



# dens

11  
2010  
1. November

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

---



# Fit für die Zukunft

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ihnen vorliegende dens-Ausgabe gibt wiederum einen breiten Überblick über gesundheitspolitische und fachliche Entwicklungen und informiert Sie über berufspolitische Aktivitäten in Bund und Land. Damit besitzt sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zumal zahlreiche Informationsmedien uns täglich erreichen. Oftmals ist es sogar ein Übermaß an Informationen, sodass es verständlich ist, dass das Interesse hier und da erlahmt. In der Wissenschaft begegnet man diesen Entwicklungen mit Metaanalysen und Peer-Reviews. Solche Verfahren sind in der Gesundheitspolitik naturgemäß nicht anwendbar. Es ist hier Aufgabe der Professionspolitik zu analysieren, in direkten Gesprächen mit der Gesundheitspolitik geplante Entscheidungen zu hinterfragen und aus Sicht des Berufsstandes Positionen zu beziehen.

Diese Sicht des Berufsstandes ist geprägt durch die Erfahrungen im Versorgungsalltag und den täglich stattfindenden Kontakt zu unseren Patienten. Die Analyse dieser Erfahrungen und die damit verbundene wissenschaftliche Aufbereitung hat das Institut Deutscher Zahnärzte (IDZ) in Köln in der Publikation „Rollenverständnis von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausü-



Präsident Dr. Dietmar Oesterreich

– Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie“ in diesem Jahr veröffentlicht. Auf dem Zahnärztetag habe ich einige ausgewählte Ergebnisse hieraus vorgestellt und versucht, für die berufspolitischen Gremien Schlussfolgerungen zu ziehen. Generell darf festgestellt werden, dass aus fachlicher Perspektive der Berufsstand die Auswirkungen des demografischen Wandels, die Zunahme psychosozialer Stressfaktoren mit Auswirkungen auf die Mundgesundheit und die zunehmenden Zusammenhänge medizinischer und zahn-

medizinischer Erkrankungen deutlich wahrnimmt. Auch gewinnt die Rolle des informierten Patienten immer mehr an Bedeutung für die eigene Berufsausübung. In der Analyse der Reaktionsweisen des Berufsstandes auf diese Veränderungen ist die Fortbildung auch für die Praxismitarbeiter ein zentraler Punkt. Deutliche Tendenz ist es, sich Arbeitsschwerpunkte für die eigene Praxis zu setzen. Auch spielen zukünftig Kooperationen in ihren vielfältigen Möglichkeiten eine zunehmende Rolle. Belastungen werden durch den Wettbewerb innerhalb des Berufsstandes aber auch durch Bürokratie und Ökonomisierung im Gesundheitswesen empfunden.

Diese ausschnittsweise Darstellung der Ergebnisse beinhaltet zahlreiche Aufgabenstellungen für die Selbstverwaltung. So gilt es, den Wettbewerb zu kanalisieren, Bürokratie und Ökonomisierungstendenzen zu begegnen, aber auch die Diskussion über die wesentlichen Kerninhalte der zahnärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf Spezialisierungstendenzen zu führen. Ebenso bedürfen Verge-berlichungstendenzen im Hinblick auf einen unkritischen Umgang mit ästhetischen Aspekten in der Zahnmedizin einer klaren Position.

Erfreulich ist unzweifelhaft, dass die Zahnärzte sich auf ihre fachliche Kompetenz in ihrer Reaktion auf gesellschaftliche Wandlungsprozesse berufen und dass sie dabei ihre freiberufliche Identität erhalten wollen.

In zahlreichen Kreisstellensitzungen, an denen ich teilnehmen durfte, wurden unumwunden die den Berufsalltag erschwerenden Bedingungen benannt. Wenn wir uns auch hier und da eine größere Beteiligung gewünscht hätten, so sind die Ergebnisse aus diesen Kontakten wichtige Grundlage für zukünftige Handlungsschwerpunkte in unseren Organisationen. Ich möchte Sie auf diesem Wege bitten, ein klares Signal durch Ihre Beteiligung bei den anstehenden Wahlen zu unseren Selbstverwaltungen zu setzen. Professionspolitik lebt von der Beteiligung jedes Einzelnen. Nicht nur die eigene Praxis gilt es, fit für die Zukunft zu machen, sondern auch unsere Berufsvertretungen.



## Synergie-Synthese-Synopsis

Deutscher Zahnärztetag vom 10. bis 13. November

Der Deutsche Zahnärztetag als die zentrale Veranstaltung der BZÄK, DGZMK und KZBV findet vom 10. bis 13. November 2010 in Frankfurt am Main statt. Insgesamt werden 24 Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise der DGZMK unter dem Leitgedanken „Synergie – Synthese – Synopsis“

das breite Spektrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde präsentieren.

Der Deutsche Zahnärztetag als gemeinschaftliche Veranstaltung vereint Ständespolitik, Praxis und Wissenschaft.

Weitere Informationen unter:  
www.dztz.de **BZÄK**

Ihr  
Dr. Dietmar Oesterreich

# Einladung

## Zahnärzteball 2010

am Sonnabend, 27. November

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung lädt alle Kolleginnen und Kollegen zum traditionellen Zahnärzteball ein. Die Yachthafenresidenz „Hohe Düne“ in Rostock-Warnemünde bietet dazu das perfekte Ambiente.

Für den Nachmittag haben wir ein Fortbildungsseminar zum Thema „Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen“ organisiert. Referent wird der unverwechselbare Professor Dr. Vlado Bicanski sein.

Der Ball beginnt nach einem gemütlichen Sektempfang wie immer um 20 Uhr.

Die Karten werden inklusive Referat 70 Euro kosten.

### Anmeldung zum Zahnärzteball 2010

Bitte schicken Sie den Anmeldecoupon an:

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Str. 304  
– Öffentlichkeitsarbeit –  
19055 Schwerin

Fax: 0385 – 54 92 498, Tel: 0385 – 54 92 103  
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de

Ja, ich komme zum Ball mit insgesamt \_\_\_\_\_ Personen.

Nach Möglichkeit möchte/n ich/wir zusammensitzen mit

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift (bitte gut leserlich schreiben)

Praxisstempel

# dens

19. Jahrgang

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

## Herausgeber:

### ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

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

### Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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

## Redaktion:

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

**Internet:** www.dens-mv.de

## Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

## Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

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

## Redaktionshinweise:

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

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

## Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

## Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

## Bezugsbedingungen:

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

**Titelbild:** Friederike Abeln, Prerow

# Aus dem Inhalt:

## M-V / Deutschland

Deutscher Zahnärztetag in Frankfurt	1
20 Jahre Deutsche Einheit	4
Rösler übernimmt Schirmherrschaft	4
Kostenerstattung funktioniert	5, 8
Tag der älteren Menschen	9
Freie Berufe in Europa	10
Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsarbeit	11
Koordinierungskonferenz ZFA-Referenten	11
Sportweltspiele der Medizin auf Gran Canaria	15
Bücher vorgestellt	30-31
Glückwünsche / Anzeigen	32

## Zahnärztekammer

Ernennung Ehrenamtlicher Richter	4
Kammergutachter trafen sich in Rostock	12
Kammerversammlungen – Ankündigungen	13
Zur Vergütung von Leistungen im Basistarif	14
Fortbildung im Dezember	18
Senioren auf den Spuren von Ernst Barlach	30

## Kassenzahnärztliche Vereinigung

Zahnärzteball am 27. November	2
Vorstand führte Blitzgespräche mit Politikern	5
Gemeinsamer Protest aus allen Bundesländern	6-7
Wahl zur Vertreterversammlung – Neuer Wahlgang	10
Service der KZV	16
Kieferorthopädische Abrechnungshinweise	16-17
Fortbildungsangebote der KZV	18

## Hochschulen / Wissenschaft / Praxis

### Recht / Versorgung / Steuern / Versorgungswerk

Mundschleimhaut- und Röntgenberatung	9
Uni Greifswald richtet Studentcamp aus	14-15
Konsensveranstaltung zu elektrischen Zahnbürsten	19-20
Zahnärztliche Behandlung depressiver Patienten	21-23
Die Diagnose depressive Störung	23
Die Bisphosphonat-assoziierte Kiefererkrankung	24-26
7. Jahrestagung des Fachkreises Junge Kieferorthopädie	27
Private Zahnzusatzversicherungen	28-29
Achtung: Verjährung	29
Impressum	3
Herstellerinformationen	U4

Der Ausgabe liegen Beilagen des  
Freien Verbandes Deutscher Zahn-  
ärzte/Landesverband MV bei.

## Ernennung

### Ehrenamtliche Richter

*Ernennung ehrenamtlicher Richter am Verwaltungsgericht Greifswald (Berufsgericht für Heilberufe) und am Obergerverwaltungsgericht (Berufsgerichtshof)*

Folgende Kammermitglieder wurden zu ehrenamtlichen Richtern für die Amtszeit vom 1. November 2010 bis 31. Oktober 2015 ernannt:

Berufsgericht für die Heilberufe beim Verwaltungsgericht Greifswald:

- Olaf Braumann, Samtens
- Dr. Thomas Kroll, Teterow
- Dr. Roland Sieber, Rostock
- Dr. Sylvia Schmidtman, Dranske
- Dr. Peter Köhler, Kritzmow

Berufsgerichtshof für die Heilberufe beim Obergerverwaltungsgericht Mecklenburg-Vorpommern in Greifswald:

- Marie-Luise Flämig, Negast
- Dipl.-Stom. Michael Penne, Mesekenhagen
- Paul Pawelsky, Greifswald
- Dr. Peter Berg, Schwerin
- Dr. Hans-Joachim Frauendorf, Plate

ZÄK M-V

## 20 Jahre Deutsche Einheit

### Positives Resümee für das ganze Gesundheitswesen

„Die rasche Integration Ostdeutschlands in das Gesundheitssystem nach der Wiedervereinigung war eine der größten Herausforderungen und für die ostdeutsche Bevölkerung von besonderer Bedeutung.“ Mit diesen Worten wird im 20. Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit das Kapitel „Entwicklung des Gesundheitswesens“ eingeleitet. Genaue Analysen zur Lage des Gesundheitswesens in der DDR folgen und eine Auflistung der Gesetzmäßigkeiten, mit denen man es geschafft hat, eine adäquate medizinische Versorgung der Menschen in den neuen Bundesländern zu erreichen. So heißt es mehr oder weniger abschließend: „Ab 1. Januar 2001 wurden die Unterschiede im Versicherungs-, Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht aufgehoben. Mit dem Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV wurde so der Weg zur sozialen Einheit in der gesetzlichen Krankenversicherung vollendet. Die Einnahmen und Ausgaben sowie die übrigen Statistiken der Krankenkassen werden seit 2008 nicht mehr nach Ost

und West getrennt erhoben.“ Insgesamt ist die Bundesregierung zwanzig Jahre nach der Deutschen Einheit zufrieden mit der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in West und vor allem auch in Ost.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung soll weiterentwickelt werden, mit mehr Wettbewerb, mehr Freiheit für den Einzelnen und weniger Bürokratie. Auch eine Honorarreform für den ambulanten Bereich, eine Ausweitung der Kostenerstattung, eine Präventionsstrategie, die auf bewährten Programmen aufbaut und diese weiterentwickelt, sowie der Ausbau der Versorgungsforschung stehen auf dem Aufgabenzettel der Bundesregierung. Eine komplette Anpassung der zahnärztlichen Honorare fehlt auch im zwanzigsten Jahr der Wiedervereinigung, während die Ärzte sich über eine Milliarde Euro mehr Honorar freuen dürfen.

Kerstin Abeln

## Philipp Rösler übernimmt Schirmherrschaft

### Prominente Unterstützung für Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

„Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat den Grundstein für einen offenen und lösungsorientierten Umgang aller Beteiligten mit dem Thema Patientensicherheit gelegt. Die Akzeptanz für Maßnahmen zur Patientensicherheit ist nirgendwo in Europa höher als in Deutschland.“ Mit diesen Worten übernahm Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler die Schirmherrschaft über das Aktionsbündnis. Dessen Vorsitzender, Dr. Günther Jonitz, wertete die Unterstützung des Ministers als wichtige Anerkennung der Arbeit für mehr Patientensicherheit in Deutschland.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat sich im Jahr 2005 zur flächendeckenden Förderung der Patientensicherheit in Deutschland mit tatkräftiger Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit gegründet. Mit zwischenzeitlich



Bundesgesundheitsminister  
Dr. Philipp Rösler

mehr als 300 Mitgliedern aus allen Bereichen des Gesundheitswesens von Patientenverbänden, Ärzten

und Pflegekräften bis hin zu Institutionen, Organisationen und Firmen im Gesundheitswesen sind alle relevanten Berufsgruppen und Einrichtungen in diesem Aktionsbündnis vertreten.

In zahlreichen ehrenamtlichen Arbeitsgruppen wurden in den letzten fünf Jahren konkrete Handlungsempfehlungen u. a. zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie, zur sicheren Patientenidentifikation, zur Einführung von Fehlerlernsystemen (CIRS im Krankenhaus), für einen Medikationsplan für Patienten sowie eine Checkliste Arzneimitteltherapiesicherheit und eine Handlungsempfehlung zur Vermeidung von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern („Jeder Tupfer zählt“) erarbeitet.

Aktionsbündnis  
Patientensicherheit

# Vorstand führte Blitzgespräche mit Politikern

Landes- und Bundesakteure zu Reformplänen der Bundesregierung befragt

Ganz schnell hatte der Vorstand der KZV gehandelt, genauso wie seine Kollegen in den anderen neuen Bundesländern. Nicht hinnehmen wollte man die zweistufige Ost-West-Angleichung für die Jahre 2013 und 2014 um jeweils 2,5 Prozent. Der Referentenentwurf der Bundesregierung blieb mit diesen Daten weit hinter den Ankündigungen zur Angleichung der Honorare zurück. Nur die Hälfte der notwendigen Bereinigung und ein Vertagen um weitere Jahre waren den Vorständen der Ostländer zu wenig. Gespräche mit Dietrich Monstadt, Bundestagsabgeordneter Mecklenburg-Vorpommerns und Mitglied im Gesundheitsausschuss, Harry Glawe (CDU) und Hans-Joachim Hacker (SPD), beides Landespolitiker, brachten einen kleinen Erfolg. Der Umsetzungszeitrahmen soll um ein Jahr vorverlegt werden.



Der KZV-Vorstand führte Gespräche mit Dietrich Monstadt (vorn links), Harry Glawe (vorn rechts) und Hans-Joachim Hacker (Mitte).

## Kostenerstattung funktioniert bereits

Beruhigendes Vorbild Zahnersatz - Bitte um sachliche Diskussion

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) warnte vor einer unsachlichen Verkürzung der Diskussion um den Ausbau der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, sagte dazu: „Kostenerstattung funktioniert auch in der GKV, und zwar gut. Dafür gibt es Belege. Wir haben in der

Zahnersatzversorgung seit 2005 ein System, in dem bestimmte Therapien von den Kassen via Kostenerstattung bezuschusst werden. Das klappt für die Patienten prima und ohne Probleme.“

Es sei unsachlich, so Fedderwitz weiter, das Kostenerstattungsprinzip auf das Schlagwort ‚Vorkasse für Patienten‘ zu verkürzen: „Der Wert der Kostenerstattung liegt darin, dass sie

dem GKV-Versicherten die Tür zum medizinischen Fortschritt öffnet. Er kann moderne Therapien wählen, die die GKV nicht bezahlt, bekommt aber trotzdem den Zuschuss seiner Kasse in Höhe der GKV-Leistung.“

Die KZBV begrüßt deshalb das Vorhaben des Bundesgesundheitsministers, die Wahl der Kostenerstattung in der GKV zu erleichtern.

**KZBV**

Anzeige

# Gemeinsamer Protest aus allen Bundesländern

## Referentenentwurf eines Finanzierungsgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung

*Mailing an die Bundesregierung, den Bundestag, den Bundesrat und die Bundesländer:*

Sehr geehrte ...,  
unter dem 26. August ist den Verbänden vom Bundesgesundheitsministerium der Referentenentwurf eines GKV-FinG zugeleitet worden. Dieses soll in wesentlichen Teilen zum 1. Januar 2011 in Kraft treten und kurz- und mittelfristig eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen. KZBV und die KZVs auf Landesebene können hierbei nur mit Enttäuschung registrieren, dass der Referentenentwurf entgegen einer Vielzahl öffentlicher Absichtserklärungen in der Vergangenheit die dringend erforderlichen strukturellen Reformen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht umsetzt, ja diese in der Regel noch nicht einmal anspricht.

