Ausübung der Zahnheilkunde ist, weil sie nicht den geforderten Behandlungsbezug zum Bereich der Zähne, des Mundes oder der Kiefer – einschließlich der dazugehörigen Gewebe – aufweist. Vielmehr seien Faltenunterspritzungen nach ihrem räumlichen Ansatz und dem Zweck des Eingriffs ausschließlich auf eine Behandlung der Gesichtshaut und der Haut des Halses gerichtet. Es stünde der Zahnärztin frei, entsprechende Qualifikationen zu erwerben.

BVG - Az. 3 B 48.13

ANZEIGE

Richtigkeit der Angaben

Bewertungsportal Jameda trägt Beweislast

Laut einer Grundsatzentscheidung trägt das Arztbewertungsportal Jameda die Beweislast für die Richtigkeit von Angaben. Das Landgericht München hat entschieden, dass das Ärzte-Bewertungsportal Jameda im Streitfall mit einem Zahnarzt beweisen muss, dass eine schlechte Bewertung auf einer wahren Tatsachengrundlage beruht. Es reicht nicht aus, wenn sich das Bewertungsportal lediglich auf eine einfache Be-

stätigung des Bewertenden beruft. Ärzten und Zahnärzten ist in der Konsequenz des Urteils angeraten, ihr Profil auf Bewertungsportalen wie Jameda, Sanego oder Google in regelmäßigen Abständen zu prüfen und bei unberechtigten Negativbewertungen Einspruch einzulegen.

**LG München I,
Urteil vom 3. März,
Az.: 25 O 1870/15**

Rechtsfolgen eines formnichtigen HKP

Eigenhändige Unterschrift von Patient und Zahnarzt erforderlich

Die Abrechnung des Eigenanteils gegenüber gesetzlich krankenversicherten Patienten für zahnprothetische Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, gehört zum Alltag einer jeden Zahnarztpraxis.

Bei Streit über die Rechnungslegung stellt sich dabei jedoch immer wieder die Frage, welchen formellen Anforderungen die zugrundeliegende Honorarvereinbarung genügen muss.

Antworten darauf liefert die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 3. November 2016 (AZ. III ZR 286/15).

Das Gericht bejahte hier den Anspruch einer Vertragszahnärztin auf Zahlung des Eigenanteils für eine zahnprothetische Leistung in Höhe von ca. 3800 Euro gegenüber ihrer gesetzlich versicherten Patientin.

Der Heil- und Kostenplan (HKP) war zwar von der Patientin nicht unterschrieben, jedoch mit Genehmigung von der Krankenkasse der Zahnärztin vorgelegt worden. Erst nach der Zahnersatzversorgung und anschließender Rechnungslegung berief sich die Patientin auf die Formunwirksamkeit des HKP wegen der fehlenden Unterschrift, was der BGH jedoch für treuwidrig erachtete.

Die notwendigen formellen Voraussetzungen für die Abrechnung des Eigenanteils regelt zunächst das Gesetz. Der Zahnarzt darf danach dem Patienten gegenüber zahnärztliche Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, weil die Patienten bspw. eine ästhetisch ansprechendere Lösung wünschen, nur dann in Rechnung stellen, wenn sie auf Verlangen

des Zahlungspflichtigen (§ 1 Abs. 2 S. 2 GOZ) erfolgen und zuvor in einem HKP schriftlich vereinbart worden sind (§ 2 Abs. 3 S. 1 GOZ).

Bei einer gesetzlich vorgeschriebenen Schriftform bedarf es demnach der eigenhändigen Unterschrift von Zahnarzt und Patient auf dem HKP (§ 126 BGB). Die Nichteinhaltung dieser Vorgaben führt zur Formunwirksamkeit und damit zur Nichtigkeit des Rechtsgeschäftes.

Dieser Fall hat hier zwar vorgelegen. Jedoch hielt das Gericht die Berufung der Patientin auf die Formnichtigkeit für eine schwere Treuepflichtverletzung, denn die Patientin hat bewusst die kostenintensive Behandlung und damit sämtliche Vorteile in Anspruch genommen, sich dann aber, erst nachdem ihr die Rechnung gestellt wurde, auf die fehlende Unterschrift berufen. Laut BGH sei dies jedoch nur aufgrund eines schlichten Büroversehens der Praxismitarbeiter und demnach in Folge einfacher Fahrlässigkeit unentdeckt geblieben.