Im Gegenteil beinhaltet der Gesetzentwurf sogar eine weitere Fortschreibung der alleine noch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung geltenden, rigiden und nunmehr nochmals verschärften Budgetierung der Gesamtvergütungen in den Jahren 2011 und 2012 sowie eine lediglich teilweise Annäherung der Ost- an die Westvergütungen in den Jahren 2013 und 2014.

Insbesondere durch die zusätzlichen Bestimmungen zur weiteren und sogar noch intensivierten Budgetierung der Gesamtvergütungen würde dieses überkommene Steuerungselement nicht nur erneut bestätigt, sondern der undifferenzierten Kostendämpfungspolitik der Vergangenheit ein weiteres Kapitel hinzugefügt und die damit verbundenen negativen Effekte im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung weiter intensiviert. Die Zahnärzteschaft ist grundsätzlich weiterhin bereit, neben allen anderen Beteiligten ihren Beitrag zur Stabilisierung der Finanzierungssysteme in der GKV zu leisten. Die undifferenzierte Fortschreibung und sogar noch Verschärfung der Budgetierung der Gesamtvergütungen ist dafür jedoch der falsche Weg. Diese Maßnahmen sind auch sachlich nicht begründet. Denn die vertragszahnärztliche Versorgung repräsentiert innerhalb der GKV den einzigen Leistungsbereich, von dem seit Jahren nicht nur keine beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen ausgehen, sondern in dem die GKV jährlich Einspa-

rungen in Milliardenhöhe erzielt.

Zudem verlässt der Gesetzentwurf ohne Not den bisher stets vermittelten politischen Generalkonsens, mit dem die dringende Notwendigkeit für eine grundlegende Strukturreform in diesem Bereich anerkannt worden ist. Nach Jahrzehnten einer ständig rigideren Kostendämpfungspolitik, die eine angemessene Weiterentwicklung des Niveaus der vertragszahnärztlichen Versorgung zunehmend eingeschränkt hat und nunmehr bereits seit Jahren gänzlich verhindert, besteht in der deutschen Zahnärzteschaft gerade angesichts der zuvor geäußerten gesundheits- und sozialpolitischen Bewertungen durch die Regierungskoalition keinerlei Verständnis für eine neuerliche Verzögerung der dringend erforderlichen Reformmaßnahmen.

Diese beziehen sich neben der bereits angesprochenen Angleichung der Ost- an die Westvergütungen insbesondere auf die Beseitigung der jahrzehntelangen Budgetierung der Gesamtvergütungen unter deren Anbindung an die jeweils festgesetzte Grundlohnsammenentwicklung, die Berücksichtigungsfähigkeit der zwischenzeitlich eingetretenen Strukturverschiebungen in den Gesamtvergütungen durch die Gesamtvertragspartner und die Ausgestaltung der Regelungen zur Honorarverteilung als autonome Satzungen der KZVs. Eine Vielzahl der erforderlichen Reformmaßnahmen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung wäre für die GKV kostenneutral. Gerade deshalb ist es umso unverständlicher, warum diese dringend erforderlichen Reformmaßnahmen im GKV-FinG wiederum unberücksichtigt bleiben sollen.

Angesichts der nunmehr bereits seit Jahren erfolgten Angleichung der Lebensverhältnisse und der Kostenstrukturen in den neuen Bundesländern an das Westniveau kann auch die nunmehr erneut vorgesehene Verschiebung einer Angleichung der Ostvergütungen an das Westniveau auf die Jahre 2013 und 2014 nicht akzeptiert werden. Dies gilt umso mehr, als auch diese entgegen öffentlichen politischen Ankündigungen nicht in vollem Umfang erfolgen, sondern sich nur auf ca. 50 Prozent der tatsächlichen Vergütungsdifferenz beschränken soll. Die damit verbundene Aussage in der Begründung, weitere Anpassungsschritte blieben den Vertragsparteien vorbehalten, kann gerade angesichts der, durch den Entwurf sogar noch verschärf-

ten Regelungen zur Budgetierung der Gesamtvergütungen von der Zahnärzteschaft in den neuen Bundesländern nicht als eine realistische Perspektive betrachtet werden. Hiermit würde vielmehr der sachlich durch nichts begründete Vergütungsabstand lediglich reduziert, in dieser Höhe aber politisch ausdrücklich perpetuiert.

### Der Zeitplan für das Gesetzgebungsverfahren:

#### 22. September

Kabinettsbeschluss zum Regierungsentwurf

#### 28. September

Fraktionsbeschluss

#### 1. Oktober

Sondersitzung des Gesundheitsausschusses des Bundestages

#### 15. Oktober

1. Durchgang Bundesrat (Stellungnahme)

#### 25. Oktober

Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages

#### 3. Dezember

2./3. Lesung im Bundestag

#### 17. Dezember

2. Durchgang Bundesrat

#### 1. Januar 2011

Inkrafttreten

Die KZBV und die KZVs fordern daher alle Beteiligten nachdrücklich auf, zu den im Vorfeld geäußerten politischen Aussagen auch tatsächlich zu stehen und die erforderlichen Reformmaßnahmen kurzfristig umzusetzen. Auch angesichts der fortbestehenden Finanzierungsprobleme der GKV besteht hierzu auch ein mehr als ausreichender Regelungsspielraum, da vom Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nachweisbar bereits seit Jahrzehnten keine beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen mehr ausgegangen sind, dieser Bereich vielmehr seit Jahren Sparbeiträge für die GKV in Milliardenhöhe erbringt. Gerade vor diesem Hintergrund muss der unverständliche, leistungsfeindliche und zwi-

schenzeitlich auch die Versorgungsqualität beeinträchtigende Reformstau vom Gesetzgeber endlich aufgelöst werden. Die KZBV und die KZVs bieten in die-

sem Zusammenhang auch ausdrücklich eine nochmalige, detaillierte Darlegung der zugrundeliegenden Sachverhalte an und sind auch jederzeit bereit, ggf. dies-

bezügliche Reformmaßnahmen durch entsprechende Formulierungsvorschläge zu fördern.

Mit freundlichen Grüßen



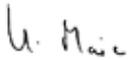
Dr. Günther E. Buchholz  
Stellv. Vorsitzender  
des Vorstandes



Dr. Jürgen Fedderwitz  
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Wolfgang Eßer  
Stellv. Vorsitzender  
des Vorstandes



Dr. Ute Maier  
Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Baden-Württemberg



Dr. Janusz Rat  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Bayerns



Dr. Jörg-Peter Husemann  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Berlins



Dr. Gerhard Bundschuh  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Land Brandenburg



Dr. Dirk Mittermeier  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung im Lande Bremen



Dr./RO Eric Banthien  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Hamburg



ZA Stephan Allroggen  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Hessen



Wolfgang Abeln  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



Dr. Jobst-Wilken Carl  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Niedersachsen



ZA Ralf Wagner  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Nordrhein



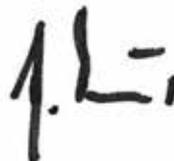
San.-Rat. Dr. Helmut Stein  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Rheinland-Pfalz



San.-Rat. Dr. Manfred Grub  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Saarland



Dr. Holger Weißig  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Sachsen



Dipl.-Stom. Dieter Hanisch  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Sachsen-Anhalt



Dr. Peter Kriett  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Schleswig-Holstein



Dr. Klaus-Dieter Panzner  
Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Thüringen



Dr. Dietmar Gorski  
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Westfalen-Lippe

## Vergessen?

### Strukturreformen nötig

Mit völligem Unverständnis reagiert die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) darauf, dass zwar einerseits aktuell in wesentlichen Teilen des Gesundheitswesens strukturelle und sogar finanzwirksame Reformen angegangen werden, andererseits aber die seit langem konsentierten und als dringend erforderlich anerkannten strukturellen Reformen des zahnärztlichen Vergütungssystems weiterhin auf die lange Bank geschoben werden sollen. „In unserem Bereich gibt es statt mutiger und längst überfälliger Reformschritte bisher nur Absichtserklärungen der Politik. Wir fordern die Abschaffung der starren Budgetierung und die Anpassung der Gesamtvergütungen an den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Menschen im Land“, erklärte der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz. „Gerade solche dringend notwendigen Reformen mutig und zeitnah anzugehen, war erklärtes Ziel der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag. Umso größer sind unser Unverständnis und unsere Enttäuschung angesichts der Realitäten.“ Selbst wenn man den Zusagen der Regierungskoalition glaube, so Fedderwitz weiter, würden mindestens zwei weitere Jahre ungenutzt vergehen, in denen das zahnärztliche Versorgungssystem weiterhin nicht wettbewerbsfähig sei, obwohl überall lauthals nach Wettbewerb im Gesund-

## Keine Drei-Klassen-Medizin

### Kostenerstattung dient der Transparenz

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will die Finanzierung gesetzlicher Krankenkassen stärker am Vorbild privater Versicherungen ausrichten und kündigte an, seine Pläne für die Ausweitung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung eiliger umzusetzen als geplant. In der entfachten Debatte um die Kostenerstattungssysteme lehnt die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) polemische Statements zur so bezeichneten „Vorkasse“ ab. Diese Diskussion sei unsachlich und faktisch falsch. „Es ist absurd“, so der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, „die Kostenerstattung im Zusammenhang mit einer Drei-Klassen-Medizin zu sehen. Dieser Einwand ist rein plakativ und ideologisch.“

Erst recht abwegig sei es, die Kostenerstattung mit „Vorkasse“ in Verbindung zu setzen. Denn „in der Regel zahlt der Patient seine Rechnung, nachdem er das Geld von der Kasse erstattet bekommen hat“, so Engel weiter. Das benannte Zahlungsziel ließe Patienten Zeit, die Rechnung bei der Versiche-

rung einzureichen. Kostenerstattung dient der Transparenz und bietet Therapie-Wahloptionen für den Versicherten.

Rösler will die freiwillige Option zukünftig attraktiver machen. Bislang ist die Wahl der Kostenerstattung für gesetzlich Versicherte wenig interessant und zu bürokratisch.

Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen sich auf drei Jahre an einen Tarif mit Kostenerstattung binden. Zudem müssen sie nicht unerhebliche finanzielle Einbußen hinnehmen. Diese Nachteile kündigte Rösler an, beseitigen zu wollen. Die Änderungen sollen möglichst noch in die Finanzreform eingearbeitet werden, die zum 1. Januar 2011 in Kraft treten wird. Die BZÄK begrüßt den Entschluss, die Kostenerstattung in der GKV zum Vorteil der Patienten zu verändern und verbindet damit die Hoffnung auf eine echte Strukturreform, die am Ende des Prozesses auch eine Abschaffung der Budgetierung beinhalten sollte.

**BZÄK**

heitssystem gerufen werde. Fedderwitz: „Ich appelliere nachdrücklich an die Bundesregierung, die strukturellen Reformen in der vertragszahnärztlichen Versorgung zeitnah anzugehen und nicht weiter zu verschieben. Wer

den Wettbewerb im Gesundheitswesen will, muss auch faire Voraussetzungen dafür schaffen. Die KZBV ist jederzeit zu Gesprächen bereit. Die Ungeduld wird größer, der Druck wächst.“

**KZBV**

Anzeige

# Mundschleimhaut- und Röntgenberatung

## Unterscheidung zwischen harmloser Normvariante und pathologischer Läsion

Mehr als 600 eingereichte Fälle, zunehmende Qualität der Bilddokumentation und viele begeisterte und dankbare Zuschriften - das ist die Bilanz der Mundschleimhautberatung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK).

Offensichtlich hat die DGZMK mit diesem Service für ihre Mitglieder eine Problematik aufgespürt, zu der Beratungsbedarf bestand. Gleiches gilt für die Röntgendiagnostik-Beratung, die kurz nach dem Mundschleimhaut-Service etabliert wurde. Das Vorgehen ist so einfach wie effektiv. Die Praxis sendet ein Bild, das einen Mundschleimhaut-Befund bzw. einen Röntgenbefund zeigt zusammen mit einem anonymisierten Befundbogen, der von der Homepage der DGZMK heruntergeladen werden kann, an das Büro der DGZMK in Düsseldorf. Empfehlens-

wert ist es, sich dazu eine Einverständniserklärung vom Patienten unterschreiben zu lassen. Auch diese findet sich auf der Homepage der DGZMK zum Download.

Mundschleimhautbild bzw. Röntgenbild werden an zwei Expertengremien weitergeleitet, zu denen auch Kollegen aus Österreich und der Schweiz gehören. Aus den Expertenmeinungen wird ein Empfehlungsschreiben generiert, das ebenfalls per Mail zeitnah der einsendenden Praxis zugeleitet wird. Anzumerken ist, dass die Mitglieder der Expertengremien ihre Arbeit mit großem persönlichen Engagement absolut ehrenamtlich verrichten.

Die Reaktionen aus der Praxis zeigen, dass dieser Service, der für DGZMK-Mitglieder kostenlos ist, auf überaus positive Resonanz gestoßen

ist. Der „Deal“ besteht darin, dass die Bilder für Zwecke der DGZMK, z. B. zur Einrichtung eines bildgestützten Diagnoseunterstützungs-Systems eingesetzt werden können. Ein solches System befindet sich derzeit in der Planungsphase.

Um den Service weiter zu verbessern, befasst sich momentan ein Doktorand mit einer ersten Auswertung. Ziel der Analyse ist es, Effektivität zu bewerten, Schwachstellen aufzudecken und das System weiter zu optimieren.

Die entsprechenden Informationen finden sich auf den Internetseiten der DGZMK unter „Zahnärzte/Mitgliederservice“. Die E-Mail-Adresse des Mundschleimhaut-Service lautet: „mundschleimhaut@dgzmk.de“, die der Röntgenberatung: „roentgen@dgzmk.de“.

DGZMK

## Tag der älteren Menschen

### Zahnärzte fordern bessere Betreuung Pflegebedürftiger

Die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weist erhebliche Defizite auf. Anlässlich des „Internationalen Tags der älteren Menschen“ am 1. Oktober verwies die Bundeszahnärztekammer auf das Reformkonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“.

Dieses entwickelten Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO). Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen sollen zukünftig Anspruch auf besondere präventive zahnmedizinische Leistungen ihrer Krankenkasse haben, wenn sie zur täglichen Mundhygiene nicht ausreichend in der Lage sind. Da viele Patienten aufgrund ihrer Einschränkungen nicht in die Zahnarztpraxis kommen können, sollen außerdem die Rahmenbedingungen für eine auf-

suchende Betreuung durch den Zahnarzt verbessert werden.

Die Anzahl der Personen, die auf besondere zahnärztliche Hilfe angewiesen sind, steigt jährlich. Immer mehr Menschen werden in der Zukunft aufgrund von Alter oder Behinderung nur eingeschränkt bzw. gar nicht mehr in der Lage sein, ihre Mundgesundheit eigenverantwortlich zu erhalten. Der Vizepräsident der BZÄK, Dr. Dietmar Oesterreich, warnt vor den zunehmenden Problemen in der zahnmedizinischen Versorgung betroffener Gruppen. „Über karitative Organisationen und ehrenamtliches Engagement der Zahnärzte wurde bislang versucht, die Versorgungsdefizite aufzufangen. Mit Blick auf die deutlich zunehmenden Probleme bedarf es einer strukturellen Lösung in der GKV“, so Oesterreich.

Mit dem Versorgungskonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ könnten die Versorgungsdefizite in der zahnmedizinischen Versorgung körperlich und kognitiv eingeschränkter Menschen angegangen werden.

BZÄK

# Freie Berufe in Europa

## Auslandsbehandlungen Patientenrechte eHealth

Im Rahmen seiner Sitzung am 28. und 29. September in Brüssel konnte der Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hochkarätige Gesprächspartner aus dem Europäischen Parlament und der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland begrüßen.

So berichtete der Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), Gesundheitsattaché Dr. Frank Niggemeier, über die aktuellen Entwicklungen zur so genannten Patientenrechterichtlinie aus der zuständigen Ratsarbeitsgruppe und dem EP-Gesundheitsausschuss. Die Richtlinie soll u. a. einen Rahmen für die Erstattung von Auslandsbehandlungen in der Europäischen Union (EU) schaffen. Dr. Niggemeier unterstrich, dass Deutschland die Richtlinie grundsätzlich unterstütze. Aus datenschutzrechtlichen Gründen erteilte er aber Planspielen eine Absage, wonach der Europäischen Union mehr Kompetenzen bei elektronischen Gesundheitsdiensten (eHealth) übertragen werden sollen.

Dr. Engel kommentierte die Richtlinie mit den Worten: „Mit seinem hervorragenden Versorgungsniveau wird Deutschland für ausländische Patienten sehr attraktiv sein. Es gilt jedoch zu vermeiden, dass die geplanten Informationspflichten zu neuen bürokratischen Mechanismen führen.“

Als weiteren Gast konnte der Vorstand den Vize-Präsidenten des Europäischen Parlaments, Rainer Wieland (CDU, Baden-Württemberg), begrüßen. In seinem Vortrag warb er u. a. für ein stärkeres Bewusstsein für die spezifischen Anliegen der Freien Berufe im europäischen Gesetzgebungsprozess. Wieland ist Schirmherr einer Präsentation und Pressekonferenz unter dem Titel „Leitbild der Freien Berufe in Europa“ am 9. November im Europäischen Parlament in Brüssel.

BZÄK

## Wahl zur Vertreterversammlung Neuer Wahlgang für die Legislaturperiode 2011-2016

Die gemäß des Wahlrundschreibens vom 24. August durchgeführte Wahl der Vertreterversammlung der KZV Mecklenburg-Vorpommern ist durch den Wahlausschuss der KZV abgebrochen worden. Eine Wiederholung wird damit erforderlich.

Bei der Übersendung der Wahlbriefe an die Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V wurde die Chancengleichheit aller Wahlberechtigten durch Beförderungsfehler der Deutschen Post in einem solchen Maße verletzt, dass der Wahlausschuss gezwungen war, einen neuen Wahlgang durchzuführen. Die erforderlichen Unterlagen für die erneuten Wahlvorschläge sind bereits am 20. Oktober versandt worden.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung und der Wahlausschuss appel-

lieren an alle Wahlberechtigten, ihr aktives und passives Wahlrecht wieder oder gegebenenfalls erstmals zu nutzen und sich nicht von der Wahlteilnahme abhalten zu lassen, sodass dadurch die Wahlbeteiligung beim neuen Wahldurchgang nicht beeinträchtigt wird.

Der Vorstand hat gemäß § 3 Abs. (2) der Wahlordnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (WO) das Ende der Wahlzeit im Einvernehmen mit dem Wahlausschuss auf den 13. Dezember 2010 festgelegt. Wir bitten um Beachtung der nachfolgenden Information des Vorstandes.

gez. Wolfgang Abeln  
Schwerin, den 19.10.2010  
Vorstandsvorsitzender

### Information des Vorstandes für die VV-Wahl 2010/2

Versand des förmlichen Wahlrundschreibens	20.10.2010
Auslage der Wählerliste	21.10. bis 30.10.2010
Einreichung von Wahlvorschlägen	bis 23.11.2010
Versand der Wahlunterlagen	26.11.2010
Eingang der Wahlunterlagen beim Wahlausschuss	bis 13.12.2010
Stimmabzählung (in öffentlicher Sitzung des Wahlausschusses)	14.12.2010
Bekanntgabe des Wahlergebnisses im Rundbrief	15.12.2010

Anzeige

# Koordinierungskonferenz Öffentlichkeitsarbeit

## Vertreter der Zahnärztekammern und KZVs trafen sich in Düsseldorf

Unter der Federführung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fand am 24. und 25. September die Koordinierungskonferenz der Öffentlichkeitsbeauftragten in Düsseldorf statt. Das Thema „Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ hatte die Kernpunkte (Zahn-)Arztbewertungsportale und Behandlungsfehlerprophylaxe. Zum „Umgang mit Arztbewertungsportalen aus Sicht der Ärzteschaft“ referierte Corinna Schaefer M. A. vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Professor Dr. Raimund Geene MPH, Hochschule Magdeburg-Stendal, sprach zum Projekt „Arztnavigator“. Das Portal auf Basis der „Weissen Liste“ wird u. a. in Kooperation mit der Bertelsmann-Stiftung und der AOK bearbeitet, daher wurden Unabhängigkeit und Uneigennützigkeit des Portals kontrovers diskutiert.

Potenzielle Gefahren stellte auch BZÄK-Vize, Dr. Dietmar Oesterreich, in seinem Vortrag „Zum Umgang mit Arztbewertungsportalen aus Sicht der

Zahnärzteschaft“ zur Debatte. Arztbewertungsportale könnten durch die von Krankenkassen erhobenen Daten einen Nährboden für Schritte in Richtung Selektivverträge schaffen. „Die wachsende Bedeutung des Patienten im gesundheitspolitischen Reformprozess“ stellte Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, zur Diskussion.

Der „Patient im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik?“ stand im Zentrum des zweiten Tages. Gregor Bornes, Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP) beleuchtete diese Entwicklungen auf deutscher, Dr. Alfred Büttner, Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK, auf europäischer Ebene.

Das Pilotprojekt „jeder-zahn-zieht“, ein Fehlerberichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen, stellte Dr. Michael Frank, BZÄK-Vizepräsident, vor. Das Projekt der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ)

mit präzise ausgefeilter Verschlüsselungstechnik soll ab November 2010 in einer Pilotphase starten.

Der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, sprach sich in seinem Statement ausdrücklich für die aktive Gestaltung bei der Novellierung der GOZ aus. Es wäre das vordringlichste Ziel, dass dem Zahnarzt eine individuelle Abrechnungsmöglichkeit bleibt. Daher sei eine alte GOZ mit Optionen zur individuellen Abrechnung besser als eine neue GOZ mit knebelnder Öffnungsklausel.

BZÄK

## Fachangestellte

### Koordinierungskonferenz

Die BZÄK-Koordinierungskonferenz der ZFA-Referenten der Landes Zahnärztekammern fand am 15. September in der Geschäftsstelle der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in Berlin statt. Laut Empfehlungen der ZFA-Referenten sei die Novellierung der Ausbildungsverordnung ZFA dringend erforderlich. Die Qualität der Ausbildung solle erhalten bzw. ausgebaut werden. Die dreijährige Ausbildungszeit müsse bestehen bleiben. Modelle einer echten Stufenausbildung als auch einer gestreckten Abschlussprüfung wurden diskutiert. Der BZÄK-Vorstand wird zeitnah über das Thema beraten und das weitere Vorgehen beschließen. Ferner diskutierten die Teilnehmer Akademisierungstendenzen bei Heilhilfsberufen, die im zahnärztlichen Bereich nicht zwingend zu Qualitätsverbesserungen führen würden. BZÄK-Vizepräsident, Dr. Dietmar Oesterreich, und der BZÄK-Vorstandsreferent für Belange der ZFA, Dr. Michael Sereny, verwiesen auf die bewährten Aufstiegsfortbildungen. Die Vorteile des dualen Systems sollten stärker genutzt werden, um Durchstiegsmöglichkeiten zu verbessern und die Qualifizierung des Berufsbildes zu erhöhen. Auf der Tagesordnung stand zudem das Thema Alterszahnmedizin und ZFA. Es dürfe nicht zu einer Substitution zahnärztlicher Leistungen im Bereich der Alten- und Behindertenzahnheilkunde durch fachfremde Berufe kommen. Der Zahnarzt müsse erster Ansprechpartner für zahnmedizinische Fragen bleiben.

BZÄK



Im Bild v. l. n. r.: Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK, Dr. Michael Frank (2. v. l.) und Dr. Dietmar Oesterreich (r.) Vizepräsidenten der BZÄK, Gregor Bornes, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen, Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der KZBV und Dr. Alfred Büttner, Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK.



Die Teilnehmer aus Meck-Pomm: Dipl.-Stom. Gerald Flemming, Renate Heusch-Lahl und Kerstin Abeln (v. r. n. l.)

Fotos: Dr. Uwe Neddermeyer, Sabine Fiedler

# Kammergutachter trafen sich in Rostock

## Diskussion zum Thema der Delegation von zahnärztlichen Leistungen

Traditionsgemäß treffen sich die vom Kammervorstand bestätigten Gutachter zur jährlichen Schulung, so auch am 1. Oktober im Tri-Hotel in Rostock.

Dr. Sebastian Ziller, selbst Zahnarzt und Leiter der Abteilung für Prävention und Gesundheitsförderung der Bundeszahnärztekammer, beantwortete einleitend offene Fragen zur Delegation zahnärztlicher Leistungen an zahnärztliches Hilfspersonal. Grundsätzlich ist der behandelnde Zahnarzt als freier Berufsträger zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Bestimmte zahnärztliche Aufgaben dürfen nach dem Zahnheilkundengesetz jedoch von ZFA/ZAH, ZMV, ZMP ZMF und DH übernommen werden, wenn sie dazu ausreichend qualifiziert sind. Anweisung, Kontrolle und Aufsicht, damit auch die Verantwortung hierfür verbleiben aber in jedem Fall bei der Zahnärztin/dem Zahnarzt.

Rechtsanwalt Peter Ihle beleuchtete

sodann Fragen im Zusammenhang mit der Delegation von Aufgaben und Verantwortung an angestellte Zahnärzte, insbesondere an Vorbereitungs- und Weiterbildungsassistenten. Da diese bereits approbierte Zahnärzte sind, arbeiten sie weitgehend eigenverantwortlich. Soweit sie den Patienten behandeln, haften sie deliktisch auch für eigene Fehler. Andererseits schließt der Patient den Behandlungsvertrag mit dem Praxisinhaber ab, sodass auch dieser für Fehler mitverantwortlich ist.

Im Sinne eines Dialogs zwischen Professor Johannes Klammt, Rechtsanwalt Peter Ihle und den Gutachtern wurde dann die aktuelle Problematik des von den Medien meist als Ärztepfsuch bezeichneten Behandlungsfehlers beleuchtet. Das Ausmaß derartiger ärztlicher Fehler ist unbekannt. Schätzungen darüber gehen weit auseinander. Leider kommt der so genannte Ärztepfsuch auch im zahnärztlichen Bereich vor, und die Dunkelziffer ist zweifellos

hoch. Glücklicherweise sind etwaige Folgen fehlerhafter zahnärztlicher Behandlung meist nicht lebensbedrohlich. Doch nicht jeder Misserfolg ist dem Zahnarzt anzurechnen. Verantwortlich ist er nur für eine fachgerechte, dem zahnmedizinischen Standard entsprechende Behandlung. Da der Patient manchmal irrtümlich davon ausgeht, dass die Zahnärztin/der Zahnarzt den Erfolg einer Behandlungsmaßnahme auch garantieren müsse, wird er leicht Ärztepfsuch vermuten, wenn der Behandlungserfolg nicht vollständig erreicht ist oder ihm die Rechnung unangemessen hoch erscheint. Fehlerhafte Behandlungen durch Zahnärzte sind jedoch insbesondere im Vergleich zur Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie usw. zahlenmäßig eher selten. Dennoch ist der mehr oder weniger öffentlich geäußerte Vorwurf des Pfsuchs eine schwerwiegende, beleidigende und rufschädigende Belastung, gegen die sich der Zahnarzt/die Zahnärztin nur schwer wehren kann. Von größter Bedeutung zur Vermeidung von Anschuldigungen ist neben hochwertiger fachlicher Arbeit das ungestörte Vertrauensverhältnis, das gezielt aufgebaut werden und durch saubere, gut dokumentierte Aufklärung des Patienten untermauert werden muss.

Patienten sind gut beraten, wenn sie das umfangreiche Angebot der Körperschaften zur Klärung offener Fragen in Anspruch nehmen. Die Patientenberatung von Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung, besonders aber auch der Beratungs- und Schlichtungsausschuss der Zahnärztekammer werden stets bemüht sein, eine unparteiische, fachlich und sachlich begründete sowie rasche Prüfung von Vorwürfen des Ärztepfsuchs zu veranlassen, auch wenn hierzu ein ausführliches Gutachten erforderlich sein sollte.

Wir dürfen davon ausgehen, dass die 31 Teilnehmer an unserer diesjährigen Schulung Nutzen für die praktische Arbeit am Stuhl und bei der Gutachtertätigkeit gewonnen haben, in den kommenden Jahren wieder gern am Gutachtertreffen teilnehmen und kräftig diskutieren werden, auch wenn sie gar nicht um die Erstellung eines Sachverständigen-Gutachtens gebeten worden sind.



Dr. Sebastian Ziller, Leiter der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung der BZÄK (li.) und Rechtsanwalt Peter Ihle, Hauptgeschäftsführer der ZÄK M-V.



Von besonderem Interesse war in diesem Jahr die Diskussion zur Thematik Delegation zahnärztlicher Leistungen.

Fotos: Merrit Förg

Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt, Schwerin

# Kammerversammlung am 4. Dezember

um 10 Uhr in der Geschäftsstelle  
der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin

## Vorläufige Tagesordnung:

1. Eröffnung der Kammerversammlung durch den Präsidenten
2. Feststellen der Beschlussfähigkeit
3. Grußworte der Gäste
4. Bericht des Präsidenten  
Diskussion zum Bericht des Präsidenten Dr. Dietmar Oesterreich
5. Versorgungswerk
- a) Bericht des Vorsitzenden des  
Versorgungsausschusses der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Dipl.-Stom. Holger Donath
- b) Bestellung des Wirtschaftsprüfers für die  
Prüfung des Jahresabschlusses 2010 (gem. § 3 Abs. 1 i des Versorgungsstatuts) Dipl.-Stom. Holger Donath
6. Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses  
Genehmigung des Jahresabschlusses 2009  
Entlastung des Vorstandes der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Dr. Peter Schletter
7. Beschlussfassung über eingebrachte Anträge
8. Haushaltsplan 2011  
Diskussion und Beschlussfassung Dr. Mathias Wolschon
9. Kurzfristige Anträge
10. Verschiedenes

Dr. Dietmar Oesterreich  
Präsident

# Konstituierende Kammerversammlung

der VI. Amtsperiode am 5. Januar 2011 um 14 Uhr in der Geschäftsstelle  
der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin

## Vorläufige Tagesordnung:

1. Eröffnung und Begrüßung der Kammerversammlung durch den Präsidenten
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit durch den Alterspräsidenten
3. Wahl des Vorstandes und der Ausschüsse für die VI. Amtsperiode
  - Regularien für die Wahl des Kammervorstandes sowie der Ausschussmitglieder der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern durch den Wahlleiter
  - Wahl des Vorstandes
    - Wahl des Präsidenten
    - Wahl des Vizepräsidenten
    - Wahl der Beisitzer
  - Wahl der Ausschüsse
    - Ausschuss zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene
    - Beratungsausschuss
    - Fortbildungsausschuss
    - Haushaltsausschuss
    - Präventionsausschuss
    - Prüfungsausschuss Weiterbildung Kieferorthopädie
    - Prüfungsausschuss Weiterbildung Oralchirurgie
    - Rechnungsprüfungsausschuss
    - Satzungsausschuss
    - Schlichtungsausschuss
    - Schlichtungsausschuss nach § 111 Abs. 2 ArbGG
4. Verschiedenes

Dr. Dietmar Oesterreich  
Präsident

# Zur Vergütung von Leistungen im Basistarif

## Änderungen bei GOÄ-Positionen zum 1. April 2010



Dipl.-Stom.  
Andreas Wegener

Alle privaten Krankenversicherungen müssen seit dem 1. Januar 2009 einen so genannten Basistarif anbieten und alle interessierten Personen versichern, unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand und Vorerkrankungen. Die Versicherungen wehren sich heftig dagegen und versuchen, die Zahl der Verträge möglichst klein zu halten, da diese nicht kalkulierbaren Risiken für sie unrentabel sind. Die Zahl von Basistarif-Versicherten ist bisher verschwindend gering.

Der Basistarif ist inzwischen vom Bundesverfassungsgericht abgesegnet worden.

Versicherte im Basistarif sind Privatpatienten mit eingeschränkten Leistungsansprüchen. Die Leistungen im Basistarif müssen in Umfang, Art und Höhe mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar sein. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Die Leistungen im Basistarif werden nach der GOZ/GOÄ berechnet, unterliegen jedoch einer Faktorenbegrenzung. Die zahnärztlichen Leistungen der GOZ dürfen maximal bis zum 2,0-fachen Gebührensatz berechnet werden, was in vielen Fällen nicht dem BEMA entspricht.

Seit dem 1. April 2010 gelten für den Basistarif bei ärztlichen Positionen (GOÄ) niedrigere Multiplikatoren als bisher. Demnach wird wie folgt erstattet.