Die Praxis durfte deshalb auf das Zustandekommen einer wirksamen Honorarvereinbarung vertrauen. Die Patientin hat sich demgegenüber zu Unrecht auf den Formmangel bezogen, was laut BGH aber nur ganz ausnahmsweise der Fall ist, denn Formvorschriften dürfen im Interesse der Rechtssicherheit nicht aus bloßen Billigkeitserwägungen außer Acht gelassen werden.

In der Praxis gilt daher zu beachten, sich zwingend an die gesetzlich vorgeschriebene Formvorschrift mit der eigenhändigen Unterschrift der Parteien auf dem HKP zu halten.

Ass. jur. Katja Millies

Impfempfehlungen veröffentlicht

Empfehlungen der Ständigen Kommission am Robert-Koch-Institut

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut hat ihre neuen Impfempfehlungen veröffentlicht, wie üblich im Epidemiologischen Bulletin 34. Änderungen gibt es bei den Impfungen gegen Hepatitis A und B, Influenza sowie Tetanus. Im Rahmen der redaktionellen Überarbeitung wurde unter anderem ein Abschnitt zur Impfung von Patienten mit geschwächtem Immunsystem ergänzt und ein Schlagwortverzeichnis erstellt. Zudem erklärt die STIKO, warum sie die Impfung gegen Herpes zoster (mit einem Lebendimpfstoff) derzeit nicht als Standardimpfung empfiehlt.

Die Impfung gegen Hepatitis-A und B empfiehlt die STIKO nun auch ehrenamtlich Tätigen, für die ein Expositionsrisiko besteht, das mit dem von beruflich tätigen Personen vergleichbar ist. Auch Auszubildende, Studierende und Praktikanten werden nun ausdrücklich genannt. Die STIKO stellt damit klar, dass die Indikation zur Impfung anhand des mit der jeweiligen Tätigkeit tatsächlich verbundenen Expositionsrisikos zu beurteilen ist und nicht beschränkt ist auf bestimmte Berufsgruppen.

Bei der Influenzaimpfung hatte die STIKO bereits zur Saison 2016/17 ihre Empfehlung vorläufig ausgesetzt, Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren bevorzugt mit dem über die Nase zu verabreichenden Lebendimpfstoff zu impfen. Die Empfehlung wurde nun endgültig zurückgezogen. Hintergrund ist, dass in den letzten Jahren im Vergleich zu den inaktivierten Impfstoffen keine überlegene Wirksamkeit mehr nachweisbar war.

Eine Auffrischimpfung gegen Tetanus bei geringfügigen, sauberen Wunden empfiehlt die STIKO nur noch dann, wenn seit der letzten Impfung mehr als zehn Jahre vergangen sind. Damit wurde die 2016 erfolgte Absenkung der Frist von zehn auf fünf Jahre rückgängig gemacht. Dies steht auch im Einklang mit der Empfehlung einer routinemäßigen Auffri-

schung des Tetanus-Impfschutzes alle zehn Jahre.

Neu eingefügt hat die STIKO einen Abschnitt zu Impfungen von Patienten mit Immundefizienz bzw. Immunsuppression. Derzeit werden unter der Federführung der STIKO detaillierte Anwendungshinweise für Impfungen bei Patienten mit Immundefizienz bzw. Immunsuppression erarbeitet, die in vier gesonderten Publikationen im Bundesgesundheitsblatt bis Anfang 2018 erscheinen sollen.

Seit 2013 ist in Deutschland ein attenuierter Lebendimpfstoff zur Verhinderung eines Herpes zoster (HZ) bzw. der durch HZ verursachten Nervenschmerzen (postherpetische Neuralgie) bei Personen ab 50 Jahren verfügbar. Die STIKO sieht zum gegenwärtigen Zeitpunkt davon ab, die Impfung mit diesem Impfstoff als Standardimpfung zu empfehlen. Die Entscheidung basiert auf der systematischen Bewertung der Daten zu Wirksamkeit, Schutzdauer und Sicherheit des Impfstoffs. So nimmt die Wahrscheinlichkeit, an HZ zu erkranken, und die Schwere der Erkrankung mit dem Alter deutlich zu, hingegen nimmt die Wirksamkeit der Impfung mit dem Alter ab. Zudem ist die Schutzdauer der Impfung nur für wenige Jahre belegt. Eine mathematische Modellierung der zu erwartenden epidemiologischen Effekte bekräftigt die Entscheidung.