- Abschnitt M (Laborleistungen) bis zum 0,9-fachen Gebührensatz (bisher 1,16)
  - Abschnitt A (Gebühren in besonderen Fällen), Abschnitt E (Physikalisch-medizinische Leistungen) und Abschnitt O (Strahlendiagnostik) bis zum 1,0-fachen Gebührensatz (bisher 1,38)
  - Für alle übrigen Leistungen der GOÄ bis zum 1,2-fachen Gebührensatz (bisher 1,8)
  - GOZ-Leistungen bis zum 2,0-fachen Gebührensatz (keine Veränderung)
- Der Patient muss sich vor der Behandlung als Basistarif-Versicherter ausgeben. Offenbart er sich nicht, hat er kein Recht, die Liquidation nachträglich auf den Basistarifsatz reduziert zu bekommen. Schließlich muss der Zahnarzt im vorab seine Behandlung betriebswirtschaftlich kalkulieren. Trotzdem ist es im Interesse des Behandlers sinnvoll, den Versicherten

auf seinen Versicherungstarif hin anzusprechen oder eine entsprechende Frage im Anmeldeformular zu vermerken, um nachträgliche Streitigkeiten und Honorarausfälle zu vermeiden.

Hat der Patient rechtzeitig auf den Basistarif hingewiesen, kann der Behandler diesen Sachverhalt nicht einfach ignorieren und nach Behandlungsende eine „normale GOZ-Rechnung“ stellen. Auch so etwas erlebt gelegentlich das GOZ-Referat. Lässt sich der Zahnarzt auf einen Behandlungsvertrag ein, kann die Rechnungslegung nur bis zu den o. g. Höchstsätzen erfolgen. Mit Ausnahme von Notfällen (Schmerzbehandlung) kann jedoch auch bei Basistarif-Leistungen ein höherer Steigerungssatz vereinbart werden. Neben einer exakten Aufklärung ist mit dem Patienten vor Behandlungsbeginn eine abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 2 GOZ in schriftlicher Form zu treffen.

Bei Notfällen (Schmerzbehandlung) ist der Zahnarzt verpflichtet, Basistarifversicherte zu den reduzierten Steigerungssätzen zu behandeln. Hierzu gehört nur eine Schmerzeseitigung und keine Komplettbehandlung (z. B. nur ein provisorischer Verschluss oder eine Trepanation, nicht aber eine definitive Füllung oder Wurzelfüllung).

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

## Uni Greifswald richtet Studentcamp aus

41 Studenten aus den Universitäten Hamburg, Kiel, Rostock, Greifswald, Berlin, Halle und Leipzig nahmen am 1. Straumann Studentcamp an der Universität Greifswald teil. Die Veranstaltung überzeugte die Teilnehmer in punkto Wissenschaft und Praxis. Vom 24. bis 26. September war die neue sowie auch alte Klinik der Ausrichtungsort für dieses besondere Veranstaltungswochenende. Übernachtungsmöglichkeit für die auswärtigen Studenten bot das Maritime Jugenddorf Wieck „Majuwi“.

Universitätsprofessor Dr. Wolfgang Sünning übernahm die Begrüßung und eröffnete die Vortragsreihe. Es folgten wissenschaftlich geprägte Beiträge zu

Themen wie „Implantatchirurgie und Hygiene sowie evidenzbasierte Produktentwicklung“. Den praktischen Bezug zum Berufsalltag erhielten die Teilnehmer, indem sie live eine Implantat-OP verfolgen durften. Der Veranstaltungstag endete mit einem Grillabend im Majuwi.

Am Folgetag stellte OA Dr. Torsten Mundt verschiedene Patientenfälle im Rahmen der prothetischen Versorgung vor und erläuterte die Implantatprothetik Step by Step. An Kunststoffmodellen konnten die Teilnehmer anschließend die offene und geschlossene Implantat-abformung praktisch üben. Die Materialien und Übungsmodelle stellte eine

Firma zur Verfügung. Der Nachmittag war der Erkundung der Stadt Greifswald gewidmet. Vom Unigelände startete eine organisierte Stadt/Uni-Rallye. Am Ziel bot sich allen die Gelegenheit, an einem Drachenbootrennen teilzunehmen. Die Siegerehrung erfolgte im Anschluss im Bootsrestaurant „Pomeria“.

Der letzte Veranstaltungstag begann mit praktischen Chirurgieübungen. In jeweils zwei Gruppen wurden die Studenten in die Implantatinsertion am Kunststoffkiefer mit Schleimhautmaske eingewiesen. Unter Anleitung von Zahnarzt Mohammad Said Alhawali inserierten sie sowohl ein Straumann



Tissue Level Implantat als auch ein Bone Level Implantat mit Hilfe der Mini flap Surgery. Anschließend erfolgte die Knochenentnahme an der Rippe. Diese Übung wurde von Jürgen Powalka von der Firma Meisinger unterstützt. Professor Dr. Sümnick und OA

Dr. Christian Lucas wiesen die Studenten zur Insertion eines Straumann Tissue Level Implantates am Humanpräparat ein inklusive eines Sinuslifts. Hierzu demonstrierte OA Dr. Lucas auch die Nutzung eines Piezo Surgery Gerätes.

Das 1. Studentcamp endete mit einem Mittagsimbiss am 3. Tag und erhielt von den Teilnehmern eine äußerst positive Resonanz. Die rundum gelungene Veranstaltung bescherte allen Teilnehmern eine erstklassige Fortbildung.

Uni Greifswald

## Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit

Wettkämpfe finden vom 2. bis 9. Juli 2011 auf Gran Canaria statt

Austragungsort der 32. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit ist im nächsten Jahr Las Palmas auf Gran Canaria. Erwartet werden vom 2. bis 9. Juli 2011 über 2500 sportbegeisterte Mediziner, Ärzte und Kollegen aus den gesundheitlichen Berufen aus mehr als 50 Ländern. Alle akkreditierten Freizeitsportler können Freunde und Angehörige mitbringen, die aber ohne Wertung starten. In rund 25 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen, wovon die meisten in Altersklassen eingeteilt sind, werden die Sportweltspiele ausgetragen. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Fußball reicht die Liste der Sportarten.

Neben den sportlichen Wettkämpfen bieten die Sportweltspiele seit Jahren einen internationalen Kongress für Sportmedizin und einen freundschaftlichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus aller Welt. Das Unterhaltungsprogramm und die tägliche Abendveranstaltung mit Siegerehrungen runden das Event ab.

Mehr unter: [www.sportweltspiele.de](http://www.sportweltspiele.de).



## Service der KZV

### Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt und können bei Bedarf angefordert werden:

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

### Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

Die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte finden am **24. November** (*Annahmestopp von Anträgen: 3. November*) sowie am **26. Januar 2011** (*Annahmestopp von Anträgen: 5. Januar 2011*) statt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen,

dass Anträge an den Zulassungsausschuss rechtzeitig, d. h. *mindestens* drei Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin, einzureichen sind.

Für die Bearbeitung und Prüfung der eingereichten Anträge und Unterlagen wird von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses dieser Zeitraum vor der Sitzung des Zulassungsausschusses benötigt. Diese Frist dürfte auch im Interesse des Antragstellers sein, da fehlende Unterlagen noch rechtzeitig angefordert und nachgereicht werden können.

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

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

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

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

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

## Kieferorthopädische Abrechnungshinweise

### Abrechnung der BEMA-Nummern 119/120 bei vorzeitigem Behandlungsabschluss

Aufgrund wiederkehrender Fragen zu kieferorthopädischen Behandlungsfällen mit vorzeitigem Behandlungsabschluss, folgen vertragszahnärztliche Erläuterungen zur Berechenbarkeit der BEMA-Nummern OK 119a-d, UK 119a-d und 120a-d.

Nach der BEMA-Abrechnungsbestimmung Nr. 4 zu den BEMA-Nrn. OK 119a-d, UK 119a-d und 120a-d ist eine Behandlungszeit bis zu 16 Behandlungsquartalen abgegolten. Bei vorzeitigem Behandlungsabschluss können in den Fällen nach den Nrn. 119a und 119b sowie Nrn. 120a und 120b *die restlichen Abschlagszahlungen bei Ende der Behandlung* abgerechnet werden. Soweit nach den Nrn. 119c und 119d sowie Nrn. 120c und 120d eingestufte Behandlungen vor *10 Behandlungsquartalen beendet* werden, erhält der Zahnarzt die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung.

Durch die Einstufung der Nrn. 119/120 in die Schwierigkeitsgrade a-d sind mehrere Abrechnungsfälle denkbar und zu unterscheiden, wenn vor Ablauf von 16 Quartalen die KFO-Behandlung beendet wird.

1. Beendigung der Behandlung ab dem 10. Behandlungsquartal: Hier erhält der Zahnarzt unabhängig vom Schwierigkeitsgrad die gesamte Vergütung; endet die Behandlung zum Beispiel im 10. Behandlungsquartal, können die 11. und 12. Abschlagszahlung zusammen mit der 10. Abschlagszahlung abgerechnet werden.

2. Behandlungsende bis einschließlich dem 9. Behandlungsquartal: Hier ist zu differenzieren, ob es sich um Behandlungen entweder der Schwierigkeitsstufen a oder b oder der Schwierigkeitsstufen c oder d handelt.

2.1 Schwierigkeitsstufen a bzw. b: Bei diesen Schwierigkeitsstufen können bei Behandlungsende sämtliche noch nicht abgerechneten Abschlagszahlungen abgerechnet werden.

2.2 Schwierigkeitsstufen c bzw. d: In dieser Fallkonstellation erhält der Zahnarzt lediglich die bis zum vorzeitigen Behandlungsende fällig gewordenen Abschlagszahlungen.

3. Mischfälle: Ein Kiefer mit den Schwierigkeitsstufen a oder b und der andere Kiefer mit den Schwierigkeitsstufen c oder d:

Die BEMA-Abrechnungsbestimmung Nr. 4 differenziert lediglich zwischen den sogenannten leichteren und schwereren Schwierigkeitsstufen je Kiefer. Eine weitere Differenzierung in so genannte Mischfälle ist nicht erfolgt. Dies bedeutet, dass bei Behandlungsende bis einschließlich 9. Behandlungsquartal für den Kiefer mit den leichteren Schwierigkeitsstufen a bzw. b die restlichen Abschlagszahlungen in Rechnung gestellt werden können, wohingegen für den Kiefer mit den Schwierigkeitsstufen c bzw. d lediglich die bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordene Vergütung in Rechnung gestellt werden kann. Die Abrechnungsbestimmung Nr. 4 gibt nichts dafür her, dass bei vorzeitigem Behandlungsende bis einschließlich 9. Behandlungsquartal für die Behandlung des Kiefers mit den Schwierigkeitsstufen c bzw. d analog zu den Schwierigkeitsstufen a bzw. b alle restlichen Abschlagszahlungen in Rechnung gestellt werden könnten. **Elke Köhn**

Inhaltliche Beispiele auf der nächsten Seite.

## Inhaltliche Beispiele

### Beispiel mit Schwierigkeitsstufen a und b:

Die Behandlung war für den Oberkiefer in 119a, für den Unterkiefer in 119b und für die Einstellung des Unterkiefers in 120a eingestuft. Die Behandlung endet im achten Quartal. Alle noch offen stehenden Abschlagszahlungen sind mit dem achten Quartal abrechenbar.

Quartal	Abschlag	Leer-quartal	Behandl.- Plan vom	Verläng. vom	Behandl.- Beginn	Behandl.- Ende
1/10	8. - 12.		10.04.08		10.05.08	10.01.10

Abrechnung: 119a = 5x; 119b = 5x; 120a = 5x

### Beispiel mit Schwierigkeitsstufen c und d:

Die Behandlung war für den Oberkiefer in 119c, für den Unterkiefer in 119c und für die Einstellung des Unterkiefers in 120c eingestuft. Die Behandlung endet im zehnten Quartal. Alle noch offen stehenden Abschlagszahlungen sind mit dem zehnten Quartal abrechenbar.

Quartal	Abschlag	Leer-quartal	Behandl.- Plan vom	Verläng. vom	Behandl.- Beginn	Behandl.- Ende
1/10	10. - 12.		10.10.07		10.11.07	10.01.10

Abrechnung: 119c = 3x; 119c = 3x; 120c = 3x

### Beispiel mit Schwierigkeitsstufen c und d:

Die Behandlung war für den Oberkiefer in 119c, für den Unterkiefer in 119d und für die Einstellung des Unterkiefers in 120d eingestuft. Die Behandlung endet im achten Quartal. In diesem Fall ist eine Abrechnung nur bis zum achten Quartal möglich. Die noch offen stehenden Abschlagszahlungen dürfen nicht aufgerechnet werden.

Quartal	Abschlag	Leer-quartal	Behandl.- Plan vom	Verläng. vom	Behandl.- Beginn	Behandl.- Ende
1/10	8. - 12.		10.04.08		10.05.08	10.01.10

Abrechnung: 119c = 1x; 119d = 1x; 120d = 1x

### Beispiel Mischfall mit Schwierigkeitsstufen c und b:

Die Behandlung war für den Oberkiefer in 119c, für den Unterkiefer in 119b und für die Einstellung des Unterkiefers in 120b eingestuft. Die Behandlung endet im achten Quartal. Die Abrechnung für den Oberkiefer endet mit dem achten Quartal. Die Abrechnung für den Unterkiefer und für die Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss erfolgt für die noch offen stehenden Abschlagszahlungen mit dem achten Quartal.

Quartal	Abschlag	Leer-quartal	Behandl.- Plan vom	Verläng. vom	Behandl.- Beginn	Behandl.- Ende
1/010	8. - 12.		10.04.08		10.05.08	10.01.10

Abrechnung: 119c = 1x; 119b = 5x; 120b = 5x

Diese Hinweise beziehen sich ausschließlich auf die Handhabung der kieferorthopädischen Quartalsabrechnung bei vorzeitigem Behandlungsabschluss. Ausführlichere Erklärungen zum Leistungsinhalt der BEMA-Nrn. 119/120 und ihrer diesbezüglichen Abrechnung blieben absichtlich unberücksichtigt.

# Dentalmarkt-Fachhandel formiert sich:

## Neues Konzept zukünftiger Fachmessen



Karte mit den Standorten und den geplanten Terminen 2011 der „Infotage Dentalfachhandel“

Die großen Fachhändler Henry Schein Dental, NWD und Pluradent gehen gemeinsam in die Offensive. Die über 500 Millionen umsatzstarken Dentaldepots und deren fast 2500 Mitarbeiter haben sich einer neuen Herausforderung gestellt: Viel deutlicher als bei den bekannten „Fachdentals“ wollen sie im Rahmen einer neuen Veranstaltung das Leistungsspektrum der Dentaldepots „begreifbar“ und transparent machen.

„ID Deutschland – Infotage Dentalfachhandel“ – der neue Name soll ab 2011 für eine jährlich organisierte „Leistungsroadshow“ an insgesamt sechs Standorten stehen. Mit dem Messemotto „Mehr für besser“ betont der Handel seinen Anspruch, mit diesem Event durch eine „Optimierung der Erfahrungsqualität“ seine Kunden persönlich vor Ort bestmöglich zu beraten und zu betreuen. Einvernehmliches Ziel ist es, dem dentalmedizinischen Berufsfeld eine neutrale Informationsplattform aller qualifizierten Fachhändler sowie deren Sortimentspartnern mit entsprechend umfassendem Leistungsspektrum zu bieten. Konzept ist, dass alle Unternehmen aus der Dentalbranche, die die bundesweit einheitlichen Ausstellungs- und Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, herzlich zur Teilnahme eingeladen sind.

Das Bundeskartellamt muss dem Konzept noch zustimmen.

CCC Köln

# Fortbildung im Dezember 2010

**1. Dezember** *6 Punkte*  
 Misserfolge in der Endodontie und Management von Komplikationen  
 Priv.-Doz. Dr. Dieter Pahnce  
 15-20 Uhr  
 Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“  
 Stempelstraße 13  
 18057 Rostock  
 Seminar Nr. 30  
 Seminargebühr: 165 €

**11. Dezember**  
 Erfolgreiches Konfliktmanagement

im Praxisteam und im ganzen Leben  
 Dipl.-Päd. Herbert Prange  
 9-16 Uhr  
 Trihotel am Schweizer Wald  
 Tessiner Straße 103  
 18055 Rostock  
 Seminar Nr. 38  
 Seminargebühr: 210 €

Das Referat Fortbildung ist unter Telefon: 0385-5 91 08-13 und Fax: 0385-5 91 08-23 zu erreichen.

**Bitte beachten Sie:** Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden,

jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter [www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de) - Stichwort Fortbildung).

**Bitte beachten Sie die Terminänderung:** Das Seminar Nr. 38 „Erfolgreiches Konfliktmanagement im Praxisteam und im ganzen Leben“ mit dem Referenten Dipl.-Päd. Herbert Prange, geplant am 27. November in Rostock, wurde auf den 11. Dezember verlegt (siehe oben).

## Fortbildungsangebote der KZV

### PC-Schulungen

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

### 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:** 3. November, 16-19 Uhr, Schwerin

### PowerPoint 2007

**Inhalt:** Die erste Präsentation mit verschiedenen Assistenten und Vorlagen; Arbeiten mit PowerPoint unter verschiedenen Ansichten; freies Erstellen einer Präsentation; Verwendung des Folienmasters; Einfügen verschiedener Elemente; Aktionseinstellungen.  
**Wann:** 10. November, 16-19 Uhr, Schwerin

### Textverarbeitung mit Word 2007

**Inhalt:** Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief.  
**Wann:** 1. Dezember, 16-19 Uhr, Schwerin

### Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

**Referenten:** Dr. Hans-Jürgen Koch, Mitglied im Koordinationsgremium der KZV M-V; Hans Salow, stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV M-V; Andrea Mauritz, Abteilungsleiterin Kons./Chir. KZV M-V

**Inhalt:** gesetzliche und vertragliche Grundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung; Stellung der KZV innerhalb der GKV; neue Prüfvereinbarung in M-V; Ablauf der Verfahren mit Darstellung der verschiedenen Prüfungsarten; Hilfestellung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren betroffen sind,

z.B. Vorbereitung auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch professionelle Dokumentation oder Wirtschaftlichkeitsprüfung optimal vorbereiten und erfolgreich abwickeln

**Wann:** 3. November, 15-19 Uhr in Greifswald

**Punkte: 4**

**Gebühr:** 150 € für Zahnärzte, 75 € für Vorbereitungsassistenten und Zahn- arztthelferinnen

KZV M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin  
 Ansprechpartnerin: Antje Peters  
 E-Mail: [mitgliederwesen@kzvmv.de](mailto:mitgliederwesen@kzvmv.de)  
 Telefon: 0385-54 92 131; Fax-Nr.: 0385-54 92 498

### Ich melde mich an zum Seminar:

- Der Zahnarzt in der WP am 3. November, 15 bis 19 Uhr, Greifswald
- Einrichtung einer Praxishomepage am 3. November, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- PowerPoint 2007 am 10. November, 16 bis 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung mit Word 2007 am 1. Dezember, 16 bis 19 Uhr, Schwerin

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

Unterschrift, Datum

Stempel



*Teilnehmer der Konsensus Konferenz (von links): Prof. Dr. Andrej Michael Kielbassa, Dr. Alexander Welk, Prof. Dr. Dr. Sören Jepsen, Prof. em. Dr. Peter Gängler, Dr. Dr. Sören Hahn von Dorsche, Prof. Dr. Nicole Arweiler, Prof. Dr. Christof Dörfer und Prof. Dr. Johannes Einwag*

## Konsensveranstaltung zu elektrischen Zahnbürsten

### Internetveröffentlichung soll Klarheit zur Thematik bringen

„Zahnseide bringt nichts!“, „Elektrische Zahnbürsten sind nicht besser als Handzahnbürsten!“, „Mundspülösungen sind überflüssig!“, dies sind die Meldungen, die Patienten über die Medien teilweise erhalten und Empfehlungen in der Praxis zur häuslichen Mundhygiene konterkarieren.

Schon beim ersten Blick wird bei vielen Meldungen in der Laienpresse dem kompetenten Leser klar, dass die Überschrift nicht undifferenziert zum Kontext des Textes betrachtet werden kann. So ist zum Beispiel jedem klar, dass die Vielfalt unter den elektrischen Zahnbürsten eine Pauschalisierung nicht zulässt oder ihr Potenzial sich nur bei richtiger Anwendung entfalten kann. Und spätestens beim zweiten gründlicheren Blick auf die zitierten Quellen offenbart sich meistens bei diesen simplifizierten Meldungen, dass selbst die Originalquellen den eigentlichen Überschriften nicht standhalten.

Aber welcher Patient hat schon den Zugang zu den Originalquellen, geschweige denn die zahnärztliche Kompetenz und das Interesse, diese richtig einzuordnen und in eine adäquate Handlungsweise umzusetzen. So werden auch die Zahnärzte und deren Prophylaxe-Teams durchaus mit solchen Fragen durch Patienten konfrontiert.

In der Tat sind bei manchen Fragestellungen die Aussagen auch in der zahnärztlichen Literatur nicht nur nicht einheitlich, sondern konträr zu-

einander. Oder die geringe Datenlage von randomisiert kontrollierten Studien lässt einfach eine evidenzbasierte Aussage nicht zu und muss durch zahnärztlichen Sachverstand beantwortet werden.

Um Klarheit zur Thematik der elektrischen Zahnbürsten zu schaffen, sind acht auf dem Gebiet des Biofilm-

(Plaque) Managements arbeitende/führende Zahnärzte und Wissenschaftler\* des Landes der Einladung von P&G Oral Health aus Schwalbach im Frühjahr dieses Jahres zu einer Konsensveranstaltung in Frankfurt am Main gefolgt, um gemeinsam den aktuellen Stand der Wissenschaft durchzugehen.



*Teilnehmer von der Greifswalder Universitätszahnklinik: Dr. Alexander Welk*



*Prof. em. Dr. Peter Gängler moderierte die Konsensus-Konferenz.*

Auf dieser Veranstaltung wurden die schon im Vorfeld durch eine intensive Recherche zusammengetragenen wissenschaftlichen Fakten nochmals auf ihre evidenzbasierte Aussagekraft überprüft und in für die Patienten leicht verständliche und eindeutige Statements zusammengefasst.

Für die oszillierend-rotierenden Zahnbürsten lässt sich beispielsweise zusammenfassend sagen, dass sie gegenüber den Handzahnbürsten bei korrekter Anwendung die Plaque besser entfernen und die Zahnfleischentzündungen stärker reduzieren, ohne dabei ein erhöhtes Schädigungsrisiko für Zähne und Zahnfleisch darzustellen.

Die vorhandenen Studien zur Schall-Technologie (150 bis 300 Hz) weisen auch auf Steigerungsmöglichkeiten der Plaquekontrolle hin. Nur ist die Studienlage hierzu noch nicht so stark belastbar, wie die bei den oszillierend-rotierenden Zahnbürsten.

Für die Ultraschallzahnbürsten (ab 20 000 Hz) lassen sich zurzeit noch keine klinischen Schlussfolgerungen ziehen. Hierzu sind weitere wissen-

schaftliche Untersuchungen erforderlich.

Unabhängig vom Bewegungsmuster bieten elektrische Zahnbürsten allen Anwendergruppen den Vorteil standardisierter und reinigungsintensiver Bewegungsabläufe. Wobei elektronische Zusatzfunktionen wie Zeitkontrolle, Andruckkontrolle und Unterstützung des systematischen Zahnputzablaufs auch von klinischer Bedeutung sind.

*\*Prof. Dr. Nicole Arweiler, Abteilung für Parodontologie, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Prof. Dr. Christof Dörfer, Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Prof. Dr. Johannes Einweg vom Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum Stuttgart, Dr. Dr. Sören Hahn von Dorsche, Zahnklinik der AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf, Prof. em. Dr. Peter Gängler, (Moderator der Veranstaltung) Abteilung für Zahnerhaltung und präventive Zahnmedizin, Fakultät für Zahn-,*

*Mund- und Kieferheilkunde, Private Universität Witten/Herdecke, Prof. Dr. Dr. Sören Jepsen, Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und präventive Zahnheilkunde, Universitätsklinikum Bonn, Prof. Dr. Andrej Michael Kielbassa, Charité-Centrum 3 für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Dr. Alexander Welk, Abteilung für Zahnerhaltung, Parodontologie und Endodontologie im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald.*

**Die von der Expertenrunde abgesicherten Statements zur Thematik der elektrischen Zahnbürsten können in Form eines Konsensuspapiers im Internet auf der deutschen Seite von [www.dentalcare.com](http://www.dentalcare.com) nachgelesen bzw. runtergeladen werden.**

**Da die Inhalte nur zahnmedizinischem Personal zur Verfügung stehen, ist eine Registrierung notwendig. Zahnmedizinisches Personal ohne Praxisnummer (z. B. Mitarbeiter von Forschungseinrichtungen) können sich über die E-Mail-Adresse [service@pg-tradenet.com](mailto:service@pg-tradenet.com) registrieren.**

Anzeigen

---

**Dr. Alexander Welk**  
Universität Greifswald

---

# Zahnärztliche Behandlung depressiver Patienten

**Einleitung:** Einige Allgemeinerkrankungen können in der Mundhöhle zu therapiebedürftigen Symptomen führen. Eine optimale zahnärztliche Behandlung betroffener Patienten beinhaltet ein individuelles Vorgehen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischen Kollegen. Hier soll eine entsprechende Kasuistik aus dem klinischen Alltag vorgestellt werden. Sie zeigt die möglichen ausgeprägten Folgen einer erkrankten Psyche auf die Mundgesundheit. Die Besonderheiten während der Behandlung werden hervorgehoben und das in diesem Fall zum Erfolg führende Vorgehen wird zusammenfassend dargestellt. Abschließend folgt ein Einblick in das Krankheitsbild der depressiven Störung.

**Anamnese:** Der Erstkontakt mit dem 26-jährigen Patienten erfolgte auf Initiative und in Begleitung seiner Familie. Auffällig war das passive Auftreten des Patienten im Vergleich



Abb. 1-3: Erosiv-kariöse Mischläsionen mit ausschließlich vestibulärer Lokalisation

zum aktiven Interesse des Vaters an einer zahnärztlichen Behandlung. Als Kernanliegen der Konsultation wurde die Beseitigung von schwarzen Flecken auf den Zähnen angegeben. Der zum damaligen Zeitpunkt arbeitslose Patient fühlte sich durch die ästhetische Beeinträchtigung auf seiner Suche nach einem Ausbildungsplatz benachteiligt.

In diesem Fall kam der sozialen Anamnese eine besondere Bedeutung zu. Trotz des Zusammenlebens mit seiner Familie hatte sich der Patient zunehmend in soziale Isolation begeben. Über einen längeren Zeitraum widmete er sich sehr häufig dem Computer und konsumierte kontinuierlich große Mengen Softdrinks. Der Patient gab an, die Lebensumstände hätten zu einer starken psychischen Belastung durch die fehlende Zukunftsperspektive und erzwungene Passivität geführt. Dies zog bei dem Patienten einen starken Leidensdruck nach sich.

Aufgrund seiner persönlichen Situation spielte die Zahnpflege lediglich eine untergeordnete Rolle und war oft vernachlässigt worden. Außer den ästhetischen Nachteilen und gelegentlichem Zahnfleischbluten gab der Patient keine Beschwerden seitens der Mundhöhle an. Er versicherte, sonst somatisch gesund zu sein und dauerhaft keine Medikamente und keine Rauschmittel einzunehmen.



Abb. 4-5: Unbetroffene orale Glattflächen

**Klinischer Befund:** Multiple profund-kariöse Läsionen im Front- und Seitenzahnbereich von Ober- und Unterkiefer, Ausdehnung ausschließlich vestibulär zwischen Zahnfleischrand und dem mittleren oder koronalen Zahndrittel, weiche und feuchte kariöse Substanz mit Aktivität, starke Plaqueablagerungen auf Zähnen und Gingiva, Parodontaler Screening Index (PSI) in allen Sextanten 2, Vitalitätsprobe aller Zähne positiv (Abbildung 1).

**Diagnose:** Die klinische und radiologische Untersuchung ergab erosiv-kariöse Mischläsionen der vestibulären Glattflächen an 20 Zähnen und eine plaqueinduzierte Gingivitis. Die Ausprägung und die Lokalisation deuteten auf Erosionen durch saure Noxen als bahrenden Initialprozess hin. Die starke Plaqueakkumulation als Folge der vernachlässigten Mundhygiene hatte vermutlich sekundär zu einem Übergang in einen kariösen Zustand geführt. Für die Entstehung des dramatischen klinischen Bildes war offenbar die nichttherapierte psychiatrische Grunderkrankung verantwortlich. (Abbildungen 1, 2, 3, 4 und 5)

**Therapieziele:** Für den noch jungen Patienten sollte die orale Rehabilitation eine der Voraussetzungen für seine gesellschaftliche Reintegration werden. Das Erreichen einer motivierten kontinuierlichen Compliance für die notwendige umfangreiche zahnmedizinische Versorgung war eng mit der Aufnahme und dem Erfolg einer Therapie des psychischen Zustandes verknüpft. Die oberste Priorität in der Behandlungsplanung wurde dem Erhalt der Vitalität aller Zähne zugesprochen.

**Therapie:** Die Motivation zur Mundhygiene und die Reduktion des Konsums säure- und zuckerhaltiger Getränke bildeten die Basis für alle folgenden Behandlungsschritte. Der Patient erhielt dazu mehrfach professionelle Zahnreinigungen, Anleitungen zur häuslichen Mundhygiene und Hinweise zur Ernährung. Zunächst wurden die aktiven kariösen Läsionen zügig provisorisch versorgt, um eine fortschreitende Destruktion der Zahnhartsubstanzen abzuwenden. Beim vorliegenden hohen Zerstörungsgrad wurde auf-

grund des geringen Patientenalters dem klassischen Verfahren der schrittweisen Kariesentfernung der Vorzug gegeben. Zur Schonung wurde in Pulpennähe mit Handinstrumenten gearbeitet. Ziel war die Vitalerhaltung möglichst aller Zähne und gleichzeitig eine Besserung der stark blutenden Gingivitis. Diese schloss zu Therapie-



Abb. 6-10: Gebisszustand nach zahnärztlicher Sanierung

beginn eine definitive Versorgung vorerst aus.

Von insgesamt 20 betroffenen Zähnen konnten 19 Zähne vital erhalten werden. Ein Weisheitszahn war nicht erhaltungswürdig und wurde extrahiert. 14 Zähne wurden mit Kompositen konservierend behandelt. Drei Zähne waren aufgrund vorbestehender älterer Füllungen in Approximal- und Okklusalbereichen besonders stark betroffen. Diese mussten einer Versorgung mit Aufbaufüllungen und Kronen zugeführt werden. Dabei wurden dem Patienten im Oberkiefer zwei teilverblendete Metallkeramikronen und im Unterkiefer eine vollverblendete Krone eingegliedert. Ein Zahn konnte aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur adäquaten Trockenlegung nicht definitiv versorgt werden. (Abbildungen 6, 7, 8, 9 und 10)

Es gelang, den Patienten zu einer regelmäßigen Mundhygiene zu motivieren, deren Qualität jedoch nicht ausreichte, die Gingivitis zur Ausheilung zu bringen. Die zahnärztliche Sanierung bot die ästhetische Voraussetzung für die gesellschaftliche Wiedereingliederung.

**Diskussion:** Erst mehrere Wochen nach dem Beginn der zahnärztlichen Sanierung ergaben sich Kapazitäten für die ambulante psychologische Diagnostik und Therapie des Patienten. Es wurde die Hauptdiagnose einer depressiven Störung mit Soziophobie gestellt und mit einer psychotherapeutischen Behandlung begonnen.

Dieser Fall beinhaltete mehrere interessante Aspekte. Aufgrund des ausgeprägten intraoralen Befundes erfolgte die Erstvorstellung des psychisch kranken Patienten im zahnmedizinischen Fachgebiet. Dies verpflichtete den Zahnarzt, den Patienten im Gesundheitsapparat zu binden und auch zu einer Behandlung des psychiatrischen Grundleidens zu motivieren. Eine Beschränkung auf eine routinemäßige zahnärztliche Behandlung hätte aufgrund der hohen Suizidalität der später diagnostizierten Depression das Risiko schwerwiegender Folgen mit sich gebracht.

Trotz der bis zum Erfolg der Psychotherapie anhaltenden Rückzugstendenz musste der Patient sofort in eine kontinuierliche zahnmedizinische Therapie eingebunden werden. Deren Basis bildete der Aufbau einer suffizienten Arzt-Patienten-Beziehung. Dazu gehörten ein festes

Behandlungsteam und verbindliche persönliche Absprachen von Folgeterminen nach jeder Therapieeinheit. Jede Sitzung begann mit einem Gespräch über das aktuelle Befinden, an das das Behandlungsvorhaben angepasst wurde. Die Compliance des Patienten variierte dabei mit dem Erfolg der Psychotherapie. Während des Urlaubs der Therapeutin war sie deutlich vermindert, sodass in dieser Zeit nur kleine Behandlungsschritte gemacht werden konnten.