Eine ausführliche Darstellung aller Neuerungen und deren wissenschaftlichen Begründungen sowie die Erläuterung zur Herpes-Zoster-Entscheidung werden in den Ausgaben 35 und 36 des Epidemiologischen Bulletins veröffentlicht. Auch die Impf-App STIKO@rki enthält die aktualisierten Impfempfehlungen. Darüber hinaus gibt es die Impfempfehlungen auch im Pocket-Format. Dies ist über den Buchhandel erhältlich.

Weitere Informationen:

www.stiko.de & www.rki.de/epidbull

RKI

Zahl des Monats

4 22 000 Euro betrug das durchschnittliche Finanzierungsvolumen von Zahnärzten bei Neugründung einer Einzelpraxis im Jahr 2014. Für die Gründung von solchen Praxen müssen attraktive Rahmenbedingungen bestehen. Das

sind zum Beispiel beherrschbare Finanzierungsrisiken, wirtschaftliche Unabhängigkeit durch adäquate Honorierung, Planungssicherheit und eine funktionierende Infrastruktur.

Jahrbuch 2016 der KZBV

Wir gratulieren zum Geburtstag

Im Oktober und November vollenden

das 80. Lebensjahr

Dr. Walter Beyer (Löcknitz)
am 17. Oktober,

das 75. Lebensjahr

Dr. Rüdiger Pohl (Carwitz)
am 5. November,
Zahnarzt Winfried Bock (Greifswald)
am 6. November,

das 70. Lebensjahr

Zahnärztin Karin Paul (Jördenstorf)
am 27. Oktober,
Zahnärztin Brigitte Schulz (Charlottenthal)
am 31. Oktober,

das 65. Lebensjahr

Dr. Sylvia Schmidtman (Stralsund)

am 9. Oktober,
Zahnärztin Burghild Scheunemann
(Gingst)
am 30. Oktober,
Dr. Bärbel Pangerl (Demmin)
am 5. November,

das 60. Lebensjahr

Zahnarzt Michael Oll (Kirchdorf)
am 1. November,

das 50. Lebensjahr

Dr. Elke Schwahn-Schulenburg (Greifswald)
am 8. Oktober,
Dr. Jürgen Wever (Neubrandenburg)
am 25. Oktober und
Dr. Kathrin Dargatz (Rostock)
am 29. Oktober

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

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

ANZEIGEN

Wir trauern um

Rosita Kolmorgen
Rostock

geb. 5. August 1939
gest. 27. August 2017

Wir werden ihr ein ehrendes
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer M-V
Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V

FOLGEN SIE UNS

Bereits seit vielen Jahren ist die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in den großen sozialen Netzwerken aktiv. Folgen auch Sie uns und verpassen Sie keine wichtigen Nachrichten mehr oder nutzen Sie eine unserer vielfältigen Kontaktmöglichkeiten!



Facebook

www.facebook.com/zaek.mv

WhatsApp-Newsletter

0151 67728541

Nummer speichern, Start via WhatsApp senden

Chat

Fragen direkt beantworten lassen auf www.zaekmv.de

Homepage

www.zaekmv.de

Twitter

www.twitter.com/zaekmv

Smartphone-App

ZahnNews MV

Kostenfrei in allen Appstores

E-Mail-Newsletter

Anmeldung unter www.zaekmv.de

Fon & Fax

0385 59108-0 / -20

Wismarsche Str. 304
19055 Schwerin



E-Mail

info@zaekmv.de

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
Am Sand 1c
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!)

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

Preis:

13,- € je Druckzeile (= 74 Zeichen inkl. Leerzeichen) zzgl. MwSt.

Für zahnärztliche Helferinnen, die arbeitslos sind, wird die Hälfte des Preises berechnet (Nur bei Stellengesuchen bitte Nachweis der Arbeitslosigkeit beifügen).

Chiffregebühr:

10,- € zzgl. MwSt.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

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

IBAN: _____

BIC: _____

Unterschrift: _____