Der Patient hatte während der gesamten Therapie einen hohen Kontrollbedarf. Die ausführliche Erläuterung der Behandlungsschritte, die aktive Beteiligung an Therapieentscheidungen, das Einhalten vorher vereinbarter Behandlungszeiten und die Dokumentation des Therapieerfolges im Spiegel und mit Bildern trugen zur Patientenzufriedenheit bei. Das Zeitfenster einer Sitzung wurde so gewählt, dass bei Bedarf Behandlungspausen eingeschoben werden konnten. Diese wurden vom Patienten regelmäßig in Anspruch genommen.

Auffällig war zu Beginn der Therapie eine stark angehobene Schmerzschwelle. Ohne größere Schmerzen und damit auch ohne Lokalanästhesie konnte die kariöse Substanz bis in unmittelbare Pulpennähe abgetragen werden. Die verringerte Sensibilität wirkte sich auf die Exkavation der Caries profunda aus, da ein wichtiger Indikator für eine bevorstehende Pulpenreizung oder -eröffnung fehlte. Mit zunehmender Psychotherapiedauer regenerierte das Schmerzempfinden und machte bei der definitiven Versorgung Lokalanästhetika notwendig.

Wie auch bei der vorliegenden Depression, verlaufen viele psychiatrische Erkrankungen chronisch in Phasen oder in Schüben. Aus zahnärztlicher Perspektive ergibt sich daraus ebenfalls die Gefahr eines oralen Rezidivs. Mit dem Patienten wurde daher ein regelmäßiger Recall vereinbart, an den bei Versäumnis auch telefonisch erinnert wurde.

**Fazit:** Neben somatischen Krankheitsbildern können auch Erkrankungen der Psyche schwerwiegende Folgen für die Mundhöhle haben. Bei ausgeprägten Befunden ohne körperliches Grundleidens sollte daher auch eine psychiatrische Erkrankung in Betracht gezogen werden. Die Durchführung der sozialen Anamnese ist in einem solchen Fall unbedingt not-

wendig. Der Umgang mit psychisch kranken Patienten ist nicht alltäglich und bedarf einer offenen Ansprache des Verdachteten, einer intakten Arzt-Patienten-Beziehung und einer individuellen Behandlung. Im dargestellten Fall einer depressiven Störung mit Soziophobie war das folgende Vorgehen von Vorteil:

- offenes Ansprechen der Problematik einschließlich der Suizidalität
- Anpassung des Behandlungsvorhabens an das aktuelle Befinden

- Schaffung einer vertrauenswürdigsten Atmosphäre durch ein festes Behandlungsteam
- Vereinbarung und Einhaltung einer festen und nicht zu langen Behandlungsdauer
- Ermöglichung von Behandlungspausen
- Transparenz der Behandlungsschritte
- individuelle Abstimmung von Therapieentscheidungen mit dem Patienten
- Motivation durch Veranschaulichung des Therapieerfolgs

- verbindliche persönliche Terminabsprache zur Sicherung der Compliance
- Sensibilität für evtl. veränderte Schmerzwahrnehmung
- Einbindung in ein Recall-System nach abgeschlossener Primärbehandlung.

Dr. med. Dr. med. dent. Julia Kramer,  
Dresden

*Mit freundlicher Genehmigung aus dem Zahnärzteblatt Sachsen 9/2010*

## Die Diagnose depressive Störung

Depressive Erkrankungen werden zu den affektiven Störungen gerechnet. Sie haben weltweit eine hohe Prävalenz und betreffen etwa 25 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer mindestens einmal im Leben (Gelenberg, 2010). Depressive Störungen stellen damit die häufigste psychiatrische Erkrankung dar (Kuhn et al. 2010). Die Vererbungsrate des Krankheitsbildes liegt zwischen 40 und 70 Prozent (Yu et al., 2008).

Die Entstehung einer Depression ist ein multifaktorieller Prozess. Ursächlich scheint eine Interaktion zwischen der genetischen Ausstattung von Neuronen und dem sozialen Umfeld zu sein (Yu et al. 2008). Erziehung und bestimmte Ereignisse im Laufe des späteren Lebens können im Gehirn eine epigenetische Wirkung entfalten. Das heißt, dass psychische Einflüsse in der Lage sind, zellulär die Expression von Genen zu beeinflussen ohne die Basensequenz zu verändern. Auf diese Weise kann das Gleichgewicht von Neurotransmittern in bestimmten Hirnarealen verändert werden und die Aktivität, die Vernetzungen und das Überleben von Neuronen dauerhaft verändert werden. Beim Vorliegen einer solchen Veranlagung können neu hinzukommende Stressereignisse den Ausbruch einer Depression begünstigen (Yu et al. 2008)).

Eine Depression kann vielgestaltig in Erscheinung treten. Führend sind oft depressive Verstimmung, Verlangsamung des Denkens, Hemmung des Antriebs und Schlafstö-

rungen (Möller et al. 2009). Betroffene Patienten zeigen meist wenig Interesse und Motivation und entwickeln ein negatives Weltbild. Sie werden von Ängsten und dem Eindruck von Ausweglosigkeit geplagt. Sie setzen sich mit diesen Problemen meist grübelnd auseinander, was eine starke innere Unruhe erzeugt. Dies kann einen Rückzug aus dem sozialen Umfeld und eine hohe Suizidalität bedingen (Möller et al. 2009). Im Falle einer larvierten Depression kann sich die Erkrankung auch durch körperliche Symptome äußern.

Depressive Störungen können mit einem Desinteresse an oraler Hygiene, kariogener Diät und vermindertem Speichelfluss assoziiert sein. Folglich bringen sie aus zahnärztlicher Sicht ein erhöhtes Risiko für Karies, Parodontalerkrankungen und ästhetische Beeinträchtigungen mit sich (Friedlander et al. 1991).

Depressionen verlaufen in der überwiegenden Zahl der Fälle phasenweise. Die einzelnen Krankheitsphasen wechseln sich mit Intervallen klinischer Symptommfreiheit ab. Aus neurophysiologischer Perspektive scheint jedoch auch ein schubweiser Verlauf denkbar, wobei auf neuronaler Ebene Restzustände persistieren. Dadurch wäre erklärbar, weshalb neu auftretende depressive Phasen die Patienten meist öfter und deutlich länger befallen (Yu et al. 2008)

Depressive Patienten erfahren einen starken Leidensdruck, aber gleichzeitig existieren auch gesell-

schaftsbedingte Hemmnisse, die psychische Krankheit anzuerkennen, und psychologische und medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Durch das Aufrechterhalten einer intakten Fassade bleiben viele Depressionen lange unerkannt und unbehandelt. Obwohl Betroffene dringend auf professionelle Hilfe angewiesen sind, gibt es mitunter längere Wartezeiten für Therapiebedürftige. Der Bedarf an einer psychotherapeutischen Behandlung übersteigt wie im geschilderten Fall teilweise das Angebot. Vor und begleitend zu einer Psychotherapie ist eventuell die Anwendung antidepressiver Medikamente notwendig, um den Zugang für die psychologische Behandlung überhaupt erst zu ermöglichen (Möller et al. 2009).

Viele Antidepressiva basieren auf dem Ansatz, den aus dem Gleichgewicht geratenen Haushalt der Neurotransmitter wieder auszubalancieren. Dabei wirken sie auf Ebene der Synapsen und beeinflussen die Ausschüttung oder die Wiederaufnahme von Botenstoffen. Bei medikamentöser und psychologischer Therapieresistenz oder Chronifizierung bestehen die Möglichkeiten der Elektrokonvulsionstherapie und der tiefen Hirnstimulation (Kuhn et al. 2010). Die Elektrokonvulsionstherapie bewirkt die Auslösung eines generalisierten epileptischen Anfalls und beeinflusst auf diese Weise den Neurotransmitterhaushalt. Bei der tiefen Hirnstimulation werden die betroffenen neuronalen Funktionskreise durch stereotaktisch implantierte Elektroden dauerhaft stimuliert und moduliert (Kuhn et al. 2010).

# Die Bisphosphonat-assoziierte Kiefererkrankung

Bereits 2006 wurde über das – zum damaligen Zeitpunkt neuartige – Phänomen der Nekrose von kleineren und größeren Kieferabschnitten bei Patienten, die mit Bisphosphonaten behandelt worden waren, berichtet. Damals blieb die beunruhigende Schlussfolgerung, dass diese Form der Kiefernekrose ein „[...] nicht sicher zu lösendes Therapieproblem [...]“ sei. Heute kann nach Auswertung einer eigenen Langzeitstudie, in der in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis zum 30. Juni 2009 die Daten aller im Klinikum Chemnitz vorgestellten Bisphosphonat-Patienten erhoben und untersucht wurden, eine positivere Schlussfolgerung gezogen werden.

Bisphosphonate sind eine Medikamentengruppe, die fast ausschließlich im Knochenstoffwechsel wirksam werden. Die wesentlichen Indikationen der Medikation mit diesen Präparaten sind maligne Erkrankungen mit skelettaler Metastasierung, maligne hämatologische Erkrankungen und Osteoporose. (vgl. Abb. 1). Der klinische Haupteffekt der Bisphosphonate ist die Hemmung der Knochenresorption, indem die Wirksamkeit der Osteoklasten durch biochemische Veränderung des Mevalonat-Stoffwechsels stark eingeschränkt wird bis hin zur vollkommenen Unwirksamkeit der Osteoklasten. Es werden grundsätzlich drei verschiedene Gruppen von Bisphosphonaten unterschieden (Bartl R, von Tresckow E, Bartl C 2005):

1. Alkylbisphosphonate ohne Stickstoffsubstitution (Etidronat, Clodronat)
2. Aminobisphosphonate (Pamidronat, Alendronat)
3. Am Stickstoff substituierte Bisphosphonate (Ibandronat, Risedronat, Zoledronat)

Je nach Zuordnung in eine der chemischen Gruppierungen können teilweise erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Wirkpotenz der einzelnen Bisphosphonate festgestellt werden. Das Bisphosphonat „Zoledronat“ hat verglichen mit dem Bisphosphonat der ersten Generation „Etidronat“ eine 20 000-fache Wirksamkeit (Schmid P., Possinger K., 2005). Eine Korrelation der relativen Wirkstärke der jeweiligen

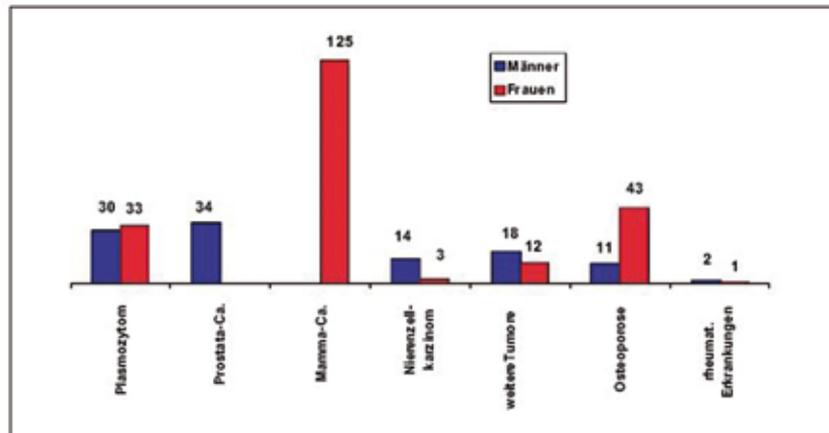


Abb. 1: Grunderkrankung der Patienten mit Bisphosphonattherapie der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Chemnitz

Bisphosphonate und der Gefahr des Auftretens einer bisphosphonatassoziierten Nekrose der Kieferknochen ist sehr wahrscheinlich. Die Prävalenz der Kiefernekrose wird in der Literatur mit circa drei Prozent (Ripamonti et al. 2009) bis 12,5 Prozent (Dimopoulos et al. 2009) angegeben. Die pathogenetischen Mechanismen, die zur Ausbildung einer Kiefernekrose führen, sind bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht lückenlos aufgeklärt. Unstrittig ist jedoch die Tatsache, dass insbesondere eine Zahntfernung ohne primären Wundverschluss bei Patienten mit einer intravenösen Bisphosphonat-Medikation und bei Patienten mit einer mehr als dreijährigen oralen Bisphosphonat-Einnahme ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Kiefernekrose nach sich zieht. Andere dentoalveoläre Eingriffe sind ebenfalls gefährdend, jedoch im Vergleich zu einer der Sekundärheilung überlassenen Extraktionsalveole

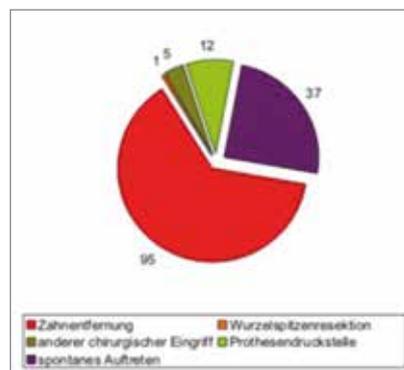


Abb. 2: Auslösende Faktoren einer Kiefernekrose bei den Bisphosphonat-Patienten in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Chemnitz

von nachrangiger Bedeutung. Nicht zu vernachlässigen sind Prothesendruckstellen, die ebenfalls auslösende Faktoren einer Kiefernekrose sein können (vgl. Abb. 2).

Im Rahmen der Studie in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikum Chemnitz konnten zwischen dem 1. Januar 2005 und dem 30. Juni 2009 insgesamt 326 Patienten mit einer Bisphosphonatmedikation untersucht und behandelt werden. Etwa die Hälfte unserer Patienten (n=150) wiesen Symptome einer Kiefernekrose wie z. B. Knochenexposition kleineren und größeren Ausmaßes, nicht abheilende Extraktionswunden, therapieresistente Fistelungen nach intra- und extraoral oder im Röntgenbild nachweisbare, persistierende Extraktionsalveolen mit scharfen Knochenkanten auf (vgl. Abb. 3 und 4). Die mittlere Behandlungsdauer mit Bisphosphonaten bis zum Auftreten erster Symptome einer Kiefernekrose korreliert offensichtlich mit der Wirkpotenz des Präparates, der Applikationsart und der verabreichten Menge. Bei unseren Patienten wurden im Mittel für die Präparate Pamidronat, Risedronat und Zoledronat eine Dauer von 59, 56 bzw. 24 Monaten dokumentiert. Die Standardabweichung bei diesen registrierten Werten ist jedoch auffallend groß, für Zoledronat wurde eine Standardabweichung von 16,3 Monaten ermittelt. Der Maximalwert war 72 Monate, der Minimalwert zwei Monate. Entscheidend für die Dauer bis zum Auftreten einer Kiefernekrose ist demnach das Zusammenwirken mehrerer auslö-



Abb. 3: Ausgangsbefund mit Kiefernekrose im gesamten Bereich des Unterkiefers



Abb. 4: Präoperativer Röntgenbefund mit persistierenden Extraktionsalveolen im Unterkiefer

sender Faktoren.

Bei allen Patienten mit einer nachgewiesenen Kiefernekrose wurden im Rahmen der präoperativen Vorbereitungen neben den standardisierten Röntgenaufnahmen (Panoramaschichtaufnahme, Unterkieferaufnahme nach Clementschitsch und Nasennebenhöhlenaufnahme) CT-Untersuchungen des Ober- und Unterkiefers sowie eine nuklearmedizinische Untersuchung des gesamten Skeletts und der Kopf-Hals-Region angefertigt (Abb. 5). Die Patienten wurden umfassend über die Notwendigkeit einer Operation aufgeklärt und – sofern der Allgemeinzustand es erlaubte und die Patienten in die vorgeschlagene Therapie einwilligten – in Intubationsnarkose behandelt. Die nekrotischen Anteile der betroffenen Kieferabschnitte wurden reseziert und die Knochenoberfläche mit Fräsen modellierend osteotomiert (vgl. Abb. 6 und 7). Die Resektionsgrenzen konnten vorab anhand der bildgebenden diagnostischen Verfahren festgelegt werden. Intraoperativ orientierten wir uns jedoch zusätzlich am makroskopischen Aussehen des Knochens. Die Resektionsgrenzen waren dann korrekt, wenn Spongiosablutungen nachweisbar waren. Diese sind ein sicheres Zeichen für die Vitalität des Knochens. Der plastische Verschluss erfolgte mittels mehrreihiger Naht mit Rückstich- und fortlaufend über-

wendlichen Nähten (vgl. Abb. 8). Das Nahtmaterial wurde für 14 Tage belassen. Darüber hinaus verabreichten wir Breitbandantibiotika, die wir perioperativ intravenös applizierten (Ampicillin + Sulbactam; bei Allergie: Clindamycin). Die Antibiose führten wir im weiteren Verlauf bis zur Entfernung des Nahtmaterials fort. Des Weiteren wurden unsere Patienten für 4 Tage postoperativ über eine nasale Magensonde ernährt. Der postoperative Befund der Panoramaschichtaufnahme verdeutlicht das Behandlungsergebnis (Abb. 9). Diese Behandlungsstrategie geht zwangsläufig mit einem Verlust der Knochensubstanz einher. Die resezierten Anteile des Kieferknochens waren jedoch ausnahmslos nekrotisch oder zumindest osteomyelitisch verändert. Der verbliebene vitale Knochen konnte in allen Fällen im Ergebnis der chirurgischen Therapie stabil plastisch gedeckt werden. Während der Behandlung in unserer Klinik wurde in nahezu allen Fällen die Bisphosphonat-Medikation nach Rücksprache mit den behandelnden Onkologen und Internisten für ca. drei Monate ausgesetzt.

Die Patienten, die nicht nach dem

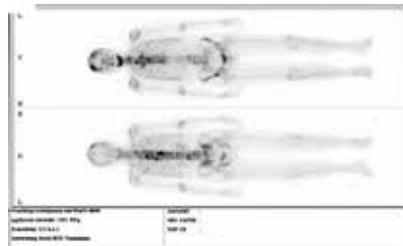


Abb. 5: Ganzkörperskelettszintigramm des Patienten aus Abbildung 3 und 4. Skelettmetastasierung im Bereich der Wirbelsäule, erhöhter Knochenstoffwechsel im Bereich des Unterkiefers



Abb. 6: Resektion des Oberkieferalveolarfortsatzes bei einer Patientin mit bisphosphonat-assoziiierter Kiefernekrose



Abb. 7: Modellierende Osteotomie der verbliebenen, vitalen Anteile des Oberkiefers



Abb. 8: Mehrreihiger Wundverschluss

dargestellten konsequenten chirurgischen Therapiekonzept behandelt werden konnten oder wollten, wurden einer minimal-invasiven Therapie mit Abtragungen störender Knochenkanten und Anfrischen der Wundränder und Antibiose (n = 10) bzw. einer konservativen Therapie mit desinfizierenden Spülungen und antibiotischer Medikation (n = 8) zugeführt.

Als Behandlungserfolg wurde das Vorhandensein einer intakten Schleimhaut bei Schmerzfreiheit bis zum Studienabschluss, wenigstens jedoch über einen Zeitraum von zwei Monaten gewertet.

Von den 150 Patienten mit nachgewiesener Kiefernekrose wurden 13 Patienten nicht behandelt. Diese Patienten konnten zum einen aufgrund des erheblich reduzierten Allgemeinzustandes nicht regelmäßig unsere Sprechstunde besuchen (n = 8) oder sie schieden auf eigenen Wunsch aus der Weiterbehandlung aus (n = 15).

Im Vergleich der Therapieverfahren stellten wir fest, dass nur das konsequente, chirurgische Therapiekonzept erfolgversprechend ist. Die mit 81 Prozent übergroße Mehrheit der 119 nach diesem Procedure behandelten Patienten konnte zu einem guten Behandlungsergebnis geführt werden (vgl. Abb. 10). Bei 18 unserer



Abb. 9: Postoperativer Röntgenbefund. Im Vergleich mit Abb. 4 deutlich reduzierte Höhe des Unterkiefer-Alveolarfortsatzes. Glatte Resektionsgrenzen.

96 erfolgreich behandelten Patienten waren jedoch mehrere Eingriffe notwendig, bis stabile Wundverhältnisse erreicht werden konnten. Von den 23 nicht erfolgreich behandelten Patienten verstarben 4 Patienten während der Studie und bei 19 Patienten waren weitere operative Maßnahmen aufgrund des dramatisch reduzierten Allgemeinzustandes nicht durchführbar. Der Umfang der Kiefernekrose und der damit für eine erfolgreiche Behandlung notwendige Operationsaufwand stellen einen erheblichen Faktor für den Therapieerfolg dar.

Demgegenüber kann bei der konservativen und minimal-invasiven Behandlung ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden. Bei sechs von acht bzw. sieben von zehn Patienten konnte die vorbestehende Kiefernekrose mit diesen Maßnahmen nicht positiv beeinflusst werden. Nach unserer Einschätzung führen diese Therapiestrategien lediglich in Einzelfällen zu einer Befundverbesserung.

Wir können also im Vergleich mit der zu Beginn dieses Beitrages zitierten Einschätzung der Prognose der bisphosphonat-assoziierten Kiefererkrankung ein positiveres Fazit als im Jahr 2006 ziehen: Die bisphosphonat-assoziierte Kiefererkrankung stellt für den Behandler eine schwierige, aber lösbare Aufgabe dar. Da die Kiefernekrose bei fortdauernder Bisphosphonatmedikation in der Regel voranschreitet, ist bei Verdacht auf eine bisphosphonat-assoziierte Kiefererkrankung eine frühzeitige Überweisung des Patienten zu einem Facharzt für Oralchirurgie oder einem Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie immer zu empfehlen. Darüber hinaus dürfen bei Patienten mit Bisphosphonatmedikation die Extraktionsalveolen nicht, wie sonst üblich, der Sekundärheilung überlassen werden.

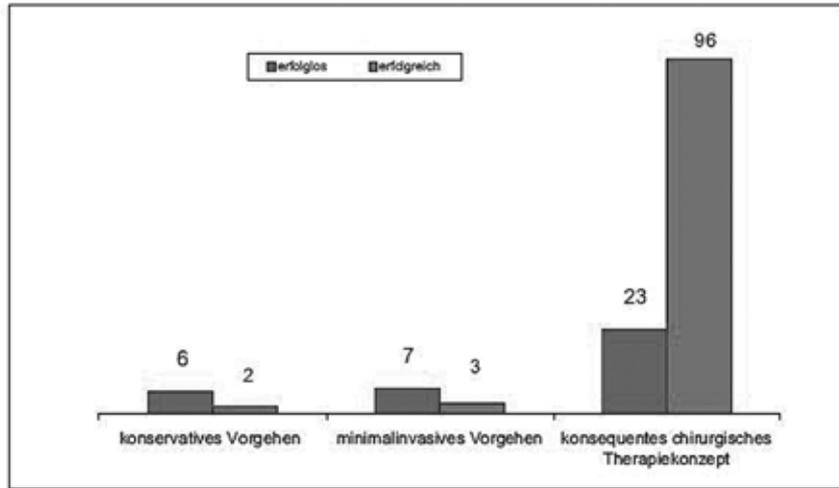


Abb. 10: Behandlungsergebnis der verschiedenen Therapiekonzepte (n = 137). 13 der 150 Patienten mit Kiefernekrose lehnten Maßnahmen jeglicher Art ab bzw. verstarben kurz nach der Erstvorstellung vor Beginn der Therapie.

Eine Alveolotomie und ein primärer Wundverschluss nach Zahnextraktion sind eine „conditio sine qua non“ für eine erfolgreiche Behandlung von Bisphosphonat-Patienten.

In der Anamneseerhebung sollte insbesondere bei Patienten mit Osteoporose oder mit bekannten Malignomen immer gezielt nach einer Medikation mit Bisphosphonaten gefragt werden, um die Entstehung einer Kiefernekrose in Folge einer inadäquaten Behandlung möglichst zu vermeiden.

**Dr. Wigbert Linek**

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

**Prof. (Univ. Riga) Dr. med. habil.**

**Karli Döring**

Facharzt für

**Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Facharzt für Plastische Chirurgie

Klinik für Mund-, Kiefer- und

Gesichtschirurgie, ästhetische und

wiederherstellende Chirurgie,

Klinikum Chemnitz

Mit freundlicher Genehmigung aus dem Zahnärzteblatt Sachsen 7+8/2010

Literaturverzeichnis abrufbar unter:

Wirkstoff	Handelsname	Relative Potenz
Etidronat	Didrokil <sup>®</sup> , Didroneil <sup>®</sup>	1
Clodronat	Ostac <sup>®</sup> , Bonefos <sup>®</sup>	10
Tiludronat	Skelid <sup>®</sup>	10
Pamidronat	Aredia <sup>®</sup>	100
Alendronat	Fosamax <sup>®</sup> , Fosavance <sup>®</sup>	1000
Risedronat	Actonel <sup>®</sup>	5000
Ibandronat	Bondronat <sup>®</sup> , Bonviva <sup>®</sup>	10000
Zoledronat	Zometa <sup>®</sup>	20000

Die Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

[www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de) (Zahnärzteblatt Sachsen)

**Anmerkung der Redaktion dens:**

Internetrecherche zu Bisphosphonaten - Handelsnamen

Bisphosphonate sind Diphosphat-Analoga, bei denen der Sauerstoff der P-O-P Bindung durch Kohlenstoff ersetzt ist. Verbindungen dieses Typs zählen zu den Phosphonaten. Sie unterliegen im Körper keiner enzymatischen Hydrolyse. Bevor man ihre therapeutische Wirkung bei Osteoporose entdeckte, wurden bereits Bisphosphonate unter anderem als Waschmittelzusätze verwendet. Durch Modifikationen der Molekülstruktur wurden ihre therapeutischen Eigenschaften schrittweise verbessert. Zu den neueren Substanzen zählen die so genannten Aminobisphosphonate. In Deutschland sind folgende Bisphosphonate zugelassen: Alendronsäure, Clodronat, Etidronat, Ibandronat, Pamidronat, Risedronat, Tiludronat und Zoledronat. Zur Skelettszintigrafie wird unter anderem Oxidronat (HDP) verwendet.

# Biologisch statt mechanisch

## 7. Jahrestagung des Fachkreises Junge Kieferorthopädie

Zur Jahrestagung des Fachkreises Junge Kieferorthopädie am 10. und 11. September fanden sich zum siebten Mal über 100 Gäste in Weimar ein. Im Fokus des Symposiums standen Vorträge zur frühkindlichen Gebissregulierung. Unter dem diesjährigen Motto „Biologisch statt mechanisch“ erhielten die anwesenden Kinder- und Familienzahnärzte wertvolle praktische Anregungen zu Behandlungen im frühen Wechselgebiss. Dem interdisziplinären Grundsatz des Fachkreises folgend, standen auch Referate zu Schlafmedizin, Betriebswirtschaft und Fehlstellungskorrekturen bei Erwachsenen auf dem Programm.

Insgesamt bot die Veranstaltung ein wichtiges Forum für neue Denkanstöße. So entwickelten sich spannende Diskussionen zu gesundheitspolitischen oder auch rechtlichen Themen. Einhelliger Meinung waren die anwesenden Zahnärzte, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die „kleinen“ kieferorthopädischen Fälle für Ärzte und Patienten unbefriedigend seien. Um ein optimales Endergebnis bei Regulierungen von Zahnfehlstellungen im frühen Wechselgebiss zu erzielen, genügen oftmals nicht die gesetzlich vorgeschriebenen zwei Jahre Behandlungsdauer. Für eine erfolgreiche Gebissregulierung bleibe Eltern nichts weiter übrig, als zusätzliche Privatzahlungen zu leisten. Eltern die Gründe plausibel zu erklären, sei eine echte Herausforderung. Dennoch sei die frühkindliche Gebissregulierung wichtig, um spätere schwere kieferorthopädische Behandlungen zu vermeiden. Diskussionsbedarf bestand auch zur rechtlichen Absicherung bei geleisteten Behandlungen, um sich vor Regressen seitens der Kassen zu schützen. Fazit der Diskussion: Innerhalb vorgegebener GKV-Richtlinien gäbe es am Ende der aktiven Behandlungszeit nur zwei mögliche Mitteilungen an die Kasse – Behandlungserfolg oder -abbruch. Deshalb sei es einerseits wichtig, vor Behandlungsbeginn ein realistisches Behandlungsziel vorzugeben, und andererseits notwendig, selbstbewusst etwaige Therapieabbrüche zu kommunizieren.

Den Wünschen der Teilnehmer



*Die Referenten v.li.: Gastgeber E. O. Lorenz, Dr. S. Schütze, Dr. W-P. Uhde, Dr. C. Kirchmann, Dr. T. Blens, Dr. Hatami, Dr. S. Schwarting, Dr. J. Wenzel, Dr. Wawerla.*

folgend, gab es bei der Jahrestagung einen schlafmedizinischen Vortrag. Probleme sahen die Teilnehmer in der Abgrenzung ärztlicher Zuständigkeitsbereiche bei pathologisch bedingtem Schnarchen. Ein interdisziplinärer Austausch mit Lungen- und Hals-Nasen-Ohren-Fachärzten sei unabdingbar, aber praktisch noch schwer umzusetzen. Für regen Zuspruch sorgte der zum ersten Mal angebotene Demonstrationsvortrag zum Einschleifen funktionskieferorthopädischer Geräte. Auch Fallbesprechungen im Expertenkreis fanden großen Anklang. So stellten

Teilnehmer eigene Fälle mittels Unterlagen wie Röntgenbilder, Fotos und einartikulierte Modelle beim gemeinsamen Begutachten vor. Das Referententeam erteilte Lösungsvorschläge für komplizierte Fälle, klärte leichte Fälle und gab positives Feedback für richtige Therapieverläufe.

Gastgeber der Jahrestagung Ernst O. Lorenz, Geschäftsführer vom Fachlabor Orthos, resümierte zufrieden: „Mir lag es persönlich ganz besonders am Herzen, Altes und Neues harmonisch miteinander zu verbinden – dies ist uns gut gelungen.“ Weitere Infos unter [www.junge-KFO.de](http://www.junge-KFO.de)



*In kleiner Runde wurden kieferorthopädische Problemfälle besprochen.*

# Private Zahnzusatzversicherungen

## Umgang mit Anfragen von Patienten und Versicherungen



KZV-Juristin Katja Millies

Immer häufiger werden Ver-  
trags-  
zahn-  
ärzte  
mit An-  
fragen  
privater  
Zahnzu-  
satzver-  
siche-  
rungen

konfron-  
tiert. Die

Tendenz ist steigend, da viele gesetzlich Krankenversicherte entsprechende Versicherungen abschließen,

in der Hoffnung, sich so z. B. eine komfortablere Zahnersatzversorgung leisten zu können.

Für den Vertragszahnarzt bedeutet dies, dass er sich nicht nur mit dem Patienten und dessen gesetzlicher Krankenkasse auseinandersetzen muss, sondern letztendlich hängt die Umsetzbarkeit der geplanten Versorgung dann auch von der Bereitschaft zur Bezuschussung durch die private Krankenversicherung ab.

Bereits im Rahmen des Abschlusses des Versicherungsvertrages muss der Patient Fragen zum Zahnstatus, wie z. B. fehlende oder erhaltungswürdige Zähne und Alter bereits vorhandenen Zahnersatzes zur Klärung des Kostenrisikos für

die Versicherung beantworten. Wenn sich Patienten deshalb dann an ihren Zahnarzt wenden und darum bitten, den Befund besonders patientenfreundlich zu formulieren, um eine möglichst hohe Kostenübernahme zu erzielen oder einen Versicherungsausschluss wegen tatsächlich bereits bei Vertragsunterzeichnung bestehender Behandlungsbedürftigkeit zu umgehen, ist dem Zahnarzt davon eindringlich abzuraten. Vielmehr sind die Angaben nachweislich richtig anhand der Patientendokumentation vorzunehmen. Dies gilt auch für den in der Praxis häufig vorkommenden Fall, dass der Patient ohne vorherige Rückfragen beim Behandler eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, sich die Versicherung dann aber im Rahmen einer konkreten Behandlungsplanung oder Abrechnung mit Fragen zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht an den Zahnarzt wendet. Jede, wenn auch vermeintlich „gut gemeinte“ Unkorrektheit, kann dem Behandler sonst zur Last fallen, denn die privaten Versicherungen haben unter Vorlage einer ordnungsgemäßen Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht grundsätzlich das Recht, Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu nehmen. Ausgenommen hiervon sind einzig persönliche Anmerkungen des Zahnarztes in der Behandlungsdokumentation.

Da der Behandler kein Versicherungsvertreter ist, sollte er gegenüber seinen Patienten keine Angaben zum Umfang der Versicherungsleistungen, zur Wartezeit nach Vertragsabschluss oder zur Frage, ob sich eine Zusatzversicherung überhaupt lohnt, machen und vielmehr den Patienten insoweit regelmäßig an die Versicherung verweisen.

In der Praxis bietet sich an, dem Patienten z. B. vor Beginn einer Zahnersatzversorgung einen Heil- und Kostenplan auszustellen, den dieser dann in Kopie bei seiner privaten Versicherung vorlegen kann, um eine geschätzte Kostenzusage zu erwirken. Hier ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Zusatzversicherungen keinen Anspruch auf den Heil- und Kostenplan im Origin-

Anzeige

nal haben, der von manchen privaten Versicherungen verlangt wird.

Dieser ist ausschließlich im Verhältnis gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungen zu verwenden, denn nur auf Grundlage des Originalplanes erfolgt die Genehmigung durch die Krankenkasse und damit die Zahlung der Festzuschüsse.

Fordern Zusatzversicherungen weitergehende Angaben und/oder Behandlungsunterlagen entweder über den Patienten oder direkt vom Behandler, sind diese grundsätzlich gegen Erstattung der Aufwendungen (Kopiekosten, Porto, Zeitaufwand etc.) zu erbringen.

Dabei gilt es zu beachten, dass bei Anforderungen direkt von der Versicherung zwingend eine aktuelle, sich auf den konkreten Behandlungsfall beziehende Schweigepflichtsentscheidungserklärung - vom Patienten unterschrieben - vorgelegt wird.

Fehlt diese, darf die Praxis keinerlei Auskünfte erteilen, ansonsten kann darin ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht liegen. Konsequenter Weise sollte man zudem keine Anfragen am Telefon beantworten, sondern immer auf einer schriftliche Anforderung bestehen.

Auch zum Umfang der vom Behandler geforderten Auskünfte werden häufig Fragen von den Vertragszahnärzten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gestellt. Manche Versicherungen verlangen nur einzelne Informationen oder konkrete Behandlungsunterlagen, andere wiederum die gesamte Behandlungsdokumentation. Leider gibt es keine rechtliche Vorgabe, welcher Umfang zulässig ist. Vielmehr hängt dies je-

weils vom Einzelfall ab und richtet sich letztendlich danach, inwieweit die Angaben zur Prüfung der Einstandspflicht der Versicherung erforderlich sind. Maßgeblich für diese Beurteilung ist insoweit der Versicherungsvertrag, den der Behandler weder kennt noch kennen muss, denn nicht er, sondern der Patient ist Vertragspartner der Versicherung.

Auskünfte und Übersendungen von Behandlungsunterlagen an die Versicherung sollten daher nur nach Rücksprache mit dem Patienten und möglichst über ihn direkt erfolgen.

Keineswegs aber haben die Versicherungen Anspruch auf die Herausgabe von Originalbehandlungsunterlagen, was insbesondere auch für Röntgenaufnahmen gilt. Die Kosten für Kopien oder Duplikate sind dem Vertragszahnarzt zu erstatten.

Es sollte weiter darauf geachtet

werden, dass die geforderten Unterlagen nicht einfach an die Versicherungsgesellschaft geschickt werden, sondern an einen bei der Versicherung beschäftigten Beratungszahnarzt. Da der Behandler als außenstehender Dritter in diesem Vertragsverhältnis die geforderten Auskünfte nicht kostenlos erbringen muss, ist zu empfehlen, sich eine entsprechende Kostenübernahme im Vorfeld von der Versicherung schriftlich bestätigen zu lassen.

Diese Ausführungen stellen nur einen Kurzüberblick dar und sind nicht abschließend. Ergänzend wird auf die diesbezügliche Veröffentlichung des Merkblattes für die Patienten als Kopiervorlage mit der Überschrift „Was Sie über Zahnversicherungen wissen sollten“, veröffentlicht im dens 6/2010, hingewiesen.

Ass. Katja Millies

## Achtung: Verjährung

Am Ende eines jeden Jahres sollten die noch nicht bezahlten Rechnungen im Hinblick auf das Datum des Zugangs beim Patienten geprüft werden. Denn am 31. Dezember 2010 verjähren zahnärztliche Honoraransprüche gegen Patienten, die ihre Rechnung im Jahr 2007 erhalten haben. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Patienten zwischenzeitlich den Honoraranspruch ausdrücklich oder durch z. B. Teilzahlung anerkannt haben. In diesem Fall beginnt die dreijährige Verjährungsfrist von dem Tag des Anerkenntnisses an neu zu laufen. Die Verjährung selbst kann in

der Regel nur durch Zustellung einer Klage oder eines gerichtlichen Mahnbescheides gehemmt werden. Ein einfaches Mahnschreiben kann dagegen den Eintritt der Verjährung nicht verhindern. Sofern eine Verjährung zu befürchten ist, empfiehlt es sich daher, ggf. noch kurzfristig beim zuständigen Amtsgericht einen Mahnbescheid zu beantragen. Ein vom Gericht durch rechtskräftigen Vollsteckungsbescheid oder Urteil festgestellter Anspruch verjährt dann erst in 30 Jahren.

Rechtsanwalt Peter Ihle  
Hauptgeschäftsführer ZÄK M-V

### SPRECHZEITEN

#### VORSTAND DER KZV MECKLENBURG-VORPOMMERN

**DIPL.-BETRW. WOLFGANG ABELN**  
*Vorsitzender des Vorstands*

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

**DR. MANFRED KROHN**  
*stellv. Vorsitzender des Vorstands*

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

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

## Senioren auf den Spuren von Ernst Barlach

Es ist schon eine schöne Tradition, dass sich aus dem aktiven Berufsleben bereits ausgeschiedene Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Gedankenaustausch im Rahmen eines Ausflugs treffen. Eingeladen hatte die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zum 23. September Kolleginnen und Kollegen aus dem Umfeld von Schwerin, Güstrow, Sternberg, Brüel und Warin. 24 waren gern der Einladung gefolgt und mit einem Bus zum Atelier-Haus von Ernst Barlach am Güstrower Heidberg gekommen.

Hier erwartete sie eine hochwertige Führung durch Atelier und Sammlungen einschließlich der Sonderausstellung von Barlachs Grafiken. Das kulturvolle Mittagessen im benachbarten „Kurhaus am Inselfee“ mit vielen Gesprächen rundete den positiven Gesamteindruck ab.

Geblichen ist die Erinnerung an einen schönen und wertvollen, in jeder Hinsicht lohnenden Ausflug, der wieder perfekt von Dr. Peter Berg vorbereitet worden war. Wir freuen uns schon auf ähnliche Begegnungen in den nächsten Jahren!

Text und Fotos:

Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt, Schwerin



## Curriculum Spezielle Pathologie für Zahnmediziner

H. Ehardt / P. Reichart



Dieses Lehrbuch entstand aus intensiver Zusammenarbeit eines Pathologen und eines Oralchirurgen. Hauptanliegen der Autoren ist es, durch die Verbindung klinischer Bilder mit bildgebenden Verfahren und histopathologischen Befunden praktizierenden Zahnärzten wie Studenten der Zahnmedizin ein wesentlich verbessertes Verständnis oraler Erkrankungen zu vermitteln. Dies dient nicht nur der besseren Zusammenarbeit zwischen beiden Fachgebieten, sondern insbesondere der tiefen Diagnosestellung und Therapie zum Nutzen für die Patienten.

Das erste Kapitel zur allgemeinen Pathologie behandelt ausführlich das für Zahnmediziner besonders wichtige Thema der Entzündungslehre. Es folgen Kapitel zu Tumoren und

tumorartigen Läsionen der Mundschleimhaut, zu Erkrankungen der Haut, die in ähnlicher Form auch in der Mundschleimhaut auftreten können, sowie zu systemischen Erkrankungen, Erkrankungen der Speicheldrüsen, Zahn- und Kieferzysten, odontogenen Tumoren und Erkrankungen der Knochen. Das letzte Kapitel handelt vom Themenkomplex der Zahnimplantate.

Dipl.-Stom. Gerald Flemming

1. Auflage, Erscheinungsjahr: 2009, 200 Seiten, 228 Abbildungen, Softcover, Best.-Nr. 17170; ISBN 978-3-938947-23-3, Quintessenz Verlags GmbH, Berlin, Preis: 48 Euro

# Dentale Keramiken

## Aktuelle Schwerpunkte für die Klinik

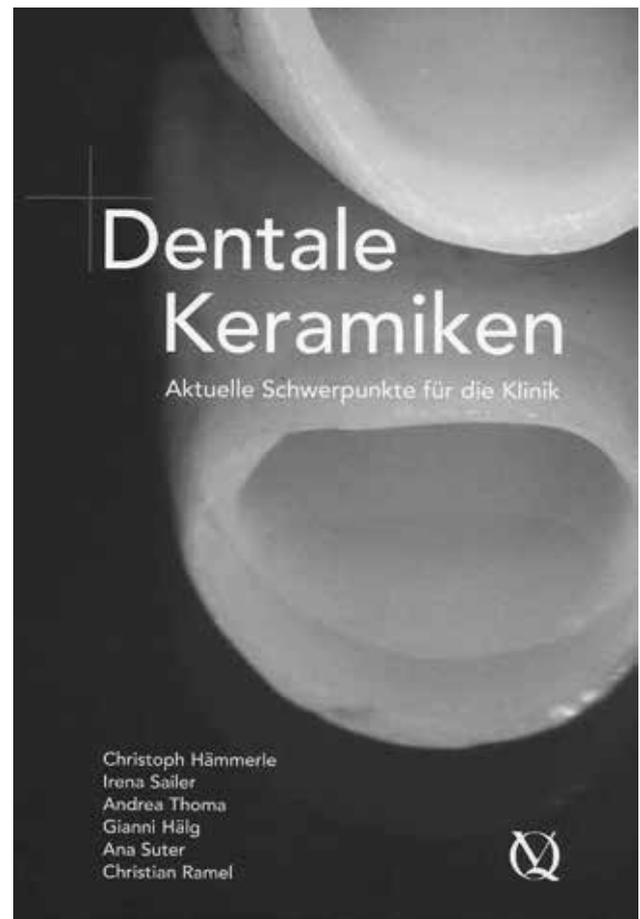
Mit dentalen Keramiken lassen sich prothetische und ästhetische Problemfälle überaus hochwertig und elegant rehabilitieren. Moderne Technologien ermöglichen die ergebnissichere Verwendung des Materials. Dieses Buch möchte eine Standortbestimmung zu den heute in der Zahnmedizin eingesetzten Keramiken geben.

Das Buch bietet dem Praktiker zunächst eine kurze Einführung in die verschiedenen Materialien, ihre physikalischen Beschaffenheiten und Eigenschaften. Es folgen prägnante Darstellungen zu den klinischen Indikationen und dem Vorgehen beim Einsatz von Veneers, von Kronen und Brücken sowie von Implantatrekonstruktionen aus Keramik, die im Praxisalltag eine wertvolle Unterstützung bieten. Die klinischen und technischen Abläufe werden anhand einer Vielzahl von Bildern Schritt für Schritt erläutert.

Zusätzlich spricht das Buch begleitende rekonstruktive Themen wie die Versorgung devitaler Pfeiler und ästhetische Verbesserungsmöglichkeiten durch moderne Bleachingmethoden an.

**Dipl.-Stom. Gerald Flemming**

1. Auflage, Erscheinungsjahr: 2008, Datenträger: Buch, 136 Seiten, 218 Abbildungen, Best.-Nr. 16660, ISBN 978-3-938947-69-2, Quintessenz Verlags GmbH, Berlin, Preis: 58 Euro



## Web-Adressbuch für Deutschland

### Aktualisierte Auflage

Es gibt Millionen von Web-Seiten, da ist es oft schwierig, die wirklich interessanten und informativen zu finden, denn die Suchroboter der Suchmaschinen scannen alles.

Das Ergebnis ist, dass der Internet-Nutzer ellenlange Trefferlisten zeitraubend durcharbeiten muss und oft keine aktuellen oder zufriedenstellenden Informationen findet. Das Web-Adressbuch für Deutschland listet getestete Web-Seiten auf und laut Verlag nur die besten Internet-Adressen je Themenbereich. Diese reichen von Gesundheit über Soziales und Politik und Behörden über Sport und Urlaub und Reisen. Die Suche wird effizienter und gezielter.

**Verlag/KZV**

14. überarbeitete und aktualisierte Auflage, 768 Seiten, 16,90 Euro (D), (ISBN 978-3-934517-12-7)

## Wir gratulieren zum Geburtstag

Im November und Dezember vollenden

**das 75. Lebensjahr**

Zahnarzt Werner Voigt (Stralsund)  
am 15. November,  
Dr. Ruth Tomenendal (Rostock)  
am 23. November,  
Dr. Ilse Hamann (Wismar)  
am 24. November,

**das 70. Lebensjahr**

Dr. Horst Endlicher (Grimmen)  
am 14. November,

**das 65. Lebensjahr**

Dr. Margot Roscher (Franzburg)  
am 15. November,  
Zahnärztin Hannelore Gerber  
(Gelbensande)  
am 30. November,  
Zahnärztin Irmgard Filip (Pampow)  
am 8. Dezember,

**das 60. Lebensjahr**

Dr. Gitta Martens

(Ribnitz-Damgarten)  
am 10. November,  
Dr. Barbara Schulz (Waren)  
am 17. November,  
Zahnärztin Brigitte Wormuth  
(Parchim)  
am 19. November,  
Dr. Waltraud Buchmann (Rostock)  
am 9. Dezember,  
Dr. Günter H. Schneider (Rostock)  
am 10. Dezember,  
Dr. Holger Dosdahl (Boizenburg)  
am 14. Dezember,

**das 50. Lebensjahr**

Dr. Ulf Siebert (Stralsund)  
am 9. November und  
Dr. Peter Richter (Schwerin)  
am 13. November.

**Wir gratulieren herzlich und  
wünschen Gesundheit und  
Schaffenskraft.**

## Zahnarztausweis ungültig

Hiermit wird der Verlust des Zahnarztausweises Nr. 1059 des Zahnarztes Dr. Dirk G. Bruns, Greifswald, bekannt gegeben. Dieser Zahnarztausweis wird hiermit für **ungültig** erklärt.

Anzeigen \_\_\_\_\_

Wir trauern um

**Dr. Norbert Exner**  
Greifswald

geb. 3.9.1946  
gest. 28.6.2010

Wir werden ihm ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern

Wir trauern um

**MR Dr. Kraft Blank**  
Greifswald

geb. 8.4.1936  
gest. 17.9.2010

Wir werden ihm ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern

Wir trauern um

**Dipl.-Med. Manfred Schmidt**  
Barth

geb. 26.7.1950  
gest. 18.9.2010

Wir werden ihm ein ehrendes  
Andenken bewahren.

Zahnärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern

Anzeigen \_\_\_\_\_



## Kommunikationspreis 2011

### proDente-Preis für Zahnärzte und Zahntechniker

Zahnärzte und Zahntechniker investieren jede Menge Zeit, Geld und Know-How in ihre PR- und Marketing-Aktivitäten. Sind diese erfolgreich, stärken sie deren Image und sichern den Patientenstamm. Die Initiative proDente zeichnet 2011 mit dem Kommunikationspreis zum zweiten Mal besonders herausragende PR-Aktivitäten einzelner Zahnärzte und Zahntechniker sowie regionaler und lokaler Initiativen aus.

Die eingereichten Konzepte und Kampagnen sollen den Wert schöner und gesunder Zähne in den Fokus der Öffentlichkeit rücken. Bewerben können sich niedergelassene Zahnärzte, zahntechnische Innungsbetriebe sowie lokale Vereine und Initiativen in den Kategorien Print oder Interaktiv. Zur Kategorie Print zählen Druck-

werke jeglicher Art, unter die Kategorie Interaktiv fallen Veranstaltungen, Messen und Internet-Auftritte.

Eine fachkundige Jury aus der Dental-, und Medienbranche entscheidet über die Einreichungen.

Den Wettbewerbsbeiträgen muss ein Anmeldeformular von proDente beiliegen. Detaillierte Angaben sowie das Anmeldeformular können unter [www.prodente.de](http://www.prodente.de) im Fachbesucher-Bereich (Login Zahnärzte/Zahntechniker) heruntergeladen werden.

Eingereicht werden können Beiträge, die im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2010 durchgeführt bzw. veröffentlicht wurden. Einsendeschluss ist der 15. Januar 2011